

*CONSULTATIONS RÉGIONALES
EN VUE DU RENOUVELLEMENT*

*DE **La Politique***

DE LA SANTÉ

ET DU BIEN-ÊTRE:

*RÉSUMÉS DES COMMENTAIRES
RECUEILLIS*

*JOURNÉES BILAN ET PERSPECTIVE
NOVEMBRE 2001-JANVIER 2002*

*CONSULTATIONS RÉGIONALES
EN VUE DU RENOUVELLEMENT*

DE ***La Politique***
DE LA SANTÉ

ET DU BIEN-ÊTRE:

***RÉSUMÉS DES COMMENTAIRES
RECUEILLIS***

***JOURNÉES BILAN ET PERSPECTIVE
NOVEMBRE 2001-JANVIER 2002***

Service des politiques et des orientations stratégiques
Service de l'évaluation
Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation
et de la gestion de l'information
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Avril 2002

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**

Intranet réseau

Ce document est aussi disponible dans la section **Documentation**, sous la rubrique **Publications** du site intranet réseau du réseau de la santé et des services sociaux.

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 2-550-42799-8

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

© Gouvernement du Québec

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	5
Résumés des commentaires des 16 régions	
Partie bilan	7
Partie prospective	11
(01) Bas-Saint-Laurent (Rimouski)	
Partie bilan	15
Partie prospective	19
(02) Saguenay–Lac-Saint-Jean (Chicoutimi)	
Partie bilan	25
Partie prospective	29
(03) Québec (Québec)	
Partie bilan	35
Partie prospective	39
(04) Mauricie et Centre-du-Québec (Trois-Rivières)	
Partie bilan	43
Partie prospective	47
(05) Estrie (Sherbrooke)	
Partie bilan	51
Partie prospective	55
(06) Montréal-Centre (Montréal)	
Partie bilan	59
Partie prospective	63
(07) Outaouais (Hull)	
Partie bilan	69
Partie prospective	73
(08) Abitibi-Témiscamingue (Rouyn-Noranda)	
Partie bilan	77
Partie prospective	81

(09) Côte-Nord (Baie-Comeau)	
Partie bilan	87
Partie prospective	91
(10) Baie-James (Chibougamau)	
Partie bilan	97
Partie prospective	99
(11) Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (Gaspé)	
Partie bilan	105
Partie prospective	109
(12) Claudières-Appalaches (Sainte-Marie)	
Partie bilan	113
Partie prospective	117
(13) Laval (Laval)	
Partie bilan	121
Partie prospective	125
(14) Lanaudière (Saint-Charles-Borromée)	
Partie bilan	133
Partie prospective	137
(15) Laurentides (Saint-Jérôme)	
Partie bilan	141
Partie prospective	145
(16) Montérégie (Longueuil)	
Partie bilan	149
Partie prospective	153
Annexe A	
Questions utilisées lors des consultations	157
Annexe B	
Liste des participantes et des participants aux consultations	159

INTRODUCTION

Le contexte

La Politique de la santé et du bien-être, adoptée en 1992, doit être mise à jour pour mieux tenir compte des problèmes d'aujourd'hui, de l'évolution des connaissances et des nouveaux enjeux. Des consultations furent organisées auprès des intervenants régionaux afin de recueillir leurs commentaires sur les points suivants :

- les faiblesses et les forces de la Politique de 1992 ainsi que les retombées de sa mise en œuvre;
- le contenu de la prochaine politique de la santé et du bien-être.

Les consultations régionales sur le renouvellement de la Politique se sont déroulées de novembre 2001 à janvier 2002. Elles ont rejoint près de 200 personnes du réseau de la santé et des services sociaux et d'autres secteurs.

Dans chacune des 16 régions visitées, les personnes rencontrées provenaient de différents domaines : organisation des services; santé publique; mouvement communautaire; services de base (CLSC, groupes de médecins, etc.); services spécialisés (centre jeunesse, centres de réadaptation, centres hospitaliers); organismes communautaires et partenaires des autres secteurs (conseils régionaux de développement, réseau scolaire, etc.).

Le contenu du document

Dans un premier temps, le document présente deux synthèses de tous les commentaires recueillis dans l'ensemble des 16 régions. Ces synthèses sont divisées comme suit :

Partie bilan : résumé des commentaires recueillis sur le bilan de la mise en œuvre de la Politique de la santé et du bien-être de 1992 (retombées les plus significatives, principales déceptions, faiblesses et forces de la Politique, etc.).

Il est à noter que la partie bilan des consultations régionales s'insère dans une démarche plus complète d'évaluation de la Politique.

Partie prospective (ou perspective) : résumé des commentaires recueillis sur la portée et le contenu de la prochaine politique.

Dans un deuxième temps, on retrouve également, pour chacune des régions visitées, la partie bilan et la partie prospective.

La liste des questions utilisées pour animer les discussions lors de ces consultations est placée à l'annexe A, tandis qu'à l'annexe B figurent les noms des participants et participantes qui ont collaboré, dans chacune des régions visitées, à cette tournée de consultations.

L'équipe du renouvellement de la Politique de la santé et du bien-être

Hervé Anctil

Claude Bégin

Martine Bégin

Amélie Juhel

Julie Poirier

Service des politiques et des orientations stratégiques

L'équipe de l'évaluation de la Politique de la santé et du bien-être de 1992

Lise Dunnigan

Pauline Bégin

Service de l'évaluation

Consultation régionale

Partie bilan

RÉSUMÉ DES COMMENTAIRES RECUEILLIS SUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE

Synthèse de toutes les régions visitées

1. L'IMPACT INITIAL

- Dans toutes les régions, la Politique a suscité au départ une grande participation et une importante mobilisation du milieu.
- Toutefois, les moyens d'agir n'étaient pas disponibles pour soutenir cette mobilisation au fil des années et instaurer les mesures prévues.
- La Politique aurait dû amener des budgets en conséquence.

2. LA VISION, LA PERSPECTIVE

- La Politique a fait valoir une vision plus globale de la santé, axée sur les déterminants.
- Elle a mis davantage en évidence le champ du social et le domaine de la prévention/promotion, par rapport à la santé et aux interventions curatives.
- La Politique proposait d'aller au-delà de la gestion des crises et offrait une perspective à plus long terme sur l'action du réseau.

3. DES EFFETS STRUCTURANTS

- La Politique a favorisé une plus grande concertation dans le réseau.
- Elle a confirmé l'importance des organismes communautaires en tant que partenaires et acteurs.
- La Politique a fourni un cadre pour la priorisation, la planification et la programmation à différentes catégories d'acteurs, surtout dans les CLSC et en santé publique.
- Pour la plupart des régions régionales, elle a été un document marquant. Dans certaines régions, dont Montréal-Centre, elle demeure encore une orientation majeure; ailleurs, elle est restée en toile de fond pour la prise de décision.

4. L'ALLOCATION DES RESSOURCES

- Les avis sont partagés : certains considèrent que la Politique a permis d'orienter les investissements et qu'elle a fourni un cadre pour orienter les compressions et les réallocations, d'autres estiment que les priorités de santé et de bien-être ont été aussi durement touchées par les compressions que les autres domaines.
- La Politique a amorcé une démarche de recherche d'équité dans l'allocation des ressources, à la fois sur le plan interrégional et sur le plan intrarégional.

5. LA RECHERCHE ET L'ENSEIGNEMENT

- La Politique a eu un impact sur le financement de la recherche.
- Elle a amené une plus grande concertation entre chercheurs et intervenants.
- Certains s'interrogent sur la diffusion des résultats de recherche auprès des intervenants et sur leurs retombées sur le plan de l'efficacité et de l'efficience des pratiques.
- La Politique a été intégrée aux programmes de formation de diverses disciplines du domaine de la santé.

6. LES OBJECTIFS ET LES STRATÉGIES

- Dans presque toutes les régions, la mise en œuvre de la Politique a surtout été axée sur les objectifs.
- Tous s'accordent sur l'importance d'évaluer les interventions, mais on doit se rappeler que les résultats ne peuvent parfois être observés qu'à long terme et que les indicateurs de santé et de bien-être réagissent à de multiples facteurs étrangers à l'action de notre réseau.
- La plupart considèrent que la Politique comportait trop d'objectifs : il aurait été préférable de prioriser davantage.
- Selon plusieurs, les stratégies ont eu aussi beaucoup d'impact et même certains effets structurants. Avec le recul, cependant, on constate qu'il aurait été nécessaire de les opérationnaliser davantage.

7. L'ACTION INTERSECTORIELLE

- La Politique a donné un coup d'envoi majeur à l'approche multisectorielle aux échelons local et régional.
- On a cependant rencontré de nombreux obstacles : il a d'abord fallu prendre le temps de développer des réseaux, de trouver un langage commun et d'établir des liens de confiance.
- L'élaboration de projets a exigé de grands investissements de temps et d'énergie comparativement aux résultats obtenus, en grande partie à cause de l'absence d'engagement formel des autres secteurs. Leur réussite reposait surtout sur la bonne volonté des acteurs en présence.
- Certains déplorent l'absence fréquente de partenaires importants aux tables de concertation, en particulier celle du réseau de l'éducation; à l'inverse, on constate aussi parfois l'absence du réseau de la santé et des services sociaux dans les démarches intersectorielles entreprises par d'autres secteurs.
- Bien que n'ayant pas directement porté sur la santé et le bien-être, les forums régionaux sur le développement social ont donné un nouvel élan au développement de l'intersectorialité et ont fait émerger des approches prometteuses autour des conseils régionaux de développement.

8. LES CONDITIONS QUI ONT INFLUENCÉ LA MISE EN ŒUVRE DE LA POLITIQUE

Les facteurs favorables :

- le processus de priorisation régionale, qui a nettement favorisé l'appropriation de la Politique par les milieux et leur adhésion à son contenu;
- le leadership et le soutien apportés au réseau par les directions générales de la santé publique (facteur souligné par quelques régions);
- l'approche globale et communautaire qui prévalait déjà dans le milieu des CLSC et de la santé publique, qui en a fait un terrain fertile pour la mise en œuvre de la Politique.

Les facteurs défavorables :

- le contexte des compressions et de la transformation du réseau : la rareté des ressources, les changements structurels des années 1990, les fusions d'établissements et la disparition des marges de manœuvre financières et de l'autonomie laissée aux régions;
- le manque d'implication du Ministère dans la promotion et le suivi de la Politique et son incapacité à maintenir des priorités au-delà d'un an ou deux;
- la multiplicité des orientations ministérielles et l'absence fréquente de liens clairs avec la Politique;

- la confusion amenée par d'autres cadres de référence tels que les Priorités nationales de santé publique, qui ont peu à peu relégué la Politique à l'arrière-plan;
- la méconnaissance de la Politique ainsi que l'absence du milieu médico-hospitalier et des acteurs voués aux soins curatifs et à la réadaptation dans son élaboration et sa mise en œuvre;
- le manque de leadership du Ministère pour obtenir l'adhésion des partenaires nationaux et l'absence d'engagement formel du gouvernement pour faciliter cette adhésion.

9. LE BESOIN DE CONTINUITÉ

- Le réseau a exprimé à plusieurs reprises le besoin de poursuivre dans le sens proposé par la politique de 1992, l'importance de se donner les moyens pour agir ainsi que le temps nécessaire pour voir les résultats de ses efforts, plutôt que de repartir encore une fois dans une nouvelle direction.

Consultation régionale

Partie prospective

RÉSUMÉ DES COMMENTAIRES RECUEILLIS SUR LA PORTÉE ET LE CONTENU DE LA PROCHAINE POLITIQUE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE

Synthèse de toutes les régions visitées

1. LA PORTÉE DE LA POLITIQUE RÉVISÉE AU SEIN DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

- La prochaine politique de la santé et du bien-être doit être un élément porteur dans l'avenir, un cadre structurant. Elle devrait chapeauter les autres politiques et programmes du Ministère, leur donner une cohérence.
- La politique renouvelée doit fournir un cadre général. Elle doit donner un sens, formuler des orientations claires et cohérentes. Il est nécessaire d'avoir un tel cadre et des balises pour les futurs travailleurs et acteurs du réseau de la santé et des services sociaux. Mais elle doit aussi prévoir des actions. La politique doit être incontournable pour les décideurs.
- La politique ne doit pas alourdir le cadre de reddition de comptes ou encore en instaurer un nouveau, en parallèle. Si c'était le cas, elle devrait rester « inspirante », comme l'était celle de 1992.
- Le Ministère doit soutenir la politique. Elle doit continuellement être mise de l'avant si l'on veut obtenir des résultats.

2. LA MOBILISATION DE TOUS LES INTERVENANTS

- La Politique de la santé et du bien-être de 1992 a eu une plus grande influence dans le secteur social qu'en santé physique. Dans les centres hospitaliers, elle est peu connue. Elle ne l'est pas davantage dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée. De même, la plupart des médecins en clinique privée ne la connaissent pas et n'en ont jamais entendu parler.
- La révision de la Politique doit permettre de corriger cette situation et mobiliser tous les acteurs.

3. L'ALLOCATION BUDGÉTAIRE

- Au cours des dernières années, les décisions d'investissement ont été prises davantage au central et la région ne peut plus décider de ses priorités. La situation était différente lors de la sortie de la Politique de la santé et du bien-être : les régions avaient davantage de latitude dans la répartition de leur budget.

- La Politique a permis de mobiliser les gens, mais le financement n'a pas toujours suivi. Répéter l'exercice sans se soucier des moyens risque fort de démobiliser le milieu.
- Le système actuel est encore « hospitalo-centrique », et cela se reflète dans l'allocation budgétaire. L'argent va toujours dans les centres hospitaliers, leurs déficits sont comblés, etc. C'est le seul champ où il est possible de développer, alors que d'autres secteurs restent en friche.

4. L'ACTION INTERSECTORIELLE

- Certains sont perplexes quant au choix de se donner une politique davantage sectorielle plutôt que gouvernementale. Il y a dix ans, la Politique de la santé et du bien-être n'a pas été endossée par le gouvernement. On peut s'inquiéter si, dix ans plus tard, après tous les efforts que l'on a faits avec nos partenaires pour les impliquer et les convaincre, il est impossible d'aller plus loin.
- La Politique de 1992 montrait l'impact des autres secteurs sur la santé et le bien-être. La politique révisée doit poursuivre cette démonstration.
- Le réseau de la santé et des services sociaux n'a pas les moyens de prendre en charge tout le développement social. Pourtant, quand on organise des rencontres sur des questions de santé et de bien-être, plusieurs intervenants des autres secteurs jugent que c'est là le domaine du réseau de la santé et des services sociaux, et se demandent ce qu'ils font là.
- La situation s'est cependant améliorée au cours des dix dernières années. La Politique de 1992 a donné une impulsion à l'action multisectorielle qui se fait sentir encore aujourd'hui. Toutefois, les objectifs des différents ministères ne sont pas toujours cohérents.
- Les paliers central et régional doivent être plus présents sur le terrain pour soutenir, faire valoir, appuyer les collaborations intersectorielles.
- Il serait certainement pertinent que la prochaine politique de la santé et du bien-être découle d'une stratégie gouvernementale de développement social qui engagerait tous les ministères. Les autres secteurs se sentiraient davantage interpellés par le « développement social » que par la « santé et le bien-être ». Il faut cependant préciser la contribution de chacun, incluant la nôtre.
- Le choix de se donner une stratégie gouvernementale de développement social justifierait d'écrire une politique de la santé et du bien-être davantage sectorielle. Cependant, la stratégie gouvernementale devra avoir une prise, des engagements qui lient les autres ministères et se traduisent ensuite par des ententes, des protocoles, des plans auxquels seront associées des ressources.
- Si l'on optait pour une politique davantage sectorielle, il faudrait qu'elle soit plus structurante pour le système de santé et de services sociaux, tout en étant

inspirante pour les autres secteurs. Celle de 1992 était avant tout inspirante pour tout le monde, donc peu « impliquante ».

5. « PRÉVENIR », « GUÉRIR », « SOUTENIR » : LES TROIS AXES DE LA POLITIQUE RÉVISÉE

- L'approche proposée permet d'élargir le champ de la Politique et d'impliquer tous les acteurs.
- Il faudrait opter pour le terme « traiter » plutôt que « guérir », notamment pour tenir compte des objectifs de l'intervention sociale.
- La prévention et la promotion de la santé doivent continuer d'occuper une place importante, sinon les ressources continueront d'être canalisées pour l'essentiel dans la maladie, les problèmes. Il faut prendre le « risque » d'investir en prévention.
- La prévention est importante, certes. Mais il ne faut pas délaisser, en aval, la promotion de la santé, qui constitue un élément fondamental de notre action. En d'autres mots, on ne doit pas agir seulement sur les problèmes, mais aussi pour la santé.
- Pour certains, il faut cesser d'opposer la prévention et le curatif, mais plutôt reconnaître la place et l'importance des deux.
- Il faut aussi miser sur le potentiel des personnes, des familles, des communautés (« empowerment »).

6. LA FORMULATION DE PRIORITÉS, D'OBJECTIFS ET DE STRATÉGIES

- Pour certains, les stratégies ont été plus importantes que les objectifs. Elles ont davantage influencé les approches d'intervention et les pratiques. Des stratégies ont été plus porteuses que d'autres. Les stratégies peuvent aussi interpeller les autres secteurs.
- Au contraire, d'autres affirment que les stratégies ont été mises de côté par rapport aux objectifs. Pour eux, ce sont les objectifs qui ont permis de faire évoluer les services.
- Certains veulent autant d'objectifs, tandis que d'autres souhaitent une réduction de leur nombre. Néanmoins, il ressort un consensus sur le fait qu'il doit y avoir une hiérarchisation des priorités : tout est important, mais tout n'est pas d'égale importance. De plus, les régions souhaitent pouvoir s'approprier la prochaine politique par l'élaboration de priorités régionales découlant de celle-ci.

7. LE SUIVI DE LA POLITIQUE

- Il faut prévoir, dès le départ, le suivi et l'évaluation de la politique révisée.
- La Politique de la santé et du bien-être de 1992 n'a pas fait l'objet d'un suivi, au contraire des Priorités nationales de santé publique. Les plans d'action régionaux étaient beaucoup plus inspirants que structurants, donc les résultats étaient difficilement mesurables (« souvent, il aurait fallu mesurer la volonté des gens »).

8. LA DIFFUSION DE LA POLITIQUE

- La prochaine politique doit être davantage diffusée dans la population.

Consultation régionale

Partie bilan

RÉGION VISITÉE : BAS-SAINT-LAURENT (RIMOUSKI)

DATE : Le 15 janvier 2002

LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (1992)

1. LES RETOMBÉES LES PLUS SIGNIFICATIVES ET LES PRINCIPALES DÉCEPTIONS

La Politique est venue confirmer des croyances, des idées en émergence ; elle a donné corps à des mouvements déjà présents dans le milieu.

La Politique a donné au réseau des objectifs communs, a permis un ralliement des partenaires de différents établissements, a fait tomber plusieurs barrières entre les professions, les établissements, les territoires, a créé une synergie et cet effet s'est poursuivi jusqu'à aujourd'hui. On arrive à faire mieux quand on a un objectif commun et qu'on partage nos résultats et nos réflexions.

Un des principaux impacts de la Politique a été de légitimer et de garder vivante la préoccupation de la prévention, surtout à travers la période du virage ambulatoire ; on y lisait une volonté « gouvernementale » de réduire les problèmes plutôt que de développer des services.

Un impact souligné dans plusieurs interventions est que la Politique a permis d'orienter les investissements, en particulier pour donner des ressources à la prévention. Un fonds récurrent de 2,4 M\$ a été créé pour soutenir des initiatives reliées aux priorités régionales de santé et de bien-être ; on estime aussi que la Politique a permis d'atténuer l'effet des compressions en prévention/promotion.

La Politique a donné un élan à l'action communautaire.

Deux réussites sont à souligner dans la région. On mentionne d'abord la réduction des traumatismes routiers suite à une action concertée avec la SAAQ, et l'amélioration de la santé cardio-vasculaire (bien qu'on ignore dans quelle mesure les progrès observés sont attribuables à l'évolution de la technologie). La Régie fait ensuite une présentation plus élaborée sur les actions mises en œuvre pour la prévention du suicide en lien avec les armes à feu.

2. LES RÉFÉRENCES SPÉCIFIQUES AUX OBJECTIFS, AUX STRATÉGIES ET À LA VISION

Pour la première fois, le « gouvernement » véhiculait une vision de la santé reliée aux déterminants et aux conditions de vie ; il situait l'individu dans son environnement dans

une approche « presque globale, bien qu'encore trop compartimentée en fonction des problèmes ».

Plusieurs interventions suggèrent que les stratégies ont été l'élément le plus déterminant pour mobiliser et orienter l'action et elles sont encore d'actualité. Elles auraient pu être encore plus structurantes si on les avait accompagnées d'indicateurs de processus.

Les objectifs sont perçus davantage comme relevant du niveau national. « La Politique il faut s'y rattacher par les stratégies. Avec les objectifs, il faut être prudent, on ne peut pas faire de reddition de comptes sur cette base ».

On a mis l'accent sur le recours aux interventions les plus efficaces (ex. secteur jeunesse).

La stratégie la plus marquante semble avoir été celle reliée à l'action multisectorielle, notamment par la possibilité qu'elle offrait de s'associer aux organismes socio-économiques.

Les indicateurs de résultats ont été source de déception. (Question : est-ce parce qu'on ne les a pas fournis ou plutôt que les indicateurs n'étaient pas adéquats ?).

La stratégie « agir pour et avec les groupes vulnérables » serait à réviser : on a souvent ciblé des individus, ce qui a pour effet de les stigmatiser et de les isoler des ressources de leur communauté ; on devrait plutôt adopter une approche populationnelle, cibler des milieux et non des individus.

Il y a un effet contradictoire relativement à la stratégie « rechercher les interventions les plus efficaces et les moins coûteuses » : on est porté à privilégier les interventions de court terme qui sont moins coûteuses mais moins efficaces aux dépens des interventions de plus long terme.

En ce qui a trait aux femmes en particulier, on n'a pas misé sur le renforcement du potentiel des personnes ; on continue de médicaliser et de psychiatriser leurs problèmes alors qu'ils découlent souvent de leurs conditions de vie (ex. violence conjugale). En maintien à domicile, on a encore une vision dépassée du rôle des femmes dans la famille et dans la communauté.

3. LES EFFETS PARTICULIERS SELON LES CHAMPS D'INTERVENTION (ADAPTATION SOCIALE, SANTÉ PHYSIQUE, SANTÉ PUBLIQUE, SANTÉ MENTALE ET INTÉGRATION SOCIALE) OU LES CATÉGORIES D'ACTEURS

La Politique a permis au milieu de se mettre en marche localement.

Dans certains secteurs, la Politique a directement influencé la façon de structurer les services aux personnes âgées ; elle a orienté la planification des activités en CLSC.

Dans d'autres secteurs, elle a aidé à développer une vision différente mais a plutôt servi de toile de fond. En jeunesse, par exemple, on a scruté les mesures qui avaient le plus d'efficacité mais on avait bien d'autres cadres pour structurer l'action.

En santé mentale et en déficience physique et intellectuelle, la Politique ne donnait pas de pistes assez précises pour agir ou proposait un objectif trop général. En déficience physique et intellectuelle où le bilan est décevant, il n'y a pas de modèle ni de langage commun, les responsabilités ne sont pas bien définies notamment entre les paliers régional et local.

De façon générale, les médecins ne connaissent pas la Politique ; elle ne leur a pas été transmise.

4. LES CONDITIONS FAVORABLES ET DÉFAVORABLES

On a souligné l'aide et l'encadrement fournis aux établissements par la Direction de la santé publique pour traduire les priorités régionales dans la programmation des activités.

La Politique aurait pu avoir plus d'impact s'il n'y avait pas eu les compressions et les *Plans de transformation* ; elle n'a pas permis de garantir le maintien des priorités et comme la prévention. On a mis de l'avant les objectifs budgétaires plutôt que l'objectif d'amélioration de la santé.

Les mesures budgétaires qui sont venues appuyer la mise en œuvre des priorités régionales ont permis certaines réalisations. Cependant, on n'avait pas de contrôle sur les budgets des établissements : les directives venaient du Ministère.

Les *Priorités nationales de santé publique* ont créé de la confusion : elles ont donné un autre cadre avec des cibles plus restreintes.

Les fusions d'établissements rendent incertain le maintien des budgets alloués à la prévention : quand on manque de ressources pour l'urgence, on a tendance à couper par exemple dans les soins dentaires préventifs ou la physiothérapie, ou encore à privatiser. C'est un enjeu de taille pour les prochaines années.

Quand on travaille avec d'autres secteurs dont les politiques ne concordent pas avec nos objectifs, « la Politique ne fait pas le poids ». Il n'y pas d'approche intégrée ; il manque des liens avec les autres ministères.

Dans certains domaines d'intervention, il faut attendre plusieurs années avant d'observer des résultats probants. Ce fut le cas ici avec des programmes en petite enfance 2-4 ans : ce n'est que récemment (2001) qu'on a pu relever des résultats probants.

5. EN CONCLUSION

La Politique de la santé et du bien-être n'est pas tombée dans l'oubli malgré tout. Elle a donné un sens à l'action, a créé des convergences, a donné un projet collectif. Il faut continuer.

L.D.

Consultation régionale

Partie prospective

RÉGION VISITÉE : BAS-SAINT-LAURENT (RIMOUSKI)

DATE : Le 15 janvier 2002

LA PROCHAINE POLITIQUE DEVRAIT :

1. ASSURER LA COHÉRENCE DES POLITIQUES ET PROGRAMMES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- La prochaine politique de la santé et du bien-être doit chapeauter le Programme national de santé publique. Il faut éviter la confusion que l'on avait créée en 1997, avec la publication des Priorités nationales de santé publique. Pour l'avenir, il faut s'assurer que non seulement le Programme national, mais aussi les différentes politiques du Ministère, sont cohérents.
- Un porteur de dossier doit être désigné.

2. ÊTRE DE PORTÉE GOUVERNEMENTALE

- Selon qu'une politique est gouvernementale ou ministérielle, les partenariats sont très différents. La prochaine politique devrait être gouvernementale puisqu'une politique sectorielle n'aura pas l'emprise nécessaire sur les autres acteurs, elle ne sera pas plus structurante.
- Il faut savoir comment la prochaine politique de la santé et du bien-être sera rattachée à la stratégie de développement social (politique gouvernementale). Si cette stratégie voit le jour, il faudrait que la contribution spécifique du secteur de la santé et des services sociaux soit très claire.

3. INTERPELLER L'ENSEMBLE DES ACTEURS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- La politique révisée doit être inspirante, donner un sens à l'action. Elle doit transcender les structures. Il faut adopter au départ des objectifs communs, des façons de faire communes. La Politique de 1992 était peut-être trop centrée sur le volet prévention et ne rejoignait pas autant les autres acteurs.
- La prochaine politique doit aussi être structurante, en vue de mieux intégrer les services. La véritable intégration reste à faire.

- Le dernier document distribué aux médecins est le rapport Lalonde (1974). De façon générale, les médecins ne connaissent pas la Politique. Elle n'a pas été communiquée aux médecins cliniciens, l'information ne leur a pas été transmise. Il en est de même pour d'autres documents ou politiques.
- Les universités font de la formation auprès des médecins, la Fédération des omnipraticiens alloue plus de 4 M\$ à la formation continue, la SAAQ leur a fait parvenir un document vidéo et une brochure, etc. Le Ministère, en collaboration avec les associations médicales, pourrait utiliser de tels moyens pour assurer la circulation de l'information, notamment renseigner les médecins sur la politique-cadre du réseau.
- Pour certains médecins, la Politique de la santé et du bien-être ne les concerne pas parce qu'il n'y a que quelques problématiques sur les 19 qui les interpellent vraiment.
- On a souvent accusé les uns de se soucier uniquement de la prévention et les autres de mettre toutes leurs énergies dans le curatif. Les actions doivent être plus intégrées, en continuité. Il faut faire tomber les chasses gardées.
- L'aspect stratégique est important. Il ne faut pas être prescriptif, mais dégager des objectifs communs, sensibiliser, former pour aller chercher l'adhésion de tous.
- On pense toujours en fonction du Ministère et de son réseau, mais il y a d'autres acteurs importants tels que les compagnies pharmaceutiques, les assureurs privés, les industries des technologies de la santé. Ces acteurs exercent une pression énorme sur le système; on devrait aussi s'adresser à eux dans la prochaine politique.

4. ORIENTER L'ALLOCATION BUDGÉTAIRE

- La politique révisée doit continuer à orienter les investissements. Elle doit permettre de justifier des investissements pour les interventions innovatrices.
- Elle ne doit pas être liée au contexte budgétaire, elle doit orienter l'allocation budgétaire autant en période de développement que de compression.
- La Politique de 1992 était axée sur la prévention/promotion. L'objectif du déficit zéro a changé la donne. Aujourd'hui, une politique est nécessaire pour garantir les priorités, peu importe ce qui arrive. La nouvelle politique doit être plus structurante que celle de 1992.

5. FAVORISER L'INTERSECTORIALITÉ

- La nouvelle politique doit continuer à donner un sens à l'action. En continuité avec la précédente, elle doit aussi faire tomber certaines barrières (entre

professions, domaines, territoires) afin que tous travaillent pour un objectif commun.

- L'intersectorialité est favorisée lorsque les actions des personnes de différents secteurs convergent vers le même but. On peut se doter de nombreuses structures de coordination mais, si on n'a pas une compréhension commune des objectifs et des résultats attendus, on n'avancera pas. La connaissance réciproque des acteurs sur le plan local, sur le terrain, représente un autre facteur important.
- L'intersectorialité doit être présente à tous les échelons (national, régional, local). Elle ne peut pas fonctionner sur le terrain local si elle n'est pas appuyée plus haut.
- Pour certains, après l'adoption de la Politique de la santé et du bien-être en 1992, le réseau de la santé et des services sociaux a exercé un leadership dans la pratique intersectorielle. Il faut garder ce leadership, sinon chacun se retranche dans son propre domaine. Les CLSC, sur le plan local, et les régies, à l'échelle régionale, doivent se positionner comme des leaders.
- D'autres pensent plutôt que la proactivité doit céder le pas à la coactivité. C'est au milieu de décider qui peut agir comme leader à son échelle, sur tel dossier, comme cela se passe en matière de développement économique. On choisit les porteurs de dossier selon le contexte, le milieu.
- Dans un premier temps, il faut réaffirmer que chaque secteur a une responsabilité à l'égard de la santé et du bien-être. Ensuite, il faut partir des besoins de la population et apprendre à travailler ensemble.
- Le Conseil régional de développement (CRD) pilote actuellement des projets, dont un sur la réussite scolaire. Le CRD procède par ententes spécifiques sur différents projets. Il faut profiter de ce levier.
- Pour avancer, il faut se donner des sous-objectifs précis à l'échelle régionale et locale.

6. PROPOSER UNE VISION GLOBALE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE

- La Politique de 1992 plaçait l'individu dans son environnement, ce qui est intéressant. Elle proposait une vision, mais l'approche était par ailleurs trop cloisonnée (par problèmes). La prochaine politique doit proposer une approche qui permettra de mieux agir sur les déterminants de la santé et du bien-être. Toutefois, il ne s'agit pas de repartir à zéro

7. FORMULER DES OBJECTIFS ET DES STRATÉGIES

- Les stratégies ont été plus importantes que les objectifs en ce qui a trait à l'intersectorialité.

- Les objectifs ne doivent pas être perçus comme ceux du réseau, mais comme des objectifs de société.
- Il faudrait sans doute éviter les objectifs quantifiés dans des domaines comme la violence conjugale. Cependant, il faut maintenir un objectif.
- Les stratégies doivent être plus précises et plus structurantes. Pour certains, les stratégies demeurent actuelles. Elles n'ont pas été assez utilisées, elles ont inspiré.
- Adopter une stratégie comme « Agir pour et avec les personnes vulnérables » comporte un risque : celui de marginaliser des gens. L'approche doit, avant tout, être populationnelle.

8. ÊTRE DAVANTAGE DIFFUSÉE

- La diffusion de la prochaine politique doit être accompagnée d'une stratégie de communication. La politique révisée doit être connue de la population. En 1992, il y a certainement eu des faiblesses de ce côté.
- Quand on fixe des objectifs d'une telle importance, il est essentiel de les faire connaître à la population.

9. DÉFINIR LES TERMES « PRÉVENIR », « GUÉRIR » ET « SOUTENIR »

- Il manque le terme « réadaptation » dans le « prévenir-guérir-soutenir ». Il faudrait le nommer, sinon on fait comme si ça n'existait pas. En réadaptation, on poursuit un changement, ce qui n'est pas nécessairement compris.
- « Guérir » ne rend pas bien compte de l'ensemble des soins : on ne guérit pas toujours, même quand on soigne bien. Le terme « guérir » devrait être remplacé; on suggère le terme « traiter ».
- La promotion est-elle incluse dans « prévenir »? Si oui, il faudrait absolument le préciser.

10. VISER À RENFORCER LE POTENTIEL DES INDIVIDUS ET DES COMMUNAUTÉS

- Il faut penser à de nouvelles façons d'agir, susciter l'adhésion des groupes et donner le pouvoir aux gens. Quand on parle de « patient », on fait référence à un utilisateur de services. La réforme Côté parlait plutôt de « citoyen », c'est-à-dire de quelqu'un qui vit et agit dans une communauté et qui est en interaction avec son milieu. Il faut miser sur le potentiel des personnes et des communautés au lieu de toujours mettre l'accent sur les carences.
- Les nouvelles règles de la gouverne marquent un recul relativement à « l'empowerment » et à l'appropriation régionale. La nomination des conseils d'administration représente aussi un net recul sur le plan de la démocratie. C'est

la population qui doit prendre en charge les décisions, alors qu'en ce moment on centralise.

11. ÊTRE SUIVIE

- L'implantation de la prochaine politique doit faire l'objet d'un suivi, avec des évaluations périodiques. Des indicateurs de résultats et de processus doivent être élaborés. Par ailleurs, l'allocation des ressources doit être conséquente avec les résultats visés et les résultats obtenus.
- Les résultats attendus doivent être précisés. Il faut toutefois être souple quant au choix des moyens.
- Il faudrait prévoir des indicateurs de processus pour accompagner les stratégies.

12. AUTRES

- Il faut continuer dans la voie de l'analyse différenciée selon les sexes. On maintient les femmes dans un rôle de victimes, il faut plutôt mettre en valeur leur potentiel.
- La prochaine politique devrait utiliser un langage compris de tous.
- La prochaine politique devrait, tout au moins, définir les responsabilités des échelons local et régional.

H. A.
A. J.

Consultation régionale

Partie bilan

RÉGION VISITÉE : SAGUENAY-LAC-ST-JEAN (CHICOUTIMI)

DATE : Le 4 décembre 2001

LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (1992)

1. LES RETOMBÉES LES PLUS SIGNIFICATIVES ET LES PRINCIPALES DÉCEPTIONS

La Politique a eu un effet mobilisateur : on a beaucoup parlé du virage milieu, d'agir en amont etc. Pour la Régie, la Politique était un outil intéressant, très attendu et bien accueilli qui pouvait rejoindre à la fois le réseau, la population et les autres secteurs. Elle était à la fois inspirante et structurante ; ce fut un instrument très fort.

Pour la première fois, la promotion-prévention était à l'honneur, de même que le social. C'était un virage important.

La première démarche de consultation a permis que les gens se parlent, se rencontrent. On a travaillé de façon plus intrasectorielle, pour mieux se compléter, arrimer nos interventions. Aujourd'hui quand on veut faire une table de concertation à l'intérieur du réseau, c'est beaucoup plus facile ; les acteurs se sont rapprochés.

L'ALLOCATION DES RESSOURCES :

La Régie a créé un fonds de 1 M\$ pour réaliser des actions reliées à la mise en œuvre de la Politique.

La Régie a décidé de réserver 20 % des budgets de développement à la prévention-promotion, mais c'étaient de petites sommes.

Avec les compressions, les différents secteurs du réseau se sont retrouvés en compétition, en particulier le préventif et le curatif ; l'exercice de priorisation devenait suspect ou prétexte à des coupures. Quand on établit des priorités, ça implique que l'argent va là et pas ailleurs, mais ce n'est pas ce qui s'est passé : le curatif a eu l'argent (c'était ce que la population souhaitait).

2. LES RÉFÉRENCES SPÉCIFIQUES AUX OBJECTIFS, AUX STRATÉGIES ET À LA VISION

Même si la Politique n'avancait rien de nouveau, elle offrait une vision qui permettait de mettre en pratique des concepts connus.

Il y avait beaucoup d'objectifs et la pertinence de certains était discutable (ex. santé dentaire) ; on aurait souhaité moins d'objectifs pour donner un vrai coup de barre.

Pour les acteurs de santé publique, ce sont à la fois les objectifs et les stratégies qui ont orienté les actions.

L'ACTION MULTISECTORIELLE

À la fin de l'exercice, on avait beaucoup associé les autres secteurs ; des tables de secteur (territoire) étaient en place et l'on avait identifié des chefs de file. On a voulu que chaque territoire se donne des priorités. Le démarrage a été assez long, on y a mis au moins deux ans ; le mandat n'était pas clair, on n'avait pas le même vocabulaire non plus. Les choses ont vraiment commencé à bouger avec le Forum régional (1994-1995). Ça a permis de développer des liens dont on récolte les fruits aujourd'hui ; on a développé une vision un peu plus globale, on ne parle plus seulement de santé mais aussi de bien-être et de pauvreté. Si l'on regarde dix ans en arrière, l'intersectoriel a beaucoup évolué ; ce n'est peut-être pas dû qu'à la Politique, mais elle a sans doute été un facteur parmi d'autres.

Au Conseil régional de développement (CRD), le coordonnateur a élaboré un plan régional qui comporte un volet santé et services sociaux, et il y a maintenant une Commission santé et services sociaux. Il y a aussi des fonds structurants. Le sous-financement du réseau a amené à chercher de l'aide du palier municipal. La pauvreté est un axe intégrateur pour beaucoup d'acteurs.

On souligne la difficulté de « percer » le réseau scolaire, à moins d'avoir des contacts privilégiés avec certaines personnes. L'éducation est un partenaire très important mais elle est souvent absente des tables ; ce sont les conseils d'établissement (conseils d'école) qui décident.

la Politique a permis de prioriser, mais par la suite, elle est passée au second plan pour l'organisation des services (à la Régie) ; les orientations en jeunesse, en santé mentale et autres ont été beaucoup plus structurantes pour nous. Les tables sectorielles sont devenues des tables de santé publique ; les responsables de l'organisation des services (régie) y étaient à peu près absents.

Le Ministère n'aurait pas eu intérêt à soutenir la Politique plus qu'il ne l'a fait car certaines de ses actions sont allées à l'encontre des stratégies.

3. LES EFFETS PARTICULIERS SELON LES CHAMPS D'INTERVENTION (ADAPTATION SOCIALE, SANTÉ PHYSIQUE, SANTÉ PUBLIQUE, SANTÉ MENTALE ET INTÉGRATION SOCIALE) OU LES CATÉGORIES D'ACTEURS

En santé publique, on trouvait regrettable au départ d'être réduits à trois objectifs, mais on a réalisé ensuite que l'ensemble de la Politique adoptait une approche de santé publique. Ce fut très inspirant, très utile.

Les acteurs du domaine curatif ne se sont pas sentis interpellés parce que le social et le préventif étaient à l'honneur.

La Politique était en dehors des réalités du domaine médical. La majorité des médecins de famille n'en connaissaient même pas l'existence. On commence seulement à les impliquer. Pourtant, on peut faire de la prévention même dans un hôpital.

Lors de la consultation régionale, les organismes communautaires se sont sentis bousculés. Ils n'avaient pas beaucoup d'expérience dans ce genre d'exercice ; jusque-là on travaillait plus isolément. Avec le recul, les organismes communautaires estiment maintenant qu'ils auraient dû prendre une plus grande place puisque les citoyens devaient être au cœur de la Politique.

4. LES CONDITIONS FAVORABLES ET DÉFAVORABLES

Le drame pour la mise en œuvre de la Politique, ce fut le contexte des compressions, le sous-financement. Il fallait survivre. On n'a pas eu beaucoup de moyens, financiers et organisationnels, pour atteindre les objectifs. Il n'y a pas eu le suivi nécessaire.

Pour changer des pratiques solidement établies, il faut démontrer que d'autres façons de faire sont supérieures mais on n'avait pas les moyens de le démontrer.

Il y avait beaucoup d'argent « attaché » aux priorités nationales (du Ministère) ; il ne restait rien à partager pour nos priorités régionales.

Les organismes communautaires se sont retrouvés en compétition pour l'obtention des fonds ; la base sur laquelle devait se faire l'allocation, dans l'esprit de la Politique, n'a pas été respectée selon eux.

Les changements continuels que l'on a connu dans les politiques, les plans d'action, les PROS et autres ainsi que le passage de nombreux ministres, chacun voulant laisser sa marque ; a entraîné un manque de cohérence. On estime que le Ministère a désavoué la Politique, qu'il n'y a pas fait référence dans les documents qu'il a publiés par la suite.

Il y a beaucoup d'actions sur lesquelles notre réseau n'a aucune prise : 13 objectifs sur 19 réfèrent aux conditions socio-économiques. Ce sont les conditions de vie qui sont le plus grand déterminant. Plus on veut toucher aux causes, moins le réseau a le pouvoir d'agir. Les négociations avec les partenaires des tables de secteurs ont été difficiles. Le gouvernement a mis la Politique de côté.

Les nombreuses fusions ont aussi accaparé une somme d'énergie phénoménale.

5. EN CONCLUSION

Au départ, la Politique a été perçue comme un outil intéressant, à la fois inspirant et structurant. La Politique a permis d'établir des priorités et de créer des liens de collaboration dans le milieu. Mais le contexte des compressions, le manque de continuité dans les interventions ministérielles qui ont suivi et le manque d'engagement des autres secteurs ont fait que cette mobilisation s'est effritée et que les moyens n'ont pas été à la hauteur des ambitions.

L.D.

Consultation régionale

PARTIE PROSPECTIVE

RÉGION VISITÉE : SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN (CHICOUTIMI)

DATE : Le 4 décembre 2001

LA PROCHAINE POLITIQUE DEVRAIT :

1. ASSURER LA COHÉRENCE DES POLITIQUES ET PROGRAMMES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- Le Ministère ne s'est pas toujours référé à la Politique de la santé et du bien-être dans les documents d'orientation, plans d'action et programmes qui l'ont suivie, ce qui s'est traduit par des incohérences. D'autres facteurs ont encore accentué le manque de cohérence : les importants changements structurels que le réseau a connus et le passage de nombreux ministres. Pour assurer une plus grande cohérence, la prochaine politique doit être un cadre duquel découleront les autres politiques du Ministère.

2. ASSURER LA COHÉRENCE DES POLITIQUES DES AUTRES MINISTÈRES AU REGARD DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE

- Il y a beaucoup d'éléments sur lesquels le réseau de la santé et des services sociaux n'a aucune emprise. Il faut donc faire attention de se dédouaner, en voulant agir dans tous les secteurs qui exercent une influence sur la santé et le bien-être.
- Le ministère de la Santé et des Services sociaux devrait analyser l'impact des politiques des autres ministères sur la santé et le bien-être.
- Le gouvernement devrait instaurer l'obligation pour les autres ministères de se conformer à la prochaine politique de la santé et du bien-être. À l'échelle régionale, les directeurs de la santé publique pourraient être responsables de s'assurer que les interventions publiques ne vont pas à l'encontre des objectifs de la politique renouvelée.

3. INTERPELLER L'ENSEMBLE DES ACTEURS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- Plusieurs acteurs du domaine curatif ne se sont pas sentis interpellés par la Politique de la santé et du bien-être parce que la promotion et la prévention y étaient à l'honneur. La Politique était également déconnectée du monde médical.

- Les médecins la connaissaient-ils seulement? Tout au plus, la Politique a permis d'appuyer des actions comme le dépistage du cancer du sein. La prochaine politique devrait s'adresser à tout le réseau, être un cadre de référence pour ce dernier, où les rôles et les outils seraient précisés.
- Afin d'interpeller tous les acteurs, la prochaine politique devrait :
 - trouver un juste milieu entre la prévention/promotion, le traitement, la réadaptation et le soutien;
 - être à la fois structurante et inspirante, proposer une vision de la santé et du bien-être qui mobilise l'ensemble des acteurs, qui transcende toutes les actions;
 - proposer un fil conducteur. Si les concepts de base proposés – prévenir, guérir, soutenir – conduisent à un cloisonnement des services, ils ne sont pas utiles. Il faut que les intervenants travaillent sur un continuum de services. C'est là la grande priorité;
 - avoir une large diffusion et être accompagnée d'une rémunération supplémentaire pour les médecins qui s'impliquent;
 - avoir recours aux départements régionaux de médecine générale afin de favoriser l'intégration de la prévention/promotion et du curatif;
 - être plus concrète, donner des moyens plus concrets.
- Il faut faire une place plus importante aux organismes communautaires dans la prochaine politique.

4. ORIENTER L'ALLOCATION BUDGÉTAIRE

- Peu d'argent a été alloué pour soutenir les priorités de la Politique. Le curatif a continué à récolter la part du lion. La prévention et l'intervention communautaire doivent être protégés quand on manque de ressources (ex. : quand il manque une infirmière à l'urgence, on coupe toujours celle du scolaire).
- L'allocation des ressources ne s'est pas faite selon les priorités de la Politique retenues en région. Les ressources reçues ont dû être investies pour des problématiques déterminées par le central, qui n'étaient pas nécessairement celles de la Politique. Cela ne sert à rien si, dans la prochaine politique, on se donne des priorités et que les ressources disponibles sont distribuées autrement.
- Les différents secteurs du réseau sont en compétition. Quand on fixe des priorités, cela implique que ce qui n'est pas prioritaire ne recevra pas autant d'argent. Pour l'avenir, il faut changer d'approche, miser sur la continuité des services plutôt que sur la compétition entre les divers secteurs.
- Si l'on est pour créer des attentes sans allouer les ressources nécessaires, mieux vaut arrêter tout de suite la démarche de révision de la Politique. Il vaudrait mieux se donner une petite politique avec un gros budget.

- Les organismes communautaires sont également souvent entrés en compétition. La base sur laquelle devait se faire l'allocation – les priorités de la Politique – n'a pas été respectée. Est-ce que ce sera encore le cas avec la prochaine politique?
- On ne peut pas tout mettre dans la prévention, il faut voir que les hôpitaux prennent une plus grande part du budget. Il ne faut pas mettre en opposition la prévention/promotion et le curatif/réadaptation, mais les voir comme faisant partie d'un continuum, car l'un ne va pas sans l'autre.

5. ÊTRE DE PORTÉE GOUVERNEMENTALE

- Il faut que la nouvelle politique soit plus transversale et reçoive un engagement gouvernemental, avec une vision partagée par les autres secteurs; au-delà de notre réseau, personne ne prend la responsabilité de la santé dans les autres secteurs (ex. : en condition féminine, il y a une coordination interministérielle).

6. FAVORISER L'INTERSECTORIALITÉ

- L'intersectorialité a évolué depuis dix ans. Ce n'est peut-être pas dû essentiellement à la Politique de la santé et du bien-être, mais celle-ci a sans doute joué un rôle. La prochaine politique devrait impliquer davantage tous les secteurs.
- Un préalable à l'action intersectorielle est le partage de valeurs communes. Des formations pour travailler en réseau seraient un atout pour l'intersectorialité.
- L'intersectorialité demande du temps. Lorsque la volonté est exprimée plus haut et que des décisions sont prises, il est souvent plus facile de réunir les divers secteurs dans un but commun aux paliers régional et local. Pour d'autres, il faut avant tout faire ces arrimages à l'échelle locale sans attendre qu'ils soient faits au central.
- Il faut désigner un « porteur » de la prochaine politique dans chaque région et un autre au Ministère afin de conserver la portée intersectorielle de la Politique. Les porteurs devront soutenir et prendre le leadership pour le suivi.
- Les ententes spécifiques impliquent beaucoup de secteurs et elles demandent de longues négociations. Cependant, une fois l'entente conclue, on peut travailler et on obtient des résultats satisfaisants. Il serait intéressant de favoriser cette approche par entente spécifique, approche développée notamment au Conseil régional de développement. L'obligation pour un projet d'être intersectoriel pour être admissible au financement devrait être incluse dans l'entente.
- Les tables de participation sont un autre moyen de favoriser l'intersectorialité.

7. ÉTABLIR DES PRIORITÉS

- Il faudrait réduire le nombre de priorités, privilégier certaines cibles pour deux ou trois ans. Toutes les régions devraient adopter les mêmes priorités si l'on veut réellement voir des améliorations.
- La prochaine politique doit cibler les domaines où il est possible de réaliser des gains importants et les stratégies efficaces. Cela ne veut pas dire que les autres domaines seraient mis de côté.
- La Politique de la santé et du bien-être fixait un grand nombre d'objectifs. La pertinence de certains comme priorités reste discutable (ex. : la santé dentaire). Pour la prochaine politique, il faut choisir judicieusement les priorités et en réduire le nombre.

8. ÊTRE MIEUX DIFFUSÉE DANS LA POPULATION

- La nouvelle politique devrait être « vivante » et moins longue que celle de 1992. Il faudrait adopter un format convivial (ex. : celui du *Guide alimentaire canadien*).
- Elle doit être mieux diffusée non seulement au sein du réseau, mais dans la population. Il devrait au moins y avoir une version « grand public ». La diffusion est importante pour susciter l'adhésion et l'appropriation par le milieu.

9. ÊTRE SUIVIE ET ÉVALUÉE

- Il n'y a pas eu de reddition de comptes sur la Politique de 1992. Un tel exercice pourrait faire bouger les choses et amener des investissements. On doit avoir le souci d'évaluer l'impact de ce qu'on fait.
- La reddition de comptes et l'évaluation doivent être intégrées aux ententes de gestion des établissements et à l'échelle régionale.
- La politique renouvelée doit traiter de l'évaluation de la qualité des services, notamment de la satisfaction de la clientèle.

10. AUTRES

- D'accord avec les termes « prévenir », « guérir » et « soutenir », tant qu'on ne donne pas l'exclusivité des responsabilités à un seul acteur.
- La prochaine politique doit être plus intégrative non seulement à l'échelle gouvernementale, mais pour les autres acteurs de la collectivité.
- Elle doit structurer, sinon l'effet inspirant se dilue beaucoup.
- Il faut axer la nouvelle politique sur l'équité et l'accès à la santé pour la population.

- Elle devrait à la fois aborder la responsabilité des individus quant à leur santé et celle de la collectivité, puisqu'il y a des choses sur lesquelles les individus n'ont pas de pouvoir.
- Elle devrait faire valoir que les interventions précoces sont profitables et que les coûts évités sont mesurables (1 \$ en intervention précoce rapporte 7 \$ en coûts évités).

H. A.

A. J.

Consultation régionale

Partie bilan

RÉGION VISITÉE : QUÉBEC (QUÉBEC)

DATE : Le 3 décembre 2001

LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (1992)

1. LES RETOMBÉES LES PLUS SIGNIFICATIVES ET LES PRINCIPALES DÉCEPTIONS

Au départ, la Régie a entrepris une vaste consultation. Il y a eu consensus au niveau régional sur les priorités et des plans d'action ont été élaborés selon les priorités retenues (document disponible à la Régie).

Dès le début, l'équipe de soutien à domicile des CLSC s'est mobilisé pour rassembler des gens autour d'objectifs communs et favoriser la concertation à l'intérieur du réseau. On a ainsi appris à se parler.

L'accent était mis sur la prévention et les déterminants. Le support que constituait la Politique de la santé et du bien-être a permis de faire un peu plus de prévention, particulièrement en CLSC, et plus de dépistage.

On a senti l'influence de la Politique notamment en réadaptation cardiaque, il y a eu amélioration mais les objectifs n'ont été que partiellement atteints.

Des choix ont dû être faits en prévention/promotion compte tenu des sommes disponibles. Puis, le contexte a fait oublier les priorités.

L'approche multisectorielle s'est développée aux paliers local et régional.

2. LES RÉFÉRENCES SPÉCIFIQUES AUX OBJECTIFS, AUX STRATÉGIES ET À LA VISION

Les avis sont partagés à propos des objectifs : pour certains ils étaient précis, alors que pour d'autres ils étaient trop larges, nombreux et trop ambitieux, donc difficiles à atteindre.

Les objectifs et les stratégies étaient importants et pertinents, sauf que les actions n'ont pas suivi ou ont été marginales.

Les stratégies semblent avoir eu un effet inspirant pour tous, mais un effet structurant partiel. Elles ont été peu reprises, car il était difficile de les « opérationnaliser ». Elles ont quand même eu plus de résonance en santé publique, mais elles ont donné lieu à peu d'actions concrètes.

3. LES EFFETS PARTICULIERS SELON LES CHAMPS D'INTERVENTION (ADAPTATION SOCIALE, SANTÉ PHYSIQUE, SANTÉ PUBLIQUE, SANTÉ MENTALE ET INTÉGRATION SOCIALE) OU LES CATÉGORIES D'ACTEURS

Le milieu médico-hospitalier s'est senti peu concerné et semble avoir été peu interpellé.

En déficience intellectuelle, c'est plutôt le *Plan régional d'organisation de services* qui a fait évoluer le réseau puisqu'il était antérieur à la Politique de la santé et du bien-être. Nous nous retrouvons dans le même contexte avec de nouvelles orientations adoptées en 2001. Les intervenants se sentent ainsi moins interpellés.

En déficience physique, la Politique n'était pas connue. Elle ne semble pas avoir été diffusée dans les établissements. La Politique a toutefois porté les orientations mises de l'avant en traumatologie.

Dans le secteur jeunesse, la Politique a été peu marquante en 1992, mais beaucoup d'efforts ont été faits par la suite pour y donner suite. Elle a inspiré le choix des priorités et les plans d'action.

C'est en santé publique que la Politique a eu le plus de résonance, «on s'est retrouvé» disent ses représentants. C'était une politique de santé publique.

4. LES CONDITIONS FAVORABLES ET DÉFAVORABLES

Certains participants ont signalé n'avoir pris connaissance de la Politique que plusieurs années après qu'elle ait été adoptée.

L'allocation des budgets a été déficiente. Dix ans après, on se rend compte que les moyens prévus n'ont pas été mis en place. On dit retrouver sensiblement les mêmes problèmes aujourd'hui, la Politique aurait dû être accompagnée de budgets.

Les actions auprès des groupes vulnérables ont eu un accueil mitigé. Qui sont les groupes vulnérables ? C'est embêtant de ne pas donner les services aux autres qui ne sont pas considérés comme tels. Les budgets n'ont pas suivi. La « vulnérabilité » n'est pas un problème médiatisé comme les listes d'attente. Il faut une volonté ferme pour soutenir ces groupes vulnérables.

On souligne le manque de cohérence et de continuité de la part du ministère de la Santé et des Services sociaux. Le contexte a fait perdre les fils conducteurs de la Politique au profit d'autres objectifs. Pendant 10 ans, le Ministère a mis de l'avant des politiques qui sont parfois venues contrecarrer la *Politique de la santé et du bien-être*. Finalement, on a plus investi dans la guérison que dans la prévention.

Le Ministère n'a pas suffisamment joué son rôle sur le plan intersectoriel ; les solutions ne sont pas toujours dans le réseau de la santé et des services sociaux. Tous les acteurs concernés doivent se sentir interpellés. Il est important de créer des alliances, notamment en santé physique où se retrouve une bonne partie des budgets. Il reste beaucoup de travail à faire sur le terrain pour soutenir les liens entre les partenaires, pour créer une véritable synergie.

Selon certains, « on se retrouve avec une société plus pauvre et plus hypothéquée qu'il y a dix ans ; les conditions de vie semblent avoir empiré ».

5. EN CONCLUSION

La *Politique de la santé et du bien-être* a donné quelques résultats : des progrès ont été réalisés, le temps de s'approprier est long, le système est lourd à changer et les résultats ne sont pas toujours visibles à court terme.

Mais pour mener à bien une entreprise comme la *Politique de la santé et du bien-être*, les représentants de la région souhaitent avoir des «pouvoirs d'agir» et «sentir» qu'ils ont ces pouvoirs d'agir. Cet élément peut avoir une grande influence sur les résultats.

N.B. Les organismes communautaires n'étaient pas présents à cette rencontre et feront part de leur point de vue à un autre moment.

P.B.

Consultation régionale

PARTIE PROSPECTIVE

RÉGION VISITÉE : QUÉBEC (QUÉBEC)

DATE : Le 3 décembre 2001

LA PROCHAINE POLITIQUE DEVRAIT :

1. ASSURER LA COHÉRENCE DES POLITIQUES ET PROGRAMMES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- La fonction de la prochaine politique de la santé et du bien-être est la cohérence. Le Ministère doit s'assurer que ses autres politiques y prennent ancrage.
- La politique révisée doit orienter les actions du système de santé et de services sociaux.
- Elle doit être un projet mobilisateur centré sur les préoccupations des citoyens et citoyennes. Elle doit proposer une vision de la santé.

2. ÊTRE DE PORTÉE GOUVERNEMENTALE

- La prochaine politique de la santé et du bien-être doit être gouvernementale, sinon elle ne donnera pas les résultats escomptés, comme l'expérience de 1992 nous l'enseigne. Chaque ministère devrait prévoir un plan d'action pour implanter la politique.
- L'implantation de la prochaine politique pourrait être placée sous la responsabilité d'un autre ministère que celui de la Santé et des Services sociaux, par exemple le ministère des Régions.
- La politique révisée pourrait inclure deux volets : un volet intersectoriel ou gouvernemental et un volet sectoriel s'adressant au réseau.
- Peu importe sa forme, la nouvelle politique doit assurer la cohérence des politiques publiques relativement à la santé et au bien-être.

3. INTERPELLER L'ENSEMBLE DES ACTEURS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- Il est important que la prochaine politique soit diffusée dans le réseau et dans tous les établissements. Elle doit interpeller l'ensemble des intervenants, y

compris ceux et celles œuvrant dans les centres hospitaliers (CH) et les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD).

4. ORIENTER L'ALLOCATION BUDGÉTAIRE

- La politique renouvelée devrait fixer des objectifs budgétaires pour les trois fonctions sociales que sont le « prévenir », le « guérir » (ou le « traiter ») et le « soutenir ». Pour certains, ces objectifs budgétaires devraient être gouvernementaux.

5. FAVORISER L'INTERSECTORIALITÉ

- Il faut interpeller les autres secteurs, notamment pour la prévention et la promotion. Des interventions doivent être faites par d'autres ministères, d'autres réseaux.

6. ÉTABLIR DES PRIORITÉS

- La réduction des écarts doit être un enjeu majeur de la prochaine politique.
- Il faut limiter le nombre de priorités et en établir quelques-unes qui interpellent plusieurs secteurs.

7. ÊTRE ADAPTÉE AUX RÉGIONS

- La région doit pouvoir adapter les objectifs de la prochaine politique. On questionne cependant la réelle marge de manœuvre qu'ont maintenant les régions pour aller dans ce sens.
- Il est essentiel de consulter régionalement pour que les gens se sentent concernés et se mobilisent.

8. RÉVISER LES STRATÉGIES

- Les stratégies de la Politique de 1992 sont fort intéressantes et inspirantes, elles ont beaucoup de résonance en santé publique et à l'échelle locale. Il faudrait cependant les opérationnaliser davantage afin qu'elles soient structurantes.
- La concertation devrait devenir une stratégie.
- La nouvelle politique devrait prioriser l'intervention auprès des groupes vulnérables. Cependant, il faut savoir que les groupes vulnérables peuvent être différents selon les problèmes. Par exemple, en déficience physique les groupes vulnérables sont les familles; en déficience intellectuelle, ce sont les enfants; en cardiologie, ce sont les personnes cardiaques, etc.

9. DÉFINIR LES TERMES « PRÉVENIR », « GUÉRIR » ET « SOUTENIR »

- Il reste encore beaucoup à faire dans le volet prévention. Il faut investir davantage dans la prévention et dans le soutien.
- Pour certains, il faut se questionner sur le panier de services. On n'a pas les moyens de répondre à tous les besoins et la prochaine politique devrait donner les grandes orientations. Le critère de base pour constituer les paniers de services devrait être l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.
- Pour d'autres, la redéfinition du panier de services n'est pas du ressort d'une politique de la santé et du bien-être. C'est toutefois une question que le Ministère doit se poser.

10. ÊTRE SUIVIE ET ÉVALUÉE

- On propose la mise sur pied d'un comité de suivi ministériel et de comités de suivi régionaux qui pourraient être intersectoriels. Ces comités pourraient suivre la mise en œuvre et servir de « voie rapide » pour résoudre les problèmes opérationnels.
- La reddition de comptes qu'entraînera la prochaine politique de la santé et du bien-être devra être arrimée aux mécanismes existants prévus (planification stratégique régionale, entente de gestion et rapport annuel de gestion).
- Il faut maintenir l'intérêt pour la prochaine politique de la santé et du bien-être sur l'ensemble de la période couverte.

M. B.
C. B.

Consultation régionale

Partie bilan

RÉGION VISITÉE : MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC (TROIS-RIVIÈRES)

DATE : Le 12 décembre 2001

LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (1992)

1. LES RETOMBÉES LES PLUS SIGNIFICATIVES ET LES PRINCIPALES DÉCEPTIONS

La *Politique de la santé et du bien-être* a donné lieu à une démarche de consultation régionale ; des jalons ont été posés et des priorités ont été établies.

La notion de participation a été introduite, tous les acteurs se sentaient légitimés, ce n'est plus seulement un réseau de services mais un système où tous sont importants. Les gens des territoires, du réseau et des autres secteurs ont été rencontrés et des comités sont encore en place.

La politique de la santé et du bien-être est perçue comme un « jalon dans l'histoire de la santé du Québec - un moment historique », elle venait terminer un cycle (commission Rochon, etc.)

On y retrouve un intérêt pour les facteurs sociaux, les déterminants. La Politique est devenue une référence pour plusieurs problématiques et le champ d'action de la lutte à la pauvreté s'est développé.

Le *Plan de transformation* a été fait en lien avec *La Politique de la santé et du bien-être* et elle demeure toujours d'actualité à travers les programmes.

La Politique était inspirante mais ce n'était pas une véritable politique (structurante). Les fonctions de gestion n'étaient pas liées aux résultats.

2. LES RÉFÉRENCES SPÉCIFIQUES AUX STRATÉGIES, AUX OBJECTIFS ET À LA VISION

Pour le milieu communautaire, la troisième stratégie (améliorer les conditions de vie) est venue donner un nouvel éclairage au programme d'action communautaire.

Il y a eu une tournée régionale au niveau des territoires de CLSC pour établir des stratégies, mais le mouvement de mobilisation s'est éteint.

La mobilisation s'est faite autour des objectifs (documentation des problèmes et priorités d'action), mais on a moins investi dans les stratégies, c'était « de la philosophie ». Les objectifs étaient plus tangibles, particulièrement pour les intervenants en santé.

Certains objectifs étaient trop ambitieux et ont suscité beaucoup d'attentes.

Par exemple, l'objectif portant sur les situations de handicaps chez les personnes ayant des incapacités et l'objectif portant sur l'alcoolisme et l'usage abusif de psychotropes. Ces objectifs n'étaient pas réalistes.

Dans l'ensemble, c'est plutôt le choix des moyens qui a causé problème.

La *Politique de la santé et du bien-être* a proposé une définition plus large de la santé, qui incluait des éléments à caractère social ; c'était une vision de la santé bien articulée. La Politique a suscité beaucoup d'attentes et, par la suite, des insatisfactions.

3. LES EFFETS PARTICULIERS SELON LES CHAMPS D'INTERVENTION (ADAPTATION SOCIALE, SANTÉ PHYSIQUE, SANTÉ PUBLIQUE, SANTÉ MENTALE ET INTÉGRATION SOCIALE) OU LES CATÉGORIES D'ACTEURS

La *Politique de la santé et du bien-être* a été associée à la santé publique : on y avait déjà des préoccupations de prévention/promotion et la consultation a été faite par la Direction de la santé publique.

Pour les organismes communautaires, la Politique a constitué un levier important : elle véhiculait une vision à laquelle le mouvement communautaire adhérait validait des façons de faire.

Dans le secteur Jeunesse, des liens ont été faits avec la Politique pour prioriser des actions, mais il y avait déjà beaucoup de documents d'orientations dans ce secteur.

La Politique a eu un effet structurant dans les services de toxicomanie, à peu près partout.

Le niveau d'appropriation dans le réseau de la santé physique a été moindre ; on constate une méconnaissance de la Politique de la part de ceux qui offrent les services.

Les CHSLD se retrouvent peu dans la Politique ; on ignore la plus grande part de leurs activités quotidiennes.

Le représentant du Conseil régional de développement a pris connaissance dernièrement de l'existence de la *Politique de la santé et du bien-être*, lors de la conclusion d'une entente spécifique sur le développement social. En raison de contacts peu fréquents avec les représentants du secteur de la santé et des services sociaux, il n'y avait pas encore de porteur du dossier santé au Conseil régional de développement.

4. LES CONDITIONS FAVORABLES ET DÉFAVORABLES

Certaines mesures portées par le national ont eu du succès, notamment en traumatologie.

Le texte de la Politique était de portée gouvernementale mais les autres secteurs d'activités n'ont pas été associés(exemples : l'aide sociale et l'éducation). C'est un

paradoxe que la Politique soit portée par le réseau mais qu'elle interpelle les autres secteurs.

La Politique a été peu portée par les acteurs politiques. Elle aurait dû être associée à des actions structurantes, à des moyens et à des ressources. Sinon, la place est prise par les groupes de pression qui revendiquent pour développer les services curatifs.

La réorganisation du réseau et le virage ambulatoire ont nui beaucoup à l'implantation de la Politique.

Dès 1995-1996, l'obsession du déficit zéro a tout balayé.

Notre réseau est incapable de faire des choix, il n'a pas les moyens de ses ambitions.

Le rapport de la commission Clair a été le fruit du consensus le plus large obtenu ces dernières années mais il ne s'est pas matérialisé : « jamais les décisions n'ont été aussi politiques ».

AUTRES POINTS SOULEVÉS

Domage que la Politique de 1992 ait été ministérielle et non gouvernementale

5. EN CONCLUSION

L'agenda des dernières années en a été un d'urgence ; la *Politique de la santé et du bien-être* n'était pas à l'agenda. Les moyens n'ont pas été à la hauteur des ambitions.

La commission Clair a énoncé qu'il y avait l'urgence d'agir sur le prévenir et a recommandé la révision de la *Politique de la santé et du bien-être*. Il faut raviver l'intérêt.

P.B.

Consultation régionale

PARTIE PROSPECTIVE

RÉGION VISITÉE : MAURICIE ET CENTRE-DU-QUÉBEC (TROIS-RIVIÈRES)

DATE : Le 12 décembre 2001

LA PROCHAINE POLITIQUE DEVRAIT :

1) ASSURER LA COHÉRENCE DES POLITIQUES ET PROGRAMMES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- L'organisation du travail au Ministère doit être cohérente avec la prochaine politique : il faut éviter le travail en silo.
- On s'inquiète de l'articulation entre la politique renouvelée et le Programme national de santé publique.
- Les politiques sectorielles du Ministère doivent être en lien avec la nouvelle politique de la santé et du bien-être : on doit retrouver une continuité avec les diverses politiques, orientations et programmes récents du Ministère.
- La politique devrait cibler les grands enjeux du système de services, comme :
 - la progression des coûts de la santé;
 - la disponibilité limitée des ressources humaines.
- La reddition de comptes doit être alignée sur les objectifs de la prochaine politique.

2) ASSURER LA COHÉRENCE DES POLITIQUES DES AUTRES MINISTÈRES AU REGARD DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE

- Le Ministère a un rôle majeur à jouer et un leadership à assurer auprès des autres ministères relativement à la santé et au bien-être. Il doit exercer son influence.
- On relève actuellement des paradoxes dans les orientations gouvernementales : les objectifs de la Politique de la santé et du bien-être ne sont pas soutenus par d'autres actions, par exemple la publicité sur l'alcool (Société des alcools), les casinos et loteries (Loto-Québec), etc. Dans l'avenir, il faudrait mieux gérer ces paradoxes.

3) ÊTRE GOUVERNEMENTALE OU SECTORIELLE

- Certains croient que la prochaine politique de la santé et du bien-être devrait être gouvernementale, et s'appeler « Politique de développement social ». Chacun des secteurs serait appelé à apporter sa contribution à l'amélioration de la santé et du bien-être pour tous.
- D'autres affirment que le contexte n'est pas favorable à l'adoption d'une politique horizontale et que, cela étant, le Ministère devrait se doter d'une politique ministérielle.
- D'autres encore pensent que le Ministère devrait ratisser large, comme en 1992, et interpeller les autres ministères.

4) ORIENTER L'ALLOCATION BUDGÉTAIRE

- L'élaboration de la politique renouvelée doit impliquer toutes les directions du Ministère, notamment celle du budget. Il faut se donner les moyens de nos objectifs.
- Un financement adéquat permettrait de favoriser la concertation, notamment entre les organismes communautaires et les CLSC, et la mise en place de tables intersectorielles.

5) ÊTRE À LA FOIS STRUCTURANTE ET INSPIRANTE

- La prochaine politique doit aider à construire le continuum « prévenir-guérir-soutenir ». Elle devrait comprendre des objectifs structurants pour un meilleur équilibre de ces trois fonctions.
- Le côté structurant de la politique ne doit pas enlever la marge de manœuvre aux paliers régional et au local, notamment dans le choix des moyens et la concertation avec les organismes du milieu.

6) FAVORISER L'INTERSECTORIALITÉ

- L'objectif général de la politique renouvelée doit être l'intersectorialité.
- Pour faire de l'intersectoriel, il faut une volonté ferme et ce doit être une obligation si on veut voir les actions se concrétiser.
- Il faut un agent de liaison entre les ministères, des personnes responsables de l'intersectoriel au Ministère, dans les régies et à l'échelle locale. On précise aussi qu'aux instances régionales de concertation, le secteur de la santé devrait être représenté par la régie régionale plutôt que par la direction de la santé publique, comme c'est le cas généralement.
- Le ministère des Régions est bien placé pour promouvoir certaines stratégies qui associent plusieurs ministères.

- Le secteur communautaire est de plus en plus interpellé par l'action intersectorielle, mais il est essoufflé.

7) ÊTRE ADAPTÉE AUX RÉGIONS

- La prochaine politique doit laisser la marge de manœuvre nécessaire aux régions.
- L'état de situation régional sur la santé et le bien-être doit être mis à jour régulièrement.
- Certains souhaitent qu'il y ait une meilleure coordination des consultations, afin de ne pas être questionnés sur les mêmes points par différents services ou ministères.
- Il ne faudrait pas oublier l'esprit de la Politique de 1992 : le citoyen au centre de nos actions.

8) COMPRENDRE...

- Un préambule qui réaffirme que :
 - les services sont accessibles, gratuits et universels,
 - les citoyens et citoyennes doivent contribuer à l'amélioration de leur santé et de leur bien-être et au développement de leur communauté,
 - la santé et les services sociaux sont indissociables;
- Un plan d'action avec des mesures d'imputabilité bien définies;
- Les six stratégies énoncées dans la Politique de 1992, qui sont toujours actuelles; les objectifs par contre devraient être rafraîchis et plus réalistes;
- Un plan de mise en œuvre qui prévoit le temps nécessaire pour réaliser tous les arrimages.

9) ÊTRE PLUS CONCRÈTE, PROPOSER DES SOLUTIONS

- La prochaine politique de la santé et du bien-être doit contenir des éléments concrets :
 - une approche territoriale;
 - une enveloppe budgétaire territoriale;
 - des solutions pour mieux coordonner les services médicaux;
 - un suivi serré et régulier;
 - des mécanismes pour sa mise à jour.

10) DÉFINIR LES TERMES « PRÉVENIR », « GUÉRIR » ET « SOUTENIR »

- Le « soutenir » est incontournable, avec le vieillissement démographique rapide que nous connaissons. Les contours de ce terme, de cette fonction, doivent être très bien définis dans la nouvelle politique.

11) ÊTRE RÉVISÉE ET SUIVIE

- Les objectifs spécifiques de la prochaine politique devraient être révisés tous les trois ou cinq ans, afin d'assurer la continuité et la cohésion. Pour les stratégies, un horizon de dix ans n'est pas trop long.
- Il est important d'évaluer ce que l'on fait (importance du suivi).

12) AUTRES

- La Politique de la santé et du bien-être de 1992 représente un jalon important, un moment historique pour la santé et les services sociaux au Québec.
- La Politique de 1992 a inspiré différentes politiques publiques. On peut penser qu'elle est en partie responsable de la mobilisation actuelle contre la pauvreté.
- La nouvelle politique ne devrait pas proposer un changement de paradigme, mais plutôt s'inscrire en continuité avec celle de 1992.
- Le Ministère doit être un acteur pivot pour diffuser et promouvoir une nouvelle politique de la santé et du bien-être.

C. B.
M. B.

Consultation régionale

Partie bilan

RÉGION VISITÉE : ESTRIE (SHERBROOKE)

DATE : Le 11 décembre 2001

LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (1992)

1. LES RETOMBÉES LES PLUS SIGNIFICATIVES ET LES PRINCIPALES DÉCEPTIONS

En Estrie, l'événement déclencheur n'a pas été la Politique de 1992 mais les Orientations Lavoie-Roux. Une mobilisation importante avait eu lieu avec les établissements et avec des experts. Des questionnaires avaient été distribués auprès des ménages. À l'arrivée de la Politique, on a refait une tournée des MRC et fait une révision mais on a gardé les mêmes priorités, en ajoutant la santé environnementale. C'est la démarche de priorisation que les gens ont retenue, davantage que la Politique elle-même.

Il y a eu unanimité sur les problèmes sociaux (alcoolisme, toxicomanies, négligence...) mais les choses n'ont pas tellement changé, le volet social est encore le parent pauvre.

Il reste que la Politique a été assez mobilisatrice et très structurante en Estrie si l'on compare avec le reste du Québec ; l'effet s'est traduit ensuite par des plans locaux. Les objectifs régionaux sont devenus un cadre de référence pour les établissements. Encore aujourd'hui, il y a des gens à la Régie qui portent ces priorités et tous les documents de la Régie réfèrent à la Politique.

La prévention et la promotion ont pris un envol grâce à la Politique, dans le *Plan d'action régional* ainsi que dans les plans locaux. Au fil du temps, les choses ont stagné lorsque les budgets de développement ont cessé, mais les budgets de prévention ont été protégés.

L'idée de consacrer 20 % des nouveaux investissements à la prévention était très intéressante. La Régie a adopté ce principe et il a été maintenu jusqu'à aujourd'hui ; même si on n'atteint pas toujours le 20 %, ça demeure un objectif.

Lors des compressions de 30M \$, on a réalloué 18M \$ pour la première ligne, la prévention/promotion et les organismes communautaires.

2. LES RÉFÉRENCES SPÉCIFIQUES AUX OBJECTIFS, AUX STRATÉGIES ET À LA VISION

Les objectifs ont été le levier principal. Pour la première fois, on avait une cible et l'idée de mesurer nos progrès était intéressante. Les stratégies ont été aussi importantes

mais on a moins développé les moyens pour les traduire en actions concrètes (certains participants sont en désaccord).

On doit faire une différence entre les efforts qu'on a déployés et l'atteinte des objectifs : en jeunesse, par exemple, on a beaucoup investi mais les résultats ne sont pas ceux attendus. On peut se questionner, et ça vaut pour tous les objectifs : avait-on sous-estimé le problème ? peut-être était-il en augmentation ? quels autres facteurs ont eu une incidence sur le problème ?

Les deux stratégies qui ont surtout marqué notre action en Estrie sont la recherche des interventions efficaces et l'accent sur les populations vulnérables dans une optique de réduction des écarts. Les investissements ont été faits en fonction des populations vulnérables ; 1,7 M\$ de réinvestissements ont été réalisés (svp préciser quelle période). Cependant, cette stratégie a été plus ou moins bien acceptée ; il y a encore des débats à savoir si l'on ne devrait pas offrir les services à tous (ex. les services prénataux).

Pour ce qui est des interventions efficaces, c'est incontournable : rien n'est déployé sans avoir montré son efficacité. Mais dans le secteur social, c'est plus difficile d'identifier les approches les plus efficaces.

La concertation a donné peu de résultats en comparaison avec ce qu'on espérait. Au niveau local, des partenaires ont été sensibilisés (dans les CLD par exemple) mais on l'a fait lorsqu'on avait le temps, lorsqu'on connaissait les personnes ; c'était un gros investissement.

La Politique a quand même favorisé la prévention. Même au cours du virage ambulatoire, les orientations régionales favorisaient les programmes de prévention ; on a protégé des secteurs comme la petite enfance.

3. LES EFFETS PARTICULIERS SELON LES CHAMPS D'INTERVENTION (ADAPTATION SOCIALE, SANTÉ PHYSIQUE, SANTÉ PUBLIQUE, SANTÉ MENTALE ET INTÉGRATION SOCIALE) OU LES CATÉGORIES D'ACTEURS

À la Régie régionale, en 1993, la Politique était le livre de chevet en santé physique. Mais elle n'a été ni inspirante ni contraignante au CHUS et dans tout le milieu hospitalier ; ça ne changeait pas les choses pour eux, puisqu'ils répondent surtout à la demande, contrairement aux CLSC, à la santé publique et aux groupes communautaires qui ont été très mobilisés.

En santé cardio-vasculaire, la clientèle augmente, ça coûte très cher et on a de la difficulté à organiser les services. Peu d'acteurs se sentent concernés en dehors des établissements où il y a des salles d'urgence.

En CLSC, on était « connecté » sur les objectifs et les stratégies. Mais les intervenants n'avaient pas les moyens nécessaires pour implanter les stratégies ; il aurait fallu de la formation, des outils. Néanmoins, les stratégies ont été utilisées dans l'action avec les groupes communautaires ; il y a eu beaucoup de remises en question, de révision des interventions et de la programmation. On a choisi les interventions les plus efficaces. Ce travail a pris beaucoup de place.

Dans les établissements pour personnes âgées, la Politique a mobilisé les intervenants, on a même présenté la Politique à la clientèle pour l'impliquer.

Lors du virage ambulatoire, le parent pauvre n'était pas la prévention-promotion mais la réadaptation. Les clientèles des secteurs de l'adaptation sociale et de la déficience sont celles qui crient le moins fort.

En santé mentale on a « manqué le bateau ». On a des difficultés avec l'organisation des services médicaux ; le virage ambulatoire n'a pas été réalisé. C'est très grave car ça touche beaucoup de gens.

On a aussi beaucoup ciblé la clientèle des jeunes, mais l'interruption du *Plan d'action régional* a défavorisé tout ce secteur.

4. LES CONDITIONS FAVORABLES ET DÉFAVORABLES

Certains objectifs sont mieux définis que d'autres ; certains sont inatteignables. Il faut encore raffiner cette approche. Les indicateurs sont venus après coup et ils étaient parfois inadéquats.

Le suivi qui devait avoir lieu aux cinq ans ne s'est pas fait (Note : au moment de la rencontre, un document produit par la Direction de santé publique sur les 19 objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être* venait tout juste d'être mis en circulation).

Les compressions et la transformation du réseau ont fait en sorte que les objectifs de la Politique ont été mis de côté. On a marqué des reculs, en particulier avec le virage ambulatoire qui a amené quatre fois plus de références aux CLSC ; la priorité n'allait plus à la prévention mais aux soins.

Il y avait des stratégies qu'on avait de la difficulté à mettre en application, par exemple les stratégies 3 et 5 sur les conditions de vie et l'harmonisation des politiques publiques. On y adhérerait mais plusieurs autres secteurs auraient dû intervenir, sur les conditions de vie surtout ; on n'avait aucun pouvoir sauf celui d'influencer, on ne pouvait pas les porter seuls.

La Politique était censée être gouvernementale mais ça n'a pas été le cas. La Politique ne doit pas être portée seulement par notre réseau. Les autres ministères n'ont pas été conscientisés. Les « politiques publiques saines », ce n'est pas le Ministère qui peut les faire à lui seul. Il nous manquait des leviers pour agir avec nos partenaires.

L'intersectorialité, s'est faite à partir des volontés personnelles. Elle n'a pas été favorisée par les lois et les politiques au niveau central. Lorsqu'on travaille dans un domaine très intersectoriel comme en jeunesse, on voit que les arrimages ne sont pas faits au niveau national avec le scolaire, les services policiers, etc. Les secteurs n'ont pas d'objectif commun. Ça prend beaucoup d'énergie pour impliquer des gens qui pensent contribuer à « nos » objectifs, à régler des problèmes qui ne sont pas les leurs. On peut passer des années à négocier un objectif et ça reste toujours un terrain fragile : quand une personne change, tout peut s'écrouler.

Avec le changement de Ministre, en 1995, les règles ont changé : l'argent était « attaché » ailleurs que pour nos priorités. Le *Plan d'action régional* a été interrompu. Il n'y a plus de marge de manœuvre au niveau régional.

On souligne aussi le fait que des politiques, il nous en arrive à chaque semaine ; on finit par ne plus les lire.

5. EN CONCLUSION

La Politique a eu des effets marquants en termes de mobilisation. Elle a structuré l'action, créé des dynamiques nouvelles dans certains secteurs et favorisé la prévention. Même si les conditions n'ont pas été favorables à sa mise en œuvre, notamment en raison du manque de ressources et de la marge de manœuvre régionale de plus en plus réduite, on reconnaît encore la Politique de 1992 comme une référence pour orienter l'action et les priorités régionales.

L.D.

Consultation régionale

PARTIE PROSPECTIVE

RÉGION VISITÉE : ESTRIE (SHERBROOKE)

DATE : Le 11 décembre 2001

LA PROCHAINE POLITIQUE DEVRAIT :

1) ASSURER LA COHÉRENCE DES POLITIQUES ET PROGRAMMES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- La prochaine politique de la santé et du bien-être doit fournir un point d'ancrage, un fil conducteur, afin d'assurer la continuité malgré tous les changements ministériels.
- Elle doit nous permettre de parler le même langage et de mieux travailler ensemble.
- La politique révisée doit aborder la question de la planification des ressources humaines. Nous manquons de personnel. De plus, il faut décloisonner les pratiques professionnelles.
- Trop de politiques, c'est comme ne pas en avoir. Ce fut le cas ces dernières années. Toutes les politiques du Ministère doivent se référer dans l'avenir à la politique de la santé et du bien-être renouvelée. C'est de cette manière seulement qu'elle pourra servir de cadre de cohérence.

2) ASSURER LA COHÉRENCE DES POLITIQUES DES AUTRES MINISTÈRES AU REGARD DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE

- Il faudrait créer un comité interministériel sur la santé et le bien-être, car des décisions d'autres ministères vont parfois à l'encontre des orientations de notre secteur.

3) ÊTRE DE PORTÉE GOUVERNEMENTALE

- La prochaine politique doit être gouvernementale afin de positionner le réseau de la santé et des services sociaux. Avec une politique ministérielle, on risque de manquer le bateau.

- Une politique gouvernementale devrait se traduire dans chaque ministère par des engagements, des plans d'action. Le Programme national de santé publique vise surtout les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux.
- On se dit d'accord avec l'idée d'une politique de la santé et du bien-être qui soit rattachée à une stratégie gouvernementale de développement social. Mais les arrimages doivent être bien faits et il faut prévoir des moyens en conséquence.

4) ORIENTER L'ALLOCATION BUDGÉTAIRE

- L'allocation intersectorielle ne peut reposer sur des programmes fermés et sur une allocation budgétaire décidée au central. Les échelons régional et local doivent avoir la latitude nécessaire. Il faut permettre aux communautés de faire des choix qui répondront à leurs besoins. Ce principe doit être reconnu, autant par la politique révisée que par la stratégie de développement social.
- Il faut prévoir des budgets pour soutenir l'action intersectorielle.

5) FAVORISER L'INTERSECTORIALITÉ

- Dans la Politique de 1992, le réseau de la santé et des services sociaux s'est désigné lui-même comme responsable de l'action intersectorielle. Doit-on vraiment maintenir ce cap dans l'avenir?
- La prochaine politique devrait établir clairement le partage des responsabilités en matière de santé et de bien-être et d'action intersectorielle. Par exemple, qui sera responsable de la certification des résidences pour personnes âgées?
- Il est difficile de faire de l'action intersectorielle aux paliers régional et local quand les liens ne sont pas faits à l'échelle nationale. Il faut mettre en place les conditions et se donner des leviers.
- La mise en place de « réseaux de services intégrés » pourrait être l'occasion d'impliquer les autres secteurs. Cet élément doit être traité dans la prochaine politique.
- La situation socio-économique et l'éducation comptent parmi les déterminants les plus « puissants » de la santé et du bien-être. Si l'on devait faire seulement un ou deux arrimages, ce sont ces secteurs qu'il faudrait privilégier.
- L'action intersectorielle ne peut reposer uniquement sur la bonne volonté.
- Le Conseil régional de développement a créé deux fonds en vue de soutenir des projets multisectoriels : le Fonds de soutien à la réussite scolaire et le Fonds de participation sociale. Ces initiatives du CRD sont permanentes. Plusieurs organismes sont impliqués : Centraide, le ministère de la Solidarité sociale, l'Université de Sherbrooke, la Régie régionale. La politique révisée doit prendre acte de l'existence de tels leviers.

- La lutte contre la pauvreté est ce qui rassemble le plus les intervenants des autres secteurs. Il faut davantage cibler ce problème et désigner le maître d'œuvre si on ne veut pas faire seuls tout le travail.

6) DONNER UNE PLACE IMPORTANTE À LA POPULATION ET ÊTRE DIFFUSÉE AUPRÈS DE CETTE DERNIÈRE

- La participation de la population est essentielle, tout particulièrement pour les fonctions « prévenir » et « soutenir ». Il faut informer la population, la mobiliser, l'impliquer dans les décisions.
- La participation est une idée noble. Il faut toutefois reconnaître que certains groupes sont mieux organisés et, dans ce contexte, il faut aussi s'assurer de donner la parole à des groupes plus défavorisés. Par ailleurs, il y a des limites à la participation : quand on construit un pont, c'est l'architecte qui décide de la grosseur de la poutre, non les passants.

7) FIXER DES PRIORITÉS ET DES OBJECTIFS

- Il faut faire des choix, fixer des priorités. Ce n'est pas vrai que l'on peut tout faire.
- Établir des priorités ne signifie pas qu'on laisse tomber tout le reste.
- Les objectifs devraient être fixés par groupe-clientèle, afin de privilégier une approche globale, plutôt qu'un découpage par problèmes.

8) DÉFINIR LES TERMES « PRÉVENIR », « GUÉRIR » ET « SOUTENIR »

- La prochaine politique devrait interpeller la société en général sur le « prévenir » et le « soutenir ». Le « guérir » est davantage propre à notre secteur.
- Le terme « guérir » fait référence à la santé. Il faudrait plutôt opter pour « traiter ».
- Les trois fonctions (prévenir, guérir, soutenir) concernent l'ensemble des établissements; l'accent que l'on doit mettre sur l'un ou l'autre est toutefois différent.
- Le choix de mettre l'accent sur ces trois fonctions ne doit pas se traduire par des reculs en prévention.
- Pour chaque problème, il faut voir les choses selon un continuum qui va de la prévention au soutien, en passant par le traitement et la réadaptation. Les trois fonctions doivent s'inscrire dans un continuum.
- Actuellement, on fait trop peu en prévention. Conséquence : la fonction « traitement » est surchargée et, bientôt, le soutien sera hypothéqué. Pour être plus efficaces, il nous faut rééquilibrer les choses.

- Le soutien est une fonction extrêmement importante, mais cette fonction déborde largement l'action du réseau (tout comme d'ailleurs la prévention).

9) ÊTRE EN CONTINUITÉ AVEC LA POLITIQUE DE 1992

- Il faut assurer la continuité, poursuivre le mouvement amorcé en 1992, en gardant en tête que notre réseau est fragilisé et le personnel, débordé.

10) ÊTRE UN OUTIL DE PLANIFICATION ET DE CONCERTATION POUR LES DIX PROCHAINES ANNÉES

- La politique révisée doit aborder les questions éthiques. Il s'agit d'un enjeu majeur pour les dix prochaines années.

11) S'APPUYER SUR LES EXPÉRIENCES DU TERRAIN ET LA RECHERCHE

- Les organismes communautaires souhaitent être partie prenante de la prochaine politique.

12) AUTRES

- Il faut réaffirmer la responsabilité des individus relativement à leur santé. Il s'agit d'un axe important.

H. A.
A. J.

Consultation régionale

Partie bilan

RÉGION VISITÉE : MONTRÉAL-CENTRE (MONTRÉAL)

DATE : Le 10 janvier 2002

LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (1992)

1. LES RETOMBÉES LES PLUS SIGNIFICATIVES ET LES PRINCIPALES DÉCEPTIONS

La Politique est devenue le document de référence à travers le Québec.

Elle a été l'un des trois éléments d'orientation les plus importants pour la Régie régionale, les deux autres étant l'amélioration de la qualité des services et la recherche de l'efficacité. C'était un incontournable. Elle a eu un effet structurant à la Régie : elle a orienté la pensée, elle a servi à prioriser et à légitimer des interventions (ex. en santé mentale).

Pour d'autres, la Politique a été surtout inspirante et peu structurante ; il a fallu d'autres cadres pour guider l'action (*Plans d'organisation de services, Plan national de santé publique, etc.*).

La Politique de 1992 rappelait des constats déjà faits dans Castonguay-Neveu, Rochon, Brunet : la santé n'est pas une question de médecine high-tech mais de conditions de vie. Mais c'était quand même la première fois qu'on parlait des déterminants de la santé dans un document du Ministère, et qu'on y associait les conditions de vie et le concept de développement social. (Plusieurs interventions font référence à cet élément, tant de la part de la Régie et des établissements que des organismes communautaires.)

La promotion / prévention a pris plus de place dans la région au moment du premier plan d'action ; dans le Plan 1998-2002, on a encore davantage intensifié cette dimension.

La Politique a favorisé la concertation intersectorielle ; elle a encouragé la participation du communautaire et d'autres acteurs du milieu.

Il est difficile d'évaluer la Politique sous l'angle de résultats de santé, mais on peut voir des résultats intermédiaires ; il y a eu des effets organisationnels et un changement culturel important.

2. LES RÉFÉRENCES SPÉCIFIQUES AUX OBJECTIFS, AUX STRATÉGIES ET À LA VISION

Dix-neuf objectifs, c'était inspirant mais assez lourd à opérationnaliser dans l'organisation des services.

On a vu un effet paradoxal de la lutte aux inégalités : plusieurs bailleurs de fonds s'y sont intéressés, mais il n'y a pas eu de stabilité, ni de continuité dans les actions.

La Politique a amené une certaine concertation entre chercheurs et intervenants mais les solutions les plus efficaces ne se trouvent pas seulement dans les travaux des universitaires, elles doivent aussi venir des intervenants du terrain. Cet aspect n'a pas été suffisamment pris en compte.

En ce qui a trait aux six grandes stratégies, certains estiment qu'on est complètement passé à côté, principalement à cause des compressions. On n'a pas « favorisé » le renforcement du potentiel des personnes, on l'a « forcé ». Soutenir les milieux de vie, on ne l'a pas très bien fait : les 15 M\$ qui sont allés au communautaire ont surtout été dirigés vers des services directs, pour compenser ce qu'on ne pouvait plus faire dans les établissements. On ne s'est pas attaqué aux conditions de vie. On a ciblé les groupes vulnérables, mais on n'a pas travaillé « avec » eux. On n'a pas harmonisé les politiques publiques, on a recherché le déficit zéro.

D'autres sont d'avis que certaines stratégies ont influencé les priorités et la façon d'intervenir au niveau local (CLSC), en particulier celles qui proposaient d'agir sur les habitudes de vie et de donner la priorité aux clientèles défavorisées (ex. *Naître égaux, grandir en santé*). Maintenant, on ne travaille plus de la même façon.

Ce qu'on a le mieux réussi, c'est la recherche des interventions les plus efficaces et les moins coûteuses. Mais il s'agit là d'un objectif économique, qui ne devrait pas figurer dans une politique de la santé et du bien-être. Le secteur économique devrait aussi se donner pour objectif de contribuer à améliorer la santé et la qualité de vie.

3. LES EFFETS PARTICULIERS SELON LES CHAMPS D'INTERVENTION (ADAPTATION SOCIALE, SANTÉ PHYSIQUE, SANTÉ PUBLIQUE, SANTÉ MENTALE ET INTÉGRATION SOCIALE) OU LES CATÉGORIES D'ACTEURS

Plus les objectifs étaient reliés aux services médicaux, plus on a réussi ; dans les autres domaines, les résultats sont mitigés.

Par ailleurs, les médecins omnipraticiens ignorent pour la plupart l'existence de la Politique. C'est la même chose pour les *Priorités nationales de santé publique*.

En santé publique, la Politique a constitué un levier important. Les grandes priorités retenues et les trois angles d'orientation qui les accompagnaient demeurent la plateforme de Montréal-Centre, encore aujourd'hui.

En CLSC, la Politique a servi de base pour la priorisation, la programmation, le choix des activités. Elle a servi d'argumentaire surtout en prévention / promotion. On n'avait pas beaucoup de cadres de référence à ce moment-là. C'était un document concis, bien argumenté.

En Centre jeunesse également, la Politique a été vue comme un document de base qui allait servir de grille pour orienter les choix de programmation et la transformation des services à l'interne. Elle sert toujours comme grille de référence pour investir davantage en prévention / promotion.

La Politique a grandement influencé les services offerts en toxicomanie ; elle a orienté le *Plan d'organisation* de 1996-1997. On y a recours régulièrement lors des rencontres avec les intervenants. Elle a changé les façons de faire ; on travaille davantage avec les clientèles vulnérables. Il y a là des contenus encore extrêmement pertinents ; ce qu'il faudrait, c'est une volonté plus large, gouvernementale pour la mettre en application.

En déficience intellectuelle, on a participé aux travaux préparatoires à la Politique mais on s'est très peu retrouvé dans le document final. Néanmoins, quand on écrivait des plans d'organisation, on utilisait la Politique, encore en 1996 et 1997.

4. LES CONDITIONS FAVORABLES ET DÉFAVORABLES

Ces dernières années, les Forums sur le développement social ont été plus inspirants pour l'harmonisation des politiques publiques que la Politique.

La course au déficit zéro a eu des impacts énormes. On devait mettre 20 % des nouveaux investissements en prévention / promotion, mais à partir des compressions, cet objectif a été abandonné.

Les objectifs de la Politique ne sont jamais devenus les objectifs du gouvernement. On disait que ça devait être une politique gouvernementale et interpeller d'autres ministères ; nos espoirs ont été déçus. La prévention / promotion ne peut pas relever seulement de notre réseau. Il aurait vraiment fallu un projet collectif. Il y a une incapacité collective à se mobiliser autour d'objectifs sociaux, à les jumeler avec les objectifs économiques.

Tout le monde poursuit ses propres objectifs, les profits, les résultats économiques etc., mais entre-temps, la pauvreté augmente, en particulier chez les enfants.

Quand le budget est ciblé et attaché comme ce l'est aujourd'hui, on ne respecte plus l'esprit de la réforme et de la Politique.

Ce qui est pénible, c'est la réformite aigüe ; tout particulièrement dans le champ du social. On a de la difficulté à trouver la logique d'une politique à l'autre ; il y a un manque de cohérence.

On perçoit de la lassitude chez les intervenants.

5. EN CONCLUSION

La Politique de 1992 a permis une conscientisation autour des déterminants de la santé. Elle est encore inspirante et de nombreux objectifs sont encore d'actualité. Il faut continuer, compléter, allouer des ressources, évaluer et réajuster. Le changement se fait toujours par étapes ; il faut se donner les moyens d'agir et se donner ensuite le temps de voir les résultats.

L.D.

Consultation régionale

PARTIE PROSPECTIVE

RÉGION VISITÉE : MONTRÉAL-CENTRE (MONTRÉAL)

DATE : Le 10 janvier 2002

LA PROCHAINE POLITIQUE DEVRAIT :

1. ASSURER LA COHÉRENCE DES POLITIQUES ET PROGRAMMES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- Le cheminement du Ministère n'est pas très clair. Il faudrait pourtant rétablir l'ordre des choses. Ainsi, le Programme national de santé publique devrait découler de la prochaine politique. De plus, la politique devrait orienter l'exercice de planification stratégique régionale qui s'amorcera bientôt. Si la politique arrivait après le Programme national de santé publique et l'exercice de planification régionale, ce serait une absurdité. L'arrimage doit être fait au central.
- Pour les consultations, il serait souhaitable que l'équipe de la Politique et celle du Programme aient un échéancier commun, bref qu'il n'y ait qu'une seule consultation.
- La Politique de 1992 était ambitieuse. On pourrait même la qualifier de « traité des grandes vertus ». Elle était certes inspirante, mais peu structurante. Pour qu'elle soit structurante, il aurait fallu prévoir d'autres éléments pour la prolonger : plans d'organisation de services, programmes, etc. Par ailleurs, le Ministère devrait demander aux régies régionales de préparer un plan d'organisation de services autour des trois fonctions « prévenir », « guérir » et « soutenir », et ce, en lien avec les objectifs du Programme national de santé publique, dans un continuum de services.
- « Structurante » ne devrait pas signifier « changer les structures ». La commission Clair vient de faire le point sur l'organisation des services. Il s'agit d'appliquer ses recommandations, en particulier le développement des services de base, de la première ligne. Il ne faudrait surtout pas repartir à zéro. La politique renouvelée doit, avant tout, fournir une vision.

2. ASSURER LA CONTINUITÉ

- Les titulaires du Ministère ont été nombreux au cours des dernières années. La situation n'est pas particulière au Québec. Au Canada et dans les provinces, on a vu passer 73 ministres de la Santé depuis huit ans. Cette situation se traduit par un manque de continuité. Comment assurer cette continuité? La prochaine politique représente certainement un levier. La marge de manœuvre dont disposent les régies en constitue un autre.
- Le nombre de documents et de directives publiés par le Ministère est effarant. Ne vaudrait-il pas mieux viser à faire plus simple dans l'avenir, simplement indiquer la direction?

3. ASSURER LA COHÉRENCE DES POLITIQUES DES AUTRES MINISTÈRES AU REGARD DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE

- Il faut développer des partenariats avec les autres ministères afin d'harmoniser les politiques *a priori*. Il est très difficile d'attacher des wagons après que le train est parti.
- La prochaine politique de la santé et du bien-être doit être harmonisée avec les autres politiques gouvernementales, par exemple la politique de la condition féminine. Pour ce faire, il faut une volonté gouvernementale pour harmoniser les politiques.

4. ÊTRE DE PORTÉE GOUVERNEMENTALE

- La Politique de 1992 véhiculait une vision globale et établissait les liens avec les conditions de vie. La politique révisée doit aller dans le même sens. Elle doit être gouvernementale et interpeller les autres ministères.
- La prochaine politique ne devrait pas être centrée uniquement sur l'organisation des services. Ce n'est pas vrai qu'un seul ministère peut régler seul les problèmes.
- En toxicomanie, on souhaite se donner une stratégie gouvernementale. C'est très lourd et donne parfois peu de résultats. Mais si l'on choisissait d'agir seuls, les résultats seraient encore plus mitigés. Pourquoi ne pas viser à élaborer une politique de la santé et du bien-être qui soit du même ordre? Si trois ans sont nécessaires pour élaborer une politique gouvernementale, qu'on les prenne.
- L'amélioration de la santé et du bien-être est un projet de société, non pas seulement un objectif des producteurs de services. Il faut que tous les intervenants soient mis à contribution. Le défi est de trouver les mécanismes qui feront en sorte que tous travaillent dans la même direction.
- La politique révisée peut s'inscrire dans une stratégie gouvernementale de développement social. Mais quelle sera la portée de la stratégie actuellement en préparation? Quelle place fera-t-on à la santé et au bien-être dans cette

stratégie? Il est difficile de se positionner en l'absence de telles informations. Une politique de santé et de bien-être est quand même nécessaire pour nos intervenants.

- Même si on ne peut attacher tous les fils pour 2002, il faudrait solliciter la collaboration d'autres ministères et obtenir leur adhésion à nos objectifs, cela afin de favoriser les ententes de partenariat dans les régions. Les liens doivent être faits au central, afin de soutenir le travail intersectoriel dans les régions et sur le terrain.
- La responsabilité ultime de la santé appartient au gouvernement. Il doit en faire une haute priorité.

5. INTERPELLER L'ENSEMBLE DES ACTEURS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- Un récent groupe de discussion a permis de constater que les omnipraticiens ignoraient totalement l'existence de la politique de 1992. On n'a pas réussi à les atteindre. C'était la même chose pour les priorités régionales et nationales de santé publique. Pourtant, on leur demande d'intégrer des pratiques préventives dans leur pratique courante. Dans la prochaine politique, on doit s'assurer de la contribution des médecins et de l'ensemble des intervenants du secteur de la santé physique.

6. ORIENTER L'ALLOCATION BUDGÉTAIRE

- Quand le budget est ciblé par le Ministère non seulement pour les établissements, mais pour les clientèles, on ne respecte plus l'esprit de la régionalisation et de la Politique de la santé et du bien-être.
- L'allocation des ressources doit être fondée sur la prochaine politique de la santé et du bien-être. Il faut s'assurer d'une meilleure répartition des budgets entre les trois fonctions qui sont au cœur de l'activité du système de santé et de services sociaux, soit la prévention, le traitement et le soutien.

7. FAVORISER L'INTERSECTORIALITÉ

- Avec la Politique de 1992, c'était la première fois qu'on traitait des déterminants de la santé dans un document du Ministère et qu'on associait la santé et le bien-être au développement social. Ce premier souffle a eu comme conséquence qu'aujourd'hui ces éléments sont pris en compte. Il faut continuer.
- Il faut absolument mettre en place des mécanismes, trouver des moyens structurants qui élimineront les obstacles à l'action multisectorielle.
- Il faut travailler avec d'autres, mais c'est plus souvent sur la base de la bonne volonté. On aimerait que la prochaine politique de la santé et du bien-être fournisse des outils, des moyens pour passer à l'action. La notion de « réseau de

services intégrés » implique que l'on s'associe avec d'autres réseaux de services (ex. : psychiatrie avec justice, sécurité publique, etc.).

- Il faut tenir compte des coûts associés à l'action multisectorielle.
- L'intersectorialité n'est pas une fin en soi mais un moyen. Une politique gouvernementale va favoriser l'intersectorialité, car les ministères devront s'entendre.

8. DONNER UNE PLACE IMPORTANTE À LA POPULATION ET ÊTRE DIFFUSÉE AUPRÈS DE CETTE DERNIÈRE

- Il faut donner encore plus de place à la participation populaire, aller chercher cet intrant, s'ouvrir aux questions que la population peut poser.
- La Politique de la santé et du bien-être est la responsabilité de tous : individus, communauté, collectivité.

9. RÉVISER LES STRATÉGIES ET LES OBJECTIFS

Objectifs

- Le découpage adopté en 1992 était trop rigide. On ciblait des problèmes. Il faut éviter à l'avenir de classer les individus par « problématiques ».
- Il ne faut pas tout changer, car de nombreux objectifs sont encore d'actualité. Il faut seulement voir comment les renouveler de la meilleure façon.
- Les objectifs devront être mieux adaptés à l'organisation des services et au plan d'organisation de la région.

Stratégies

- « Les solutions les plus efficaces et les moins coûteuses » (stratégie 6 de la Politique de 1992) ne reposent pas uniquement sur les connaissances universitaires, elles se trouvent aussi dans le milieu, chez les intervenants de terrain. Pour certains, ce type de stratégie fait trop référence à un aspect économique et ne devrait pas se retrouver dans la politique révisée.
- Pour donner un sens à la stratégie « Harmoniser les politiques publiques », la prochaine politique doit obligatoirement être gouvernementale.

10. DÉFINIR LES TERMES « PRÉVENIR », « GUÉRIR » ET « SOUTENIR »

- Attention : « traiter » et « guérir » ne signifient pas la même chose.
- Il ne faut pas cantonner la prévention/promotion au seul domaine de la santé publique, en faire un « champ spécialisé ». En fait, la prévention/promotion doit traverser tous les secteurs.
- La dichotomie préventif/curatif est une façon de voir que l'on devrait dépasser.

11. ÊTRE EN CONTINUITÉ AVEC LA POLITIQUE DE 1992

- Le contenu de la Politique demeure extrêmement pertinent. N'allons pas réinventer la roue. Ayons une volonté ferme d'agir à l'échelle gouvernementale. Donnons-nous les moyens.
- La politique de 2002 doit rappeler les stratégies, les objectifs, les priorités et montrer les nouvelles pratiques. Il faudra réajuster, rajeunir la Politique de 1992.
- Il ne faut pas tout changer, car de nombreux objectifs sont encore d'actualité. Il faut seulement mettre à jour les connaissances.

12. ÊTRE UN OUTIL DE PLANIFICATION ET DE CONCERTATION POUR LES DIX PROCHAINES ANNÉES

- La Politique de la santé et du bien-être a servi de document de référence en CLSC, dans les régies régionales et dans les centres jeunesse pour l'établissement des priorités, le choix des activités. Elle doit continuer à jouer ce rôle.
- La prochaine politique, qu'elle soit gouvernementale ou ministérielle, doit reconnaître les particularités du territoire de Montréal (pauvreté, problèmes de santé mentale, détresse des jeunes, etc.).

13. ÊTRE SUIVIE ET ÉVALUÉE

- Le Ministère et les régies régionales doivent suivre les interventions et les résultats obtenus. Il faut avoir des données pour le faire. Le Ministère demandera-t-il des données financières d'abord, ou des données sur les services, les clientèles et les résultats? Par exemple, comment le CLSC rendra-t-il compte de ses activités de prévention?
- Les chiffres ne nous disent pas tout, il faut aussi écouter les gens, consulter, pour mieux mesurer le chemin parcouru. La tournée des régions faite actuellement est un exercice très pertinent. Ne pourrait-on pas le répéter périodiquement?
- Le « benchmarking » est également essentiel. Il faut planifier, assurer le suivi, se comparer, évaluer, surveiller l'avancement des connaissances, se réajuster. La reddition de comptes doit porter sur les activités; les données sont essentielles. Après 30 ans, il est encore difficile d'élaborer un tableau de bord.
- Le style de gestion est souvent une des causes du problème : sclérose, etc. Il manque d'évaluation de la part des régies régionales ou du Ministère. Est-ce qu'on rencontre les gestionnaires des CLSC pour voir ce qu'ils font dans leur quartier?

14. S'APPUYER SUR LES EXPÉRIENCES DU TERRAIN ET LA RECHERCHE

- Il faut évaluer l'impact des actions sur la clientèle. On devrait mieux équiper les établissements et les intervenants pour déterminer les interventions gagnantes, plus efficaces et moins coûteuses. Souvent, on y va intuitivement. En s'appuyant sur la recherche, on pourrait se donner des indicateurs d'efficience.
- Parmi les retombées des recherches financées pour améliorer l'efficience des interventions, on retrouve une étude sur la relation parents-enfants (Camil Bouchard) qui a transformé complètement les façons de faire. Les analyses que fait la Direction de la santé publique sont aussi extrêmement importantes. La vulgarisation de la recherche est importante, c'est la seule façon de mettre à profit les résultats.
- Les recherches réalisées par le Conseil québécois de la recherche sociale ne sont pas très connues, pas très diffusées; elles portent souvent sur des sujets très précis. De façon générale, les universitaires ne font pas suffisamment de vulgarisation.

15. ÊTRE ADAPTÉE AUX RÉGIONS

- Il serait inutile d'adopter une politique qui ne soit pas accompagnée de moyens ou de leviers. Par ailleurs, le Ministère doit préciser ce qu'il entend par « adaptation régionale », pour que les règles du jeu soient claires.
- Les responsabilités doivent être définies, les rôles, bien répartis entre le local, le régional et le national.

16. AUTRES

- Les services sont organisés selon une logique professionnelle : première, deuxième et troisième lignes. Peut-être faudrait-il les réorganiser par clientèles ou problématiques.
- Notre objectif fondamental est de favoriser l'autonomie, l'« empowerment ». Il faut sans doute dépasser nos vieilles dichotomies, du type préventif/curatif, pour travailler plutôt en continuité, mieux intégrer la prévention, le traitement et le soutien.
- En conclusion, les grandes attentes face à la prochaine politique sont :
 - 1) offrir une vision;
 - 2) faciliter un rapprochement entre les acteurs;
 - 3) cibler des objectifs;
 - 4) donner des moyens;
 - 5) rafraîchir les contenus de 1992;
 - 6) favoriser la participation comme levier fondamental.

H. A.
A. J.

Consultation régionale

Partie bilan

RÉGION VISITÉE : OUTAOUAIS (HULL)

DATE : Le 27 novembre 2001

LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (1992)

1. LES RETOMBÉES LES PLUS SIGNIFICATIVES ET LES PRINCIPALES DÉCEPTIONS

Une longue réflexion avait déjà été faite à partir des Orientations Lavoie-Roux et un premier plan d'action régional en avait découlé en 1991. La Politique ne venait donc que confirmer les résultats de la démarche.

L'exercice d'identification des priorités régionales a permis d'amorcer des collaborations plus productives avec nos partenaires, d'amorcer un dialogue, d'établir des liens de confiance.

Les retombées les plus intéressantes sont en lien avec la lutte à la pauvreté et le développement social qui a été retenu comme un objectif dans le plan d'action régional. Les CLSC ont mis la priorité sur la lutte à la pauvreté et, au niveau régional, c'est via l'entente-cadre qu'on travaille ; on se demande cependant où est l'implication du Ministère dans la démarche sur la lutte à la pauvreté.

La Politique a eu un rôle inspirant surtout, mais elle a aussi permis de positionner certains établissements, de mieux définir les fonctions de chacun.

Ce sont plutôt les plans de transformation et de consolidation qui ont eu l'effet intégrateur. Au niveau de la Régie, on considère que ces plans ont été élaborés en tenant compte des priorités régionales, en protégeant la prévention, le secteur jeunesse, le communautaire et les clientèles vulnérables. La Politique est demeurée la toile de fond même lors de l'exercice de compression. Mais localement, c'était moins perceptible selon certains.

Il y a eu des exclus dans les débats sur la prévention. Ces débats ne sont pas terminés.

Dans l'allocation des ressources, on a développé une approche d'équité mais les outils ne sont pas au point ; il y aurait des transferts d'argent à faire si on finançait les établissements en fonction des besoins.

2. LES RÉFÉRENCES SPÉCIFIQUES AUX OBJECTIFS, AUX STRATÉGIES, À LA VISION

Les stratégies ont été aussi inspirantes et structurantes que les objectifs. Selon certains, elles ont eu plus d'impact ; c'est à partir des stratégies qu'on a réussi à inscrire les priorités régionales (adoptées en 1991) dans le plan d'action de la Politique.

Les stratégies sont venues confirmer et structurer l'action des CLSC, elles ont influencé les interventions mais on n'avait pas les instruments nécessaires pour inscrire la Politique dans la planification locale.

On a mieux ciblé les efforts vers les groupes vulnérables ; cependant, l'accent mis sur ces groupes ne devrait remettre en cause l'universalité des services.

On a beaucoup travaillé en intersectorialité ; l'implication des différents acteurs locaux était notre marque de commerce. On ne s'est pas laissé décourager par les difficultés. Souvent on n'avait pas les moyens, ou c'était nos partenaires qui n'en avaient pas ; on a avancé de façon sporadique.

On commence néanmoins à voir certains succès. On a des ententes cadres signées sur le développement social, la pauvreté, la jeunesse. On est arrivé à une mobilisation de notre réseau avec le secteur municipal et le milieu scolaire pour sortir les jeunes de la pauvreté, mais ça nous a pris des années pour y arriver.

3. LES EFFETS PARTICULIERS SELON LES CHAMPS D'INTERVENTION (ADAPTATION SOCIALE, SANTÉ PHYSIQUE, SANTÉ PUBLIQUE, SANTÉ MENTALE, INTÉGRATION SOCIALE) OU LES CATÉGORIES D'ACTEURS

En adaptation et intégration, en santé mentale et dans tout le volet social, il n'y avait pas de cibles chiffrées sauf pour deux objectifs ; c'était moins motivant. En santé mentale, la Politique de santé mentale a donné de meilleures balises. En jeunesse, ce sont les rapports Cliche, Lebon et les budgets « dédiés » qui ont été plus structurants.

En déficience, on n'a jamais vu d'effets ; ce sont les politiques et les plans d'action spécifiques qui ont davantage influencé les priorités et l'allocation des ressources.

En santé physique, il n'y a pas de vision globale ; les intervenants de ce secteur se sentent moins concernés par le « prévenir ». Dans les urgences, on n'entendait jamais parler de la Politique. Plusieurs estiment que la primauté de la santé physique va en augmentant. Les acteurs de ce secteur ont du pouvoir et ils ont toujours l'appui des médias ; ce sont eux qui ont les moyens d'influencer les choses mais ils ne sont pas présents ici (à la rencontre).

4. LES CONDITIONS FAVORABLES ET DÉFAVORABLES

On a créé des tables territoriales où tous les partenaires du réseau sont représentés et on a pu se parler, ce qui a fait avancer les choses ; on n'a pas le choix si on veut atteindre les objectifs, on a besoin de l'implication de tout le monde.

À la fin des années 1980, on avait le vent dans les voiles ; c'est à partir des compressions que tout a basculé.

On identifie comme un obstacle majeur l'incohérence et le manque de continuité dans les messages venant du Ministère, la surabondance d'autres politiques et d'orientations qui ne s'inscrivaient pas nécessairement en continuité avec la *Politique de la santé et du bien-être*, qui étaient parfois même en contradiction avec celle-ci. Il y a eu beaucoup d'efforts de la part de la santé publique pour mieux articuler la Politique avec les autres orientations et programmes (notamment avec les Priorités nationales de santé publique), mais c'était un exercice souvent futile.

On dénotait aussi certaines incohérences entre les priorités nationales et les priorités régionales.

La Politique énonçait trop d'objectifs. Trop de priorités conduit à saupoudrer. Quand on n'a pas la capacité de payer, il faut avoir moins d'ambition.

Certains objectifs n'ont pu être évalués. On manquait d'outils, de tableaux de bord. Parfois les indicateurs ne n'étaient pas adaptés. Parfois aussi on les résultats ne se voient que beaucoup plus tard.

On n'a pu orienter le financement vers les priorités régionales. On ne peut pas maintenir nos priorités quand l'argent qui nous arrive doit aller ailleurs ; l'argent est allé aux déficits des établissements, à la santé physique, et non pas au secteur social.

L'instabilité des organisations a aussi créé un contexte défavorable (transformation du réseau, fusions, etc.).

On constate un manque d'harmonisation entre les politiques des différents secteurs. Il y a beaucoup de dossiers intersectoriels, en particulier avec le réseau scolaire. Il faudrait des ententes de gestion ou des protocoles avec les autres ministères pour plus de cohérence. Les vraies politiques structurantes, celles qui touchent le logement ou la pauvreté par exemple, n'ont pas beaucoup changé ; il y a un problème d'arrimage. Même si on comprend le contexte qui a prévalu, on estime que le Ministère a manqué de leadership pour soutenir la promotion et l'appropriation de la Politique.

Dans certains cas, la politique de développement économique peut aller à l'encontre des objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être*, par exemple lorsqu'on favorise les compagnies pharmaceutiques.

5. EN CONCLUSION

La préoccupation du développement social est une stratégie qui est encore d'actualité et qui nous inspire. Malgré la discontinuité et le manque de leadership, la Politique est encore vivante. Il n'y a pas vraiment beaucoup de poussière sur ce document. Si on avait des moyens et des cibles claires, on livrerait la marchandise.

L.D.

CONSULTATION RÉGIONALE

Partie prospective

RÉGION VISITÉE : OUTAOUAIS (HULL)

DATE : Le 27 novembre 2001

LA PROCHAINE POLITIQUE DEVRAIT :

1. ASSURER LA COHÉRENCE DES POLITIQUES ET PROGRAMMES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- Le Programme national de santé publique est articulé autour de quatre fonctions, dans quatre grands champs d'activités, auprès de quatre groupes d'âge. Il sera très structurant pour les acteurs de la santé publique et interpellera plusieurs partenaires hors réseau. Ce programme doit absolument être articulé avec la prochaine politique de la santé et du bien-être. Il en est de même pour l'ensemble des politiques et programmes du Ministère.
- Plusieurs politiques, orientations ou plans d'action ont été plus structurants que la Politique de la santé et du bien-être au cours des dernières années. La Politique a été surtout inspirante. La prochaine doit être davantage traduite dans nos actions, mieux opérationnalisée.
- La prochaine politique doit définir le panier de services de base.

2. ASSURER LA COHÉRENCE DES POLITIQUES DES AUTRES MINISTÈRES AU REGARD DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE

- Si la prochaine politique est de portée ministérielle, elle sera nécessairement réductrice : on ne disposera pas de tous les leviers nécessaires pour agir sur les divers déterminants de la santé et du bien-être (logement, transport, etc.). Il sera difficile d'interpeller les autres secteurs, si notre leadership n'est pas reconnu.
- À tout le moins, la politique renouvelée doit s'inscrire dans une stratégie gouvernementale de développement social. Cette stratégie devrait donner plus de pouvoir pour agir dans les autres secteurs.
- Si la nouvelle politique de la santé et du bien-être devient sectorielle, les questions relatives à la santé et au bien-être doivent être explicites dans les politiques et orientations des autres secteurs. Ces derniers doivent aussi s'approprier l'esprit de la politique.

- Il faudrait peut-être créer l'équivalent d'un BAPE (Bureau d'audiences publiques sur l'environnement) pour la santé et le bien-être.
- Une politique de cette importance devrait être un peu comme la Charte des droits : elle devrait inspirer aussi les autres ministères et couvrir toute l'action gouvernementale.

3. INTERPELLER L'ENSEMBLE DES ACTEURS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- Les médecins ne connaissent pas la Politique de la santé et du bien-être. Pourtant, il faut les amener à travailler davantage avec les autres professionnels et à faire plus de prévention. Les médecins devraient être impliqués dans l'élaboration de la prochaine politique.

4. ORIENTER L'ALLOCATION BUDGÉTAIRE

- La prochaine politique devrait établir des « standards », afin d'assurer l'équité entre les régions et entre les établissements en fonction de la population à desservir. Actuellement, on relève des écarts importants entre des établissements qui desservent le même volume de clientèle.
- Elle doit permettre de faire des choix, et impliquer la population dans ces choix.

5. FAVORISER L'INTERSECTORIALITÉ

- La politique renouvelée doit permettre au réseau de s'inscrire dans les mécanismes intersectoriels en place. Il faut éviter la multiplication des lieux de représentation des citoyens dans la communauté. La santé est une composante du développement social.
- La santé et le bien-être pourraient faire l'objet d'ententes-cadres (CRD). Il serait intéressant de former un comité adviseur « santé et bien-être » ou encore une table de concertation.
- La prochaine politique doit être une occasion pour les autres partenaires de signifier leur volonté d'agir ensemble et être suivie d'un plan d'action gouvernemental. Le palier régional doit adopter la même démarche.
- La nouvelle politique devrait prévoir une imputabilité des partenaires.
- La lecture des problèmes doit associer les partenaires des autres secteurs. Ces derniers doivent également participer à la recherche de solutions. Il faut prévoir des leviers pour soutenir cette participation, comme d'ailleurs celle des citoyens.

6. CHOISIR DES PRIORITÉS

- Il faudrait limiter le nombre de priorités dans la prochaine politique, préciser ce qui est absolument essentiel.

- On devrait se donner moins d'objectifs et travailler davantage sur la convergence, se donner des conditions de succès plutôt que d'échec : ce serait plus efficace et plus encourageant (par exemple, avoir un objectif prioritaire en santé physique, un en santé mentale, un en santé publique, et les réviser tous les cinq ans).

7. ÊTRE ADAPTÉE AUX RÉGIONS

- L'action doit avoir un rayonnement national mais aussi régional et local. Il faut laisser une marge de manœuvre à chaque palier échelon afin qu'il puisse adapter les orientations et les priorités nationales en fonction de son territoire et de sa population. Actuellement, on sent plutôt une volonté de standardiser.
- Le palier national doit être mieux branché sur les régions. Les gens du Ministère doivent venir dans les régions, comme lors de cette tournée, pour débattre des problèmes, dresser des bilans, souligner les bons coups, etc.
- Dans la mise en œuvre de la prochaine politique de la santé et du bien-être, le rôle de la Régie régionale devrait être :
 - d'intégrer la politique dans son plan stratégique et ses plans d'action régionaux;
 - d'outiller les acteurs locaux pour la lecture de leur environnement (statistiques, données) et d'analyser l'évolution par rapport aux objectifs convenus;
 - de dresser des bilans comparatifs (territoires, autres régions);
 - de mettre en évidence les problèmes en émergence.

8. DÉFINIR LES TERMES « PRÉVENIR », « GUÉRIR » ET « SOUTENIR »

- L'élargissement du champ de la politique renouvelée est intéressant : il faut rechercher un équilibre entre les trois fonctions. Cependant, certains affirment qu'il faut se garder de vouloir couvrir trop large.
- Le volet « prévenir » sera développé par le Programme national de santé publique. Il reste « guérir » et « soutenir ».
- Le « prévenir » implique plusieurs partenaires. Le « soutenir » également, mais ils sont différents. Pour le « guérir », l'expertise se trouve davantage dans le réseau de la santé et des services sociaux.
- On suggère d'utiliser le terme « traiter » au lieu de « guérir ». « Traiter » est plus englobant et n'a pas une connotation strictement médicale.
- Il faut éviter de créer un nouveau cloisonnement entre « prévenir », « traiter » et « soutenir », mais plutôt privilégier la continuité.

9. ÊTRE SUIVIE

- Le Ministère n'a pas exercé un leadership suffisant relativement à l'appropriation et au suivi de la Politique de 1992. Le suivi des résultats devrait être intégré dans la politique révisée.

10. ÊTRE MIEUX DIFFUSÉE DANS LA POPULATION ET FAVORISER LA MOBILISATION

- La politique devrait s'adresser aux citoyens, afin de favoriser des choix plus éclairés.
- Il faut détourner l'attention des seuls problèmes d'urgence et mettre la santé et le bien-être à l'ordre du jour. Le directeur de la santé publique pourrait ainsi informer la population sur son état de santé et les moyens de l'améliorer. Aux États-Unis, le *Surgeon general* rend compte chaque année de l'évolution de la santé de la population.
- C'est important d'impliquer les citoyens afin qu'il y ait une appropriation par le milieu et par la population. Quand les décisions sont prises par les autres, la solidarité est moins forte. Il faut que la population fasse des choix, surtout dans une dynamique de reddition de comptes.

11. AUTRES

- La prochaine politique de la santé et du bien-être doit parler de valeurs davantage que d'objectifs. Elle doit établir les conditions qui permettent aux individus de se développer.
- Il faut varier les offres de service versus l'approche médicale et pharmacologique, surtout dans le domaine social; éliminer le monopole des établissements; ouvrir au communautaire, aux alternatives.
- Plusieurs politiques, orientations ou plans d'action ont été plus structurants que la Politique de la santé et du bien-être. La Politique a été inspirante, mais la prochaine devrait être plus structurante afin qu'on puisse la traduire dans nos actions, qu'elle soit opérationnalisée.

H. A.

A. J.

Consultation régionale

Partie bilan

RÉGION VISITÉE : ABITIBI-TÉMISCAMINGUE (ROUYN-NORANDA)

DATE : Le 27 novembre 2001

LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (1992)

1. LES RETOMBÉES LES PLUS SIGNIFICATIVES ET LES PRINCIPALES DÉCEPTIONS

La *Politique de la santé et du bien-être* a mis des mots sur des convictions que l'on avait déjà : on avait vu passer le document « Objectif : santé » du Conseil des affaires sociales et de la famille, la démarche était déjà commencée dans la région. À la suite de la Politique, on a consulté les gens autour de nous pour établir les objectifs prioritaires. La Politique venait légitimer la démarche régionale.

La démarche a été démocratique. Dans tous les territoires, il y a eu des rencontres multisectorielles (éducation, groupes communautaires, municipalité) pour identifier les problèmes, les actions, les moyens à prendre et, finalement, pour établir le *Plan d'action régional* global et détaillé. Des comités ont été mis sur pied pour permettre aux gens de s'exprimer, de prendre la parole.

La Politique a guidé l'action et a permis de faire le choix de priorités ; c'était une politique rassurante car elle donnait une mainmise dans le choix des actions, et elle a servi pour la prise de décision.

La Politique a été retenue comme fil conducteur dans les documents régionaux produits par la suite (*Plan de transformation, Plan de consolidation*). Les convictions étaient toujours là grâce à la présence d'anciens qui avaient des liens avec le Conseil d'administration. Certaines activités se sont réalisées, comme le programme de dépistage du cancer du sein, et le Plan détaillé est toujours un document de référence.

La Politique a permis le rapprochement entre les organismes ; les gens se sont apprivoisés.

Dans plusieurs secteurs, on a pu faire un meilleur dépistage, mais les ressources ont fait défaut par la suite.

Impact sur l'allocation des ressources

Le Ministère avait annoncé un budget récurrent de moins de 150 000\$ pour les Priorités de la santé et du bien-être. Vingt-deux (22) problèmes avaient été retenus dans la région, alors on a dû faire des choix.

Il y avait consensus pour que 20% du budget de développement soit alloué à la prévention, mais l'accent a dû être mis sur le Défi Qualité Performance et la nécessité de redresser les finances publiques.

2. LES RÉFÉRENCES SPÉCIFIQUES AUX OBJECTIFS, AUX STRATÉGIES ET À LA VISION

On a opté pour travailler sur les facteurs de risque communs et les déterminants.

Les actions et les investissements ont porté essentiellement sur deux objectifs : la santé mentale (détresse psychologique) et la santé cardio-vasculaire.

3. LES EFFETS PARTICULIERS SELON LES CHAMPS D'INTERVENTION (ADAPTATION SOCIALE, SANTÉ PHYSIQUE, SANTÉ PUBLIQUE, SANTÉ MENTALE ET INTÉGRATION SOCIALE) OU LES CATÉGORIES D'ACTEURS

Les secteurs médical et hospitalier ont été moins impliqués, même si les directeurs généraux d'hôpitaux étaient présents lors des discussions sur le choix des priorités ; ils se sont moins mobilisés. L'aspect clinique et la gestion du personnel étaient, pour eux, plus importants.

Pour les organismes communautaires, la Politique était essentielle et il était important d'y travailler.

En santé publique, *Villes et Villages en santé* a favorisé l'implication d'acteurs locaux.

4. LES CONDITIONS FAVORABLES ET DÉFAVORABLES

Dans la région, la Direction de la santé publique était déjà intégrée au Conseil régional de la santé et des services sociaux. La planification, la programmation ainsi que la gestion des ressources humaines étaient des activités communes.

L'approche CLSC a été intéressante et « facilitante » puisqu'elle permettait d'agir plus près des milieux de vie des gens.

Il s'est créé une demande accrue au niveau communautaire, mais les budgets ont été insuffisants.

On déplore le manque de suivi de la part du ministère de la Santé et des Services sociaux. Dans la région, les gens ont cru à la Politique mais on se demande si cette « foi » est partagée au Ministère. Il ne faut pas que l'histoire se répète.

Tous les documents ministériels font état de l'importance de la prévention et des conditions de vie des gens, mais le Ministère semble peu s'en préoccuper dans l'allocation de ressources.

Le contenu de la *Politique de la santé et du bien-être* était intéressant mais les autres ministères n'y ont pas adhéré. La Politique aurait dû en être une de développement social et nécessiter ainsi l'implication de tous les autres ministères. Le fait que les

ministères se parlent peu (par exemple l'Éducation et les fermetures d'écoles) a un impact très important dans la région. Ceci amène peu à peu la désintégration de certaines communautés. L'aspect multisectoriel demeure donc très important pour l'avenir de la région.

Le manque d'autonomie régionale pour la répartition des budgets est identifié comme un obstacle. La régionalisation était un des leviers pour assurer le suivi de la Politique. On ne tient pas compte des besoins régionaux quand on centralise. En Abitibi-Témiscaminque, la marge de manœuvre est essentielle compte tenu de l'étendue du territoire.

Le grand public et même le milieu journalistique n'ont pas été suffisamment informés. La Politique est restée au niveau des organismes et des gens déjà sensibilisés. Elle n'a pas été assez démystifiée et cela a nui à la mobilisation.

5. EN CONCLUSION

La Politique a permis une belle ouverture contrairement à ce qui se faisait antérieurement en vase clos. Elle a permis de consulter, d'aller vers la population, mais sans pouvoir toutefois y donner suite.

À la Régie, on n'a jamais perdu de vue les objectifs de la santé et du bien-être, mais on n'a pas eu les moyens d'agir sur les priorités retenues.

P.B.

CONSULTATION RÉGIONALE

Partie prospective

RÉGION VISITÉE : ABITIBI-TÉMISCAMINGUE (ROUYN-NORANDA)

DATE : Le 27 novembre 2001

LA PROCHAINE POLITIQUE DEVRAIT :

1. ASSURER LA COHÉRENCE DES POLITIQUES ET PROGRAMMES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- La Politique de la santé et du bien-être a suscité au départ beaucoup d'enthousiasme, mais le Ministère l'a graduellement abandonnée. Toutefois, dans la région, les documents produits après 1992 ont toujours adopté la Politique comme fil conducteur. La politique révisée doit être un instrument de cohérence, une politique structurante (« impliquante ») pour le Ministère et l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux.
- Il est important de se donner des orientations qui couvrent un large horizon, pour éviter des décisions à la pièce et des changements de cap subits.

2. ÊTRE DE PORTÉE GOUVERNEMENTALE

- La Politique de la santé et du bien-être de 1992 n'a pas été endossée par d'autres ministères. La politique révisée doit l'être et s'inscrire dans un plan de développement social, de développement durable. Elle doit être endossée par le gouvernement.
- La santé et le bien-être ne dépendent pas uniquement du ministère de la Santé et des Services sociaux. Aussi, la politique révisée doit rassembler tous les intervenants concernés autour de priorités communes. Par ailleurs, le contenu de la Politique de 1992 reste très pertinent. Les actions que les autres secteurs devraient entreprendre y sont déjà inscrites. Il faudrait donc consacrer nos énergies à faire endosser la prochaine politique par plusieurs ministres.

3. INTERPELLER L'ENSEMBLE DES ACTEURS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- Les intervenants du domaine hospitalier n'ont pas été mobilisés par la Politique de la santé et du bien-être, contrairement à ceux du secteur social et du milieu communautaire. La politique révisée doit être l'occasion d'associer davantage les médecins en cabinet privé aux actions de prévention. Le monde de la santé en général doit être davantage conscientisé aux aspects sociaux. Actuellement, nous vivons, pour beaucoup, dans deux solitudes.
- La prochaine politique doit clarifier la mission communautaire des CLSC et leur rôle auprès des autres agents de développement locaux.

4. FAVORISER L'INTERSECTORIALITÉ

- Le travail intersectoriel est essentiel, parce que le réseau de la santé et des services sociaux ne peut agir sur tous les déterminants. L'une des retombées de la Politique de 1992 est la mise en place des différentes tables de concertation intersectorielles. La politique révisée doit profiter de cet acquis.
- Le Ministère et le réseau doivent exercer un grand leadership, puisque l'action intersectorielle constitue la pierre angulaire de nos actions.
- L'action intersectorielle en faveur de la santé et du bien-être peut également prendre appui sur différents leviers :
 - la Conférence administrative régionale;
 - Villes et villages en santé;
 - les municipalités (voir en particulier le rapport de la Fédération canadienne des municipalités sur l'évaluation de la qualité de vie dans les villes);
 - le Centre local de développement
- Le Ministère et le réseau doivent être proactifs. Il est sans doute plus facile de réunir plusieurs secteurs à l'échelle locale ou encore dans de petites régions. Toujours, il faut suivre le rythme des communautés et respecter leurs choix. Il faut aussi susciter et encourager des alliances à l'échelon national, car les limites imposées par ce dernier freinent l'intersectorialité.

5. ÊTRE ADAPTÉE AUX RÉGIONS

- Les leviers essentiels pour la mise en œuvre de la prochaine politique sont : une plus grande autonomie régionale, un budget régional global. Il faut avoir des solutions régionales et surtout éviter les solutions « mur à mur ».

6. PRENDRE LES STRATÉGIES ET LES OBJECTIFS

- Il faut fonder la politique renouvelée sur des stratégies et des objectifs puisque les deux ont été utilisés. On suggère par ailleurs de :
 - présenter les stratégies d'abord et les objectifs ensuite (priorités, grands enjeux);
 - préciser la mise en œuvre des stratégies;
 - traiter des objectifs par problématique, faire le choix des problèmes prioritaires et déterminer les moyens à prendre pour y faire face.
- Certains proposent d'enlever les catégories retenues en 1992 : santé publique, santé physique, santé mentale, adaptation sociale, intégration sociale. Pour d'autres, il faut établir des priorités parmi les objectifs. On ne peut plus tout faire. Il y a des choix à faire à l'échelle nationale.

7. PORTER SUR LES FONCTIONS « PRÉVENIR », « TRAITER » ET « SOUTENIR »

- De façon générale, les participants sont d'accord avec les thèmes proposés, « prévenir », « guérir » et « soutenir ». Le « guérir » appartient aux services professionnels. Le « prévenir » ne relève pas que du secteur de la santé. Le « soutenir » fait aussi appel à d'autres secteurs. Actuellement, une grande partie du budget est canalisée vers le « guérir ». La prochaine politique doit rendre les choix plus transparents. La population doit être informée que les décisions d'investissements entre les trois secteurs ne sont pas sans conséquence : des efforts moindres dans le « prévenir » et le « soutenir » se traduisent nécessairement par une surcharge du « guérir ».
- La Politique de la santé et du bien-être a été portée par la santé publique. Avec l'élargissement de perspective envisagé, celle de 2002 devrait concerner tous les acteurs.
- La politique révisée doit énoncer une intention ferme de faire du « prévenir » un levier majeur et prévoir des moyens en conséquence. De même, la fonction « soutenir » doit être accentuée, étant donné le vieillissement démographique.

8. ÊTRE RÉVISÉE ET SUIVIE

- La Politique de 1992 a mobilisé plusieurs personnes et organismes, qui ont par la suite été déçus du cours des choses. Pour que l'histoire ne se répète pas, la politique révisée doit être mieux soutenue et mieux suivie.
- Il serait intéressant de développer un indicateur de bien-être qui permettrait de comparer les territoires entre eux, les municipalités, les régions, et de suivre l'évolution.

9. ÊTRE STRUCTURANTE ET CONCRÈTE

- Pour certains, la Politique de la santé et du bien-être a guidé l'action et elle a donné de la prise pour le choix des actions. Cependant, elle doit être plus structurante et prévoir des leviers pour agir. Ces leviers sont (voir rapport américain) :
 - la communication et l'action auprès des médias;
 - le pouvoir d'influence sur les autres politiques (harmonisation);
 - le renforcement des communautés.
- Le Québec aurait intérêt à s'inspirer de la politique de santé de l'Angleterre, qui répartit les responsabilités comme suit :
 1. Ce que vous pouvez faire pour votre santé (responsabilisation, information, éducation);
 2. Ce que la communauté peut faire;
 3. Ce que le gouvernement peut faire.
- Deux éléments importants qui devraient être présents dans la prochaine politique :
 - développement organisationnel des services;
 - recherche et développement (vulgarisation de la recherche).

10. ÊTRE MIEUX DIFFUSÉE DANS LA POPULATION ET FAVORISER LA MOBILISATION

- La Politique de la santé et du bien-être a mis des mots sur les convictions. Dans notre propre système de santé, tous n'ont pas cette vision de la santé. Il faut avoir une approche sociétale, mieux connue du public. Le réseau de la santé et des services sociaux doit être dans le coup, avoir une approche globale, dans les milieux de vie des gens.
- Il faut démystifier et diffuser la prochaine politique de la santé et du bien-être auprès de la population et des journalistes. Le soutien médiatique était absent en 1992, il doit être présent en 2002.
- Une version grand public de la politique révisée doit être disponible.
- La pauvreté et la désintégration de certaines communautés sont des problématiques très présentes dans la région. Il est important d'agir sur les conditions de vie des gens. Les leaders du milieu de la santé et des services sociaux doivent s'impliquer et soutenir les démarches du milieu. La nouvelle politique doit favoriser cette mobilisation.
- On a déresponsabilisé les gens à force de les médicaliser. Il faut aider la population à reprendre sa santé en mains.

11. ÊTRE SEMBLABLE À LA POLITIQUE DE 1992

- Certains jugent qu'il faudrait s'en tenir à la recommandation de la commission Clair, soit actualiser la Politique de 1992, et ne pas tout chambarder. Il faut surtout se donner les leviers d'action pour opérationnaliser la politique révisée.

H. A.
A. J.

Consultation régionale

Partie bilan

RÉGION VISITÉE : CÔTE-NORD (BAIE-COMEAU)

DATE : Le 20 novembre 2001

LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (1992)

1. LES RETOMBÉES LES PLUS SIGNIFICATIVES ET LES PRINCIPALES DÉCEPTIONS

Pour une fois, de manière officielle, on donnait *un poids important au secteur social*. Les autres politiques nationales visaient davantage la santé physique.

On a fait un *mouvement de mobilisation* pour prioriser mais il n'a pas été suivi de moyens financiers.

La Politique a été un *outil intéressant* au niveau régional pour indiquer une direction. Elle a permis de discuter, entre établissements, de ce qui pouvait se faire concrètement et de la contribution de chacun.

Avant la Politique, il y avait un peu d'*intersectorialité*. Après, les choses ont évolué en dents de scie. Actuellement, on sent un intérêt moindre.

C'était la première fois qu'on énonçait des objectifs pas chiffrés ; on avait des doutes et des craintes sur cette nouvelle façon de faire.

L'allocation des ressources

On s'attendait à un *investissement en prévention-promotion* mais il n'y en a pas eu, ce qui a créé un effet de démobilité qui s'est répercuté lors du Forum sur le développement social ; à ce moment, il a fallu « reconvaincre » les gens.

De 1992 à 1996, on sentait que la Politique était le *cadre pour l'allocation des ressources et la programmation* et que les régions avaient une *relative autonomie* pour redistribuer et adapter.

2. LES RÉFÉRENCES SPÉCIFIQUES AUX OBJECTIFS, AUX STRATÉGIES ET À LA VISION

La première démarche d'appropriation a été la traduction des 19 objectifs. Il y avait trop d'objectifs (ce n'était pas à la mesure de nos moyens) et la région ne se sentait pas interpellée par tous les problèmes. La région *s'est donné six objectifs* qui ont été repris par les établissements. Toutefois, on déplore l'absence d'objectif ayant trait à l'environnement.

La Politique véhiculait une vision selon laquelle la santé ne repose pas uniquement sur le réseau de services mais sur de nombreux déterminants. Les déterminants sociaux sont communs à plusieurs secteurs. Pour agir de façon intersectorielle, il faut préciser la responsabilité du Ministère et des autres partenaires pour mieux pour identifier la contribution de chacun. Il faut mentionner où l'on doit agir de façon sectorielle car tout n'est pas intersectoriel.

3. LES EFFETS PARTICULIERS SELON LES CHAMPS D'INTERVENTION (ADAPTATION SOCIALE, SANTÉ PHYSIQUE, SANTÉ PUBLIQUE, SANTÉ MENTALE ET INTÉGRATION SOCIALE) OU LES CATÉGORIES D'ACTEURS

La Politique a été un déclencheur de la révision complète de la programmation en CLSC sur la base d'objectifs clairs ; elle a permis de revoir l'ensemble des activités et de définir la contribution locale à sa mise en application. Elle a eu un effet mobilisateur ; le personnel a été associé et motivé.

Le médical (*santé physique*) n'a pas été motivé par cette Politique car elle faisait beaucoup de place au social. Les acteurs de la santé physique étaient plus préoccupés par l'organisation des services. Pourtant, les hôpitaux sont des milieux relativement riches en ressources où l'on peut aussi faire de la prévention.

Les *partenaires intersectoriels*, qui sont essentiels, ne se sont pas sentis interpellés ; c'était, selon eux, une politique du Ministère.

Les *administrateurs* trouvaient la Politique louable et intéressante mais ils doutaient des indicateurs choisis et de la façon dont les résultats seraient mesurés.

4. LES CONDITIONS FAVORABLES ET DÉFAVORABLES

La Politique a été en concurrence avec *d'autres politiques ministérielles* : la *reconfiguration du réseau* (virage ambulatoire) a submergé le réseau la démarche d'appropriation a été perturbée par les *Priorités nationales de santé publique*.

« À force de faire des démarches qui se superposent les unes aux autres, on les « enterre » les unes après les autres. Et à force de prioriser, on démobilise ».

La mise en œuvre de la Politique a aussi été freinée par la *rareté de ressources humaines et financières*, en plus du départ massif de ressources qualifiées.

La *prévention* occupe *peu de place*, on la met de côté faute de ressources (par exemple, les problèmes de toxicomanie qui se manifestent de plus en plus tôt chez les jeunes). Pourtant, dans les documents ministériels, la prévention arrive toujours en premier lieu.

On n'a pas tenu compte de l'effet de la Politique sur les *politiques des autres secteurs* : plusieurs actions des autres ministères vont à l'encontre de la Politique. Cela démontre que la Politique n'a pas servi de rempart ou de balise pour d'autres interventions publiques (exemples : virage à droite, la promotion de l'amiante versus la prévention des maladies industrielles).

Le *retour à la centralisation* remet en cause le choix du moyen et la possibilité même d'atteindre des objectifs fixés dans la Politique.

Les indicateurs ne sont pas adaptés aux régions isolées comme la Minganie. On centralise et on ne tient pas compte des particularités régionales et locales dans l'allocation de ressources.

5. EN CONCLUSION

La Politique était « une première ouverture, riche en raison de la vision large de la santé et du bien-être qu'elle véhiculait mais elle n'a pas eu l'effet visé ».

« Est-il pensable, dans le contexte actuel (Loi sur la gouverne), d'articuler et de mettre en œuvre des objectifs nationaux qui doivent prendre les couleurs locales si les moyens sont décidés par le central et que le régional devient plus ou moins l'exécutant du central ? »

L.D.

CONSULTATION RÉGIONALE

Partie prospective

RÉGION VISITÉE : CÔTE-NORD (BAIE-COMEAU)

DATE : Le 20 novembre 2001

LA PROCHAINE POLITIQUE DEVRAIT :

1. ASSURER LA COHÉRENCE DES POLITIQUES ET PROGRAMMES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- Il est parfois difficile de voir les liens entre les diverses démarches entreprises par le Ministère. Peu de temps après l'adoption de la Politique de la santé et du bien-être, il y a eu les Priorités nationales de santé publique. Est-ce que les Priorités venaient remplacer les objectifs de la Politique de la santé et du bien-être? Que fallait-il faire en région? Recommencer le travail d'appropriation? À force de superposer les démarches, on les vide de leur sens. À force de prioriser et de reprioriser, on démobilise, et l'exercice devient inutile. Les différentes directions du Ministère doivent se parler et agir selon le même fil conducteur. Ainsi, le Programme national de santé publique doit absolument s'arrimer à la prochaine politique de la santé et du bien-être.
- La prochaine politique de la santé et du bien-être doit être intersectorielle, mais elle doit aussi porter sur les activités propres au réseau de la santé et des services sociaux, afin de travailler efficacement, de dépasser nos silos traditionnels. Elle doit favoriser le décloisonnement des établissements. Il faut se donner des objectifs sur lesquels notre réseau a un contrôle (ex. : allocation des ressources) et ces objectifs doivent être traduits dans les ententes de gestion. Les objectifs de santé et de bien-être ne doivent certainement pas constituer un univers parallèle, indépendant.
- La planification de la main-d'œuvre est un enjeu majeur, qui doit être au cœur de la politique renouvelée.

2. INTERPELLER L'ENSEMBLE DES ACTEURS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- Le milieu médical n'a pas été mobilisé par la Politique de la santé et du bien-être, pas plus que les intervenants du milieu hospitalier et ceux des autres secteurs. Ce sont avant tout les intervenants sociaux et les professionnels de la santé

- publique qui se sont sentis concernés. Il faut rejoindre le milieu médical avec la prochaine politique.
- La prévention n'est pas un champ d'exercice réservé. L'hôpital et le médecin peuvent agir en prévention. Il faut notamment profiter du fait que les hôpitaux organisent de plus en plus leurs services par clientèle pour organiser de véritables continuums de services, allant de la prévention au soutien des personnes.
- Le médecin de famille devra se reconnaître dans la prochaine politique. Il s'agit d'un intervenant central. La prévention est reconnue comme une activité importante par les jeunes omnipraticiens, particulièrement ceux qui détiennent une formation en médecine familiale. Il faut combler le fossé entre le discours sur la prévention et les pratiques, être plus concret, impliquer tout le monde.
- Une politique organisée autour de trois axes (prévenir, guérir et soutenir) reconnaîtrait l'apport de tous les intervenants. Cependant, il faut savoir que ce choix comporte un prix : plus on centre le discours sur les services de santé et les services sociaux, plus il est difficile pour les intervenants des autres secteurs de se sentir concernés. Une façon de contourner cet écueil serait de préciser davantage les stratégies intersectorielles auxquelles on aura recours.

3. ORIENTER L'ALLOCATION BUDGÉTAIRE

- En 1992, le mouvement de régionalisation accompagnait l'implantation de la Politique. Jusqu'en 1996, la Politique a servi effectivement de cadre pour l'allocation des ressources et la programmation régionale, avec un niveau d'autonomie relatif des régions pour procéder aux adaptations nécessaires. Depuis 1997, on assiste à un retour à la centralisation : les décisions structurantes sont de plus en plus prises à l'échelon central. Aujourd'hui, le palier régional devient plus ou moins l'exécutant du central. Cela questionne sur la possibilité d'atteindre des objectifs fixés dans une politique de la santé et du bien-être dans un système où les décisions structurantes et les décisions de ressources sont prises au central.
- En ce sens, est-ce pensable d'articuler et de mettre en œuvre des objectifs nationaux qui doivent prendre les couleurs locales si les moyens sont décidés par le central et que le régional devient plus ou moins l'exécutant du central, comme on le vit maintenant? Un effet pervers de la gouverne au détriment de la Politique.
- La prévention est toujours très importante dans les documents ministériels, mais l'allocation des ressources ne suit pas. Généralement, c'est la prévention qui écope en premier lorsque des compressions surviennent. L'application de la Politique de la santé et du bien-être de 1992 a été freinée par les compressions budgétaires, en plus du départ massif des ressources qualifiées. Cela ne devrait pas se reproduire avec la prochaine politique.

4. ASSURER LA COHÉRENCE DES POLITIQUES DES AUTRES MINISTÈRES AU REGARD DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE

- Plusieurs actions des autres ministères vont à l'encontre des objectifs fixés dans la Politique de la santé et du bien-être. Est-ce que le gouvernement dans ses politiques sociales fait vraiment des choix éclairés? Est-il informé que telle initiative dans tel secteur cause tel effet, avec telle intensité? La politique révisée doit permettre d'établir ces liens.
- Il y a une différence entre « convertir » les autres ministères et s'assurer que leurs décisions n'aient pas un impact négatif. Le ministère de la Santé et des Services sociaux doit demeurer le « chien de garde » sur les questions de santé et de bien-être, et il doit être proactif dans cette fonction. Pour la démarche de révision de la Politique, il faudrait repousser l'échéancier si nécessaire afin d'impliquer les autres ministères et d'ainsi diminuer les incohérences dans l'avenir.
- Il faudrait envisager la création d'un « bureau d'impact sanitaire », similaire à celui qui existe pour l'économie. Si un tel bureau avait existé, la baisse des taxes sur le tabac n'aurait probablement jamais été adoptée, les cours d'éducation physique dans les écoles auraient été maintenus et il n'y aurait probablement pas à payer pour entrer dans les parcs nationaux.

5. FAVORISER L'ACTION INTERSECTORIELLE

- La santé et le bien-être ne sont pas seulement l'affaire du ministère de la Santé et des Services sociaux. Nous n'avons pas le monopole de la prévention, pas plus que ceux du traitement et du soutien.
- L'action intersectorielle est essentielle. Les Conseils régionaux de développement sont les porteurs du développement social. Il y a un maillage à faire avec eux.
- Il faut distinguer les choses, tout n'est pas intersectoriel. On ne demande pas au chirurgien de travailler de manière intersectorielle. Cependant, lorsqu'on parle de prévention et de promotion, de déterminants sociaux, il est essentiel de travailler avec les autres secteurs. La prochaine politique devrait déterminer notre responsabilité comme partenaire intersectoriel, et notre imputabilité. En agissant ainsi, on légitimerait la présence des gens du réseau aux tables de concertation multisectorielles locales et régionales. Une mécanique doit être prévue.
- L'activité intersectorielle est plus déterminante à l'échelle locale que régionale dans la région de la Côte-Nord.
- Plus les choses sont normées, encadrées et réglementées par le central (ex. : organisation du travail, développement de ressources intermédiaires...), plus il est difficile de travailler de manière intersectorielle. Il faut donc déréglementer pour permettre au local et au régional d'avoir du pouvoir, des leviers. On n'a pas besoin de chercher de nouveaux leviers, on les connaît, mais on ne les a pas utilisés de façon optimale. Pourtant, chaque fois qu'un comité sur la

déréglementation a été mis sur pied, on s'est retrouvés la plupart du temps avec des normes supplémentaires.

1. ÉTABLIR DES PRIORITÉS NATIONALES ET LAISSER UNE MARGE DE MANŒUVRE AUX RÉGIONS

- Il est nécessaire d'établir des priorités nationales pour certains domaines. Par exemple, il serait inconcevable qu'une région ne retienne pas comme priorité la lutte contre le tabagisme. Chaque région devrait par ailleurs disposer d'une marge de manœuvre pour fixer aussi ses propres priorités.
- Il faudrait réduire le nombre d'objectifs par rapport à 1992. De plus, certains apparaissaient moins pertinents pour notre région, comme l'itinérance.
- Le nombre d'objectifs n'est pas en cause, on devrait davantage se pencher sur les interventions efficaces. Par exemple, la santé dentaire est un problème de santé trop négligé, surtout si on considère les sommes ridiculement petites avec lesquelles on pourrait agir de façon efficace. Ce qui est surprenant, c'est que les services préventifs en santé dentaire ne sont pas plus développés.
- Tout est important, mais tout n'est pas d'égale importance. Il faudrait peut-être établir une hiérarchie dans les priorités, car il est impossible de tout réaliser. Il serait plus prudent d'établir des objectifs à la mesure de nos moyens ou ressources.

2. BIEN MESURER LA PORTÉE DES TERMES « PRÉVENIR », « GUÉRIR » ET « SOUTENIR »

- La gamme de services commence avec la promotion de la santé, avant la prévention, et cela doit se refléter dans l'allocation budgétaire. Si la prochaine politique n'inclut pas la promotion, il n'est pas certain que le Programme national de santé publique en traitera beaucoup; la protection pourrait occuper davantage de place.
- Le « guérir » devrait comprendre la continuité des soins, l'intégration.
- Dans une dizaine d'années, nous ferons face à l'« épidémie » du vieillissement. Est-ce que la politique révisée nous permettra d'y faire face? Est-ce qu'elle couvrira tous les aspects : le logement, la santé, l'alimentation, la perte d'autonomie, etc.? « Prévenir », « guérir » et « soutenir » sont des termes plutôt ponctuels.
- Chacun des trois termes renvoie à un secteur : « prévenir », c'est le champ de la santé publique; « guérir », celui de l'hôpital et « soutenir », celui du CLSC. La fonction « coopération » ne figure pas dans cette terminologie. Il faut pourtant viser l'intégration des services et ne pas faire en sorte que chacun des trois termes corresponde à un champ d'exercice exclusif.

3. RÉVISER LES STRATÉGIES

- Les stratégies ont été moins structurantes que les objectifs. Elles n'ont pas permis l'orientation de choix et de façons de faire. Ce sont des stratégies qui sont spécifiques à la promotion de la santé. Peu d'interventions ont été exclusivement consacrées à l'utilisation et à la mise en œuvre des stratégies. Les stratégies de la prochaine politique devront avoir l'effet de levier espéré.
- Étant donné qu'il semble suggéré, dans la planification d'une prochaine politique, d'utiliser une voie structurante pour l'organisation des services, il serait temps de parler de la façon dont on doit structurer des services en promotion de la santé. Ce n'est pas seulement des stratégies qui existent pour rassembler et mobiliser les gens, ce sont des stratégies qui se traduisent en services.

4. ÊTRE SUIVIE DES RESSOURCES NÉCESSAIRES À SA RÉALISATION

- On a fait un mouvement de mobilisation pour prioriser, mais il n'a pas été suivi de moyens. On s'attendait à un investissement en prévention/promotion, mais il n'y en a eu aucun. Donc, faire attention à des mouvements de mobilisation où on a de la difficulté à livrer la marchandise en fin de course.
- Qu'est-ce qu'on faisait quand on avait des ressources mais pas de politique? Maintenant, on a une politique et pas de ressources. Pour l'avenir, il faut avoir des ressources pour atteindre les objectifs et avoir la prudence d'établir des objectifs à la mesure de nos moyens.
- Il ne faut pas faire du « cheap labour » ou faire les choses à moitié. Par exemple, si on n'a pas les moyens de se payer de la formation et qu'on essaie quand même le programme. En escamotant le point A du programme, le point B va s'en ressentir. On va avoir à subir les conséquences. Dire à un établissement de faire son possible dans ces cas-là, c'est un gaspillage de ressources humaines et on n'atteindra pas l'objectif.

5. ÊTRE SUIVIE

- Il faut se donner des indicateurs dès le départ et les suivre. Il faut être en mesure d'évaluer l'impact de nos investissements en ressources humaines et financières. On se demande s'il y aura des évaluations d'après les résultats de santé.
- Les indicateurs doivent être adaptés aux régions plus isolées (comme la Minganie). De façon générale, le Ministère doit reconnaître les caractéristiques particulières de la région, sinon il s'agit là d'une source de frustration.
- Il faut éviter que les ententes de gestion ne portent que sur des éléments de performance et des éléments administratifs et y introduire des éléments de service à la clientèle, d'organisation de services, de complémentarité de services.

6. AUTRES

- Ce qui a fait défaut à la Politique de la santé et du bien-être, c'est que tous n'ont pas été capables de la traduire en services. Ce sera cependant au Programme national de santé publique de jouer ce rôle, de clarifier les services.

H. A.

A. J.

Consultation régionale

Partie bilan

RÉGION VISITÉE : BAIE-JAMES (CHIBOUGAMAU)

DATE : Le 5 décembre 2001

LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (1992)

1. LES RETOMBÉES LES PLUS SIGNIFICATIVES ET LES PRINCIPALES DÉCEPTIONS

La *Politique de la santé et du bien-être* était le premier dossier de la nouvelle « régie ». Le processus de consultation régionale a été important. À Chibougamau, la démarche de régionalisation de la Politique a donné lieu à un Forum (document à cet effet). Par la suite, la Politique s'est fait connaître dans le milieu et dans la population.

Il y avait un représentant de chacun des organismes, pour établir les priorités régionales. Celles-ci ont été déterminées à partir d'une importante documentation et des statistiques. Dix priorités ont été retenues. La démarche a été très ouverte ; elle a mobilisé beaucoup de monde dans chaque municipalité.

La Politique a été inspirante dans les actions qui ont suivi et a permis de continuer de travailler avec les autres secteurs :

on s'en est inspiré largement pour bâtir le *Plan de transformation* ;
dans le *Plan de consolidation* de 1999, deux priorités ressortent : la consolidation des services de base et la *Politique de la santé et du bien-être* ;
pour les budgets de développement, la Politique était l'un des critères retenus pour l'allocation ;
des réallocations ont été faites en fonction des services de base.

À la demande du Ministère, les établissements et la Régie devaient s'associer des partenaires d'autres secteurs avant de demander des budgets. Ça s'est fait, par exemple avec *Villes et villages en santé*, mais l'action multisectorielle est encore peu développée.

2. LES RÉFÉRENCES SPÉCIFIQUES AUX OBJECTIFS, AUX STRATÉGIES ET À LA VISION

Les stratégies sont plus inspirantes et les objectifs plus structurants.

3. LES EFFETS PARTICULIERS SELON LES CHAMPS D'INTERVENTION (ADAPTATION SOCIALE, SANTÉ PHYSIQUE, SANTÉ PUBLIQUE, SANTÉ MENTALE ET INTÉGRATION SOCIALE) OU LES CATÉGORIES D'ACTEURS

La diffusion des *Priorités nationales de santé publique* (1997-2002), en 1996, a créé une certaine confusion.

Les réalisations les plus significatives sont en Santé mentale et en Jeunesse :

en Santé mentale, le projet « Zéphir » ; il favorise l'accompagnement et l'hébergement avec une concertation sur le terrain ;

« Jeunes en santé », un projet dans le réseau scolaire pour les jeunes en difficulté, réalisé dans le Nord du Québec. Il s'inscrivait dans la deuxième stratégie de la Politique. Des pas ont été faits, des collaborations ont été nouées avec certains intervenants motivés, mais le central n'a pas soutenu l'intersectorialité.

Lors de l'identification des priorités régionales, les services sociaux et le maintien dans la communauté étaient plus favorisés que le secteur hospitalier.

Quelques groupes ou secteurs semblent ne pas avoir été informés ou sensibilisés. Ainsi les médecins n'ont jamais entendu parler de la *Politique de la santé et du bien-être* et les organismes communautaires disent ne pas avoir été mobilisés par la Politique.

4. LES CONDITIONS FAVORABLES ET DÉFAVORABLES

« On n'a aucune marge de manœuvre ». Quand les décisions budgétaires sont prises au Ministère, ce n'est pas nécessairement pour les problématiques priorisées par la région. Les priorités régionales de la Politique influencent l'allocation budgétaire mais les enveloppes sont minimales (ex. 20 000\$ pour cinq points de services) et ne sont pas récurrentes. Cela crée un effet démobilisateur quand on ne peut pas allouer l'argent pour nos vraies priorités.

On souligne qu'il y a une pénurie de main d'œuvre et qu'elle serait attribuable à une mauvaise utilisation du personnel en place. Ainsi des personnes sont accaparées par des programmes obligatoires (jugés inutiles) alors qu'elles devraient donner de services utiles.

On ne sent pas qu'il y a un cadre incitant les intervenants à travailler ensemble.

Beaucoup de domaines ne sont pas « mesurables ».

5. EN CONCLUSION

En 1992, la Régie était nouvellement créée. La *Politique de la santé et du bien-être* a suscité une démarche régionale importante. Elle a influencé les actions qui ont suivi, telles le *Plan de transformation* et le *Plan de consolidation*.

On déplore toutefois le manque de marge de manœuvre au niveau régional dans l'allocation budgétaire et le fait que le central n'ait pas soutenu l'action multisectorielle.

P.B.

CONSULTATION RÉGIONALE

Partie prospective

RÉGION VISITÉE : BAIE-JAMES (CHIBOUGAMAU)

DATE : Le 5 décembre 2001

LA PROCHAINE POLITIQUE DEVRAIT :

1. ASSURER LA COHÉRENCE DES POLITIQUES ET PROGRAMMES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- Le Programme national de santé publique doit s'arrimer à la prochaine politique de la santé et du bien-être. Il doit y avoir une cohérence entre les politiques du Ministère. La prochaine politique doit être un instrument de cohérence.

2. INTERPELLER L'ENSEMBLE DES ACTEURS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- La mission « centre de santé », telle qu'on la connaît dans la région de la Baie-James, regroupe les différentes missions du réseau. Les trois pôles « prévenir-guérir-soutenir » correspondent à ce que le Ministère fait et à ce que la région est en train de développer, soit un continuum de services. Certains intervenants, dont les médecins, sont formés à guérir et, graduellement, on les amène vers le « prévenir » et le « soutenir ».
- Une politique qui aborde les trois thèmes (prévenir-guérir-soutenir) est davantage en mesure de mobiliser les médecins qu'une politique qui aborde seulement la prévention/promotion.
- La prochaine politique ne doit pas être une politique de la santé publique, reprise par les directions de la santé publique. Elle doit être une politique-cadre qui s'adresse à tous les secteurs : les médecins, les hôpitaux, les CLSC, les organismes communautaires, etc.
- Les associations et les fédérations médicales doivent être consultées pour le renouvellement de la Politique.

3. ORIENTER L'ALLOCATION BUDGÉTAIRE

- Quand les décisions budgétaires sont prises au Ministère, ce ne sont pas nécessairement les priorités de la région qui en bénéficient. De plus, la centralisation des décisions a un effet démobilisateur. La politique révisée doit laisser une marge de manœuvre aux régions quant au choix des moyens.

- La politique révisée doit être structurante pour que les ressources qui arrivent soient (en partie) investies en prévention, sans discontinuité.

4. ÊTRE DE PORTÉE GOUVERNEMENTALE OU MINISTÉRIELLE ?

- Il faut sensibiliser les autres ministères pour qu'ils se préoccupent de la santé et du bien-être.
- Une politique gouvernementale est nécessaire, car une politique ministérielle n'engage pas les autres secteurs.
- C'est plus long de faire une politique gouvernementale et de rechercher l'engagement des autres ministères. Par ailleurs, cet engagement n'est pas toujours un gage de réussite; on a des exemples d'ententes multisectorielles qui n'ont pas changé grand-chose.
- Il est très encourageant de voir que le gouvernement veut se donner une stratégie de développement social et que la prochaine politique de la santé et du bien-être s'inscrive dans ce mouvement. Il y a énormément de travail fait dans le réseau sur l'action intersectorielle. Nous sommes conscients de l'importance de l'intersectorialité, mais il faut insister sur la responsabilité qui revient au réseau de la santé et des services sociaux. Il faut se centrer sur les interventions de notre secteur.
- Avant tout, la prochaine politique doit statuer sur ce que le réseau de la santé et des services sociaux peut faire pour améliorer la santé et le bien-être.

5. FAVORISER L'INTERSECTORIALITÉ

- Les autres ministères concernés par la santé (ex. : ministère de l'Éducation) doivent être aussi impliqués dans le processus de renouvellement de la Politique. Ce partenariat faciliterait l'implantation de divers programmes dans l'avenir.
- À l'échelle locale, l'intersectorialité est favorisée notamment par les tables de concertation.
- Il ne faut pas que le secteur de la santé et des services sociaux travaille en silo. Il doit s'associer avec les autres secteurs et ne pas, comme en 1992, se limiter à leur passer des commandes.
- Les municipalités reçoivent une part de leur budget du gouvernement. Ce dernier pourrait leur demander d'adhérer davantage au mouvement Villes et villages en santé.
- Pour favoriser l'action intersectorielle, des leviers tels que les ententes spécifiques et l'allocation budgétaire doivent être envisagés.
- Il faut faire de la promotion : démontrer aux autres secteurs ce qu'ils vont gagner à collaborer avec le domaine de la santé et des services sociaux.

- À l'échelle nationale, les normes et la réglementation rendent la concertation difficile, ce qui se répercute nécessairement sur les plans régional et local : on se bute souvent à des normes du central.

6. PROPOSER UNE VISION GLOBALE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE

- La prochaine politique de la santé et du bien-être doit proposer une vision de la santé et du bien-être qui sera partagée par les autres secteurs. C'est essentiel.

7. FORMULER DES OBJECTIFS ET DES STRATÉGIES

- Les 19 objectifs étaient contraignants. D'un côté, il y avait beaucoup d'objectifs qui ne correspondaient pas à la réalité de la région. De l'autre, de nombreux objectifs auxquels la région accordait de l'importance ne s'y retrouvaient pas et elle a dû les intégrer autrement.
- Les stratégies sont plus inspirantes, les objectifs, plus structurants.

8. POUVOIR ÊTRE ADAPTÉE RÉGIONALEMENT ET MOBILISER LA POPULATION

- Des documents comme la Politique de la santé et du bien-être se retrouvent souvent sur des tablettes. Ce qui a inspiré les gens, c'est la régionalisation de la Politique. Si on refait une politique, il faut s'assurer qu'elle sera portée par beaucoup de personnes, qu'elle mobilisera tous les partenaires. Pour ce faire, elle doit être régionalisée.
- « Structurant » ne devrait pas signifier « centralisant ». Par exemple, il est aberrant que le central nous oblige à développer un programme pour six personnes, alors qu'on sait qu'il y a un autre programme qui ne pourra se développer et qui rejoindrait quelques centaines de clients. La prochaine politique pourrait être inspirante et l'aspect structurant serait pris en charge par la région.
- La politique révisée doit tenir compte des particularités du Nord-du-Québec. Elle doit aller dans le sens de la Politique du Nord, qui permet d'adapter les politiques gouvernementales aux particularités de la région.
- La politique de la santé et du bien-être renouvelée devrait fixer quelques priorités nationales et permettre ensuite aux régions de définir leurs propres priorités.

9. DÉFINIR LES TERMES « PRÉVENIR », « GUÉRIR » ET « SOUTENIR »

- Les trois fonctions couvrent ce que l'on fait; elles correspondent à notre réalité, à notre mission.
- Le terme « soutenir » est tout à fait approprié parce qu'il englobe les soins, l'aide, l'accompagnement, etc.
- Il vaudrait mieux utiliser « traiter » au lieu de « guérir », car il y a des problèmes qu'on ne peut pas guérir (personnes en perte d'autonomie, déficience intellectuelle, santé mentale).

- Les trois fonctions ne doivent pas être cloisonnées, elles doivent s'inscrire dans un continuum. D'ailleurs, on commence peu à peu à introduire dans les programmes en milieu hospitalier le volet prévention/promotion et à introduire le volet curatif dans le communautaire. On doit favoriser les réseaux de services intégrés.

10. FAIRE UNE PLACE IMPORTANTE À LA PROMOTION/PRÉVENTION

- Certains craignent que la promotion/prévention soit écartée dans la prochaine politique. Cette fonction doit demeurer le fondement de la politique, car un investissement dans le « prévenir » évitera le recours au « traiter ». On craint que, comme souvent cela se passe, il n'y ait pas une juste répartition de l'argent.
- La prévention doit faire partie de tous les programmes et être portée par tous les intervenants du réseau. Cependant, il faut un porteur de dossier pour la prévention, de même qu'il en faut un pour le soutien, etc. Cela ne veut pas dire que ce sont des champs exclusifs. Ainsi, le directeur de la santé publique n'est pas le seul responsable de la prévention.

11. FAVORISER LE PARTENARIAT AVEC LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

- Il ne faut pas empêcher les initiatives des organismes communautaires. Il faut les intégrer. Le mouvement communautaire est très important dans le réseau de la santé et des services sociaux. La prochaine politique devrait préciser les relations du réseau avec les organismes communautaires. Les représentants du communautaire ne veulent pas être considérés comme des intervenants « bon marché ».
- Les travailleurs de rue fournissent un bon exemple de partenariat avec le secteur communautaire. Le communautaire a réussi là où le réseau avait connu des succès mitigés, parce que son approche était mieux adaptée et plus souple.

12. ÊTRE SUIVIE

- Il est nécessaire de fixer des objectifs mesurables, mais ce n'est pas applicable dans tous les domaines.
- La prochaine politique doit être flexible car, sur un horizon de dix ans, certaines problématiques se modifient et de nouveaux problèmes émergent. Il faudrait prévoir un suivi et des mécanismes d'adaptation.
- Fixer un horizon de dix ans est nécessaire en prévention. Pour le « traiter » et le « soutenir », l'horizon doit être plus court, car l'évolution est parfois rapide.
- On pourrait s'inspirer de la politique des États-Unis, qui est renouvelée tous les dix ans. Le gouvernement fédéral et les États élaborent des plans d'action et la politique est suivie tous les ans. La reddition de comptes est importante et chacun est en mesure de connaître sa performance dans le temps.

13. AUTRES

- Il faut un porteur de dossier, quelqu'un qui soit responsable, imputable de la prochaine politique. Cependant, la politique ne doit pas devenir seulement l'affaire de la santé publique ou du secteur communautaire.
- La nouvelle politique doit traiter de l'organisation des services. Il faut prévoir des guichets d'accès simples pour les citoyens. Il faut aussi assurer les relais, non pas seulement indiquer la prochaine « porte » au citoyen, mais l'ouvrir pour lui. Dans la région, l'accès aux services de base est mieux assuré qu'ailleurs dans la province. Comme c'est le cas dans l'entreprise privée, la personne à qui le client s'adresse doit être capable de répondre à 80 % des demandes du client.

H. A.

A. J.

Consultation régionale

Partie bilan

RÉGION VISITÉE : GASPÉSIE-ÎLES-DE-LA-MADELEINE (GASPÉ)

DATE : Le 22 novembre 2001

LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DE 1992:

1. LES RETOMBÉES LES PLUS SIGNIFICATIVES ET LES PRINCIPALES DÉCEPTIONS

Au départ, la Politique de 1992 a été un élément structurant et très mobilisateur; elle a créé une belle énergie et favorisé la rencontre de tous les partenaires. Les groupes de femmes, les organisations de personnes âgées, de personnes handicapées et autres ont participé massivement à l'exercice régional de priorisation. Ce fut un processus démocratique intéressant, certains diront même « enivrant », qui a permis au milieu de s'approprier collectivement la Politique et qui a généré de très grandes attentes.

La Politique était bien acceptée parce qu'elle était surtout axée sur la prévention et qu'elle faisait une large place au social; elle était aussi cohérente avec le rapport de la commission Rochon.

Parmi les retombées observées, on estime que les acteurs du réseau ont réussi à mieux se concerter sur la base des territoires de MRC, à mieux intégrer leurs actions; il y a moins de cloisonnement maintenant au sein de chaque programme clientèle.

Le communautaire est devenu un acteur important. On a aussi réalisé certains progrès avec les autres secteurs; en 1992, on ne connaissait même pas le mot « multisectoriel ».

Un constat général : l'exercice de priorisation régionale, qui coïncidait avec la création de la Régie, a soulevé un enthousiasme et une mobilisation sans précédent dans le milieu. Mais dès l'adoption du plan d'action régional en mars 1996, les compressions et une série d'autres facteurs sont venus faucher tous les espoirs (ces facteurs sont énumérés plus loin).

2. LES RÉFÉRENCES SPÉCIFIQUES AUX OBJECTIFS, AUX STRATÉGIES, À LA VISION

La *Politique de la santé et du bien-être* de 1992 était ambitieuse; on a voulu tout y mettre (une vision, des convictions, des objectifs, etc.). Selon plusieurs, les stratégies ont été l'élément le plus important de la Politique mais cet élément n'a pas été suffisamment débattu et traduit dans la mise en œuvre.

Pour d'autres, les objectifs ont permis de faire évoluer les services. Les stratégies, c'était une révolution, cela venait trop bouleverser les pratiques professionnelles. Pour d'autres encore, les stratégies sont comprises « intrinsèquement » dans toutes les actions de prévention. Elles n'interpellent pas seulement le réseau de la santé et des services sociaux.

La stratégie reliée à l'action auprès des groupes vulnérables n'a pas été bien reçue par une partie de la population parce qu'elle pouvait remettre en cause l'universalité des services. Les possibilités d'interventions étaient également limitées par les difficultés de concertation avec les autres secteurs.

3. LES EFFETS PARTICULIERS SELON LES CHAMPS D'INTERVENTION (ADAPTATION SOCIALE, SANTÉ PHYSIQUE, SANTÉ PUBLIQUE, SANTÉ MENTALE ET INTÉGRATION SOCIALE) OU LES CATÉGORIES D'ACTEURS

La Politique a bien « atterri » au niveau local. En CLSC, l'impact a été important dans les équipes de travail; on a modifié les priorités et les pratiques d'intervention. La Politique c'était « la Bible » mais on avait le sentiment d'en être les seuls porteurs.

Le champ de la santé physique ne s'est pas senti interpellé et il était absent lors du processus de priorisation, ce qui a créé un biais. Le champ du curatif est peu concerné par une Politique de santé publique.

Dans le secteur social, la Politique a donné un peu d'oxygène mais il y a un manque sérieux de ressources. C'est difficile de recruter des intervenants mais on en parle peu; on ne parle que des médecins. La santé physique occupe toute la place. Sans la Politique, la situation aurait été pire mais on a très peu avancé si l'on compare les deux secteurs. Par ailleurs, on n'a pas réussi à créer une intégration, un continuum, un équilibre entre la santé et le social.

En santé mentale, c'est le *Plan régional d'organisation de services* qui a fonctionné, parce que c'était motivant et structurant; les choses ont avancé quand on a priorisé ce plan dans les budgets des CLSC.

En déficience, les lacunes sont tellement grandes dans les services de base qu'on fait peu de place à la prévention.

4. LES CONDITIONS FAVORABLES ET DÉFAVORABLES

Conditions favorables :

La Direction de la santé publique a joué un grand rôle, assumé un leadership, a interpellé les autres secteurs, donné des balises, fourni des protocoles, de la formation, etc.

Il y avait un bien livrable au niveau local, c'est-à-dire un plan de services pour chaque établissement qui établissait les orientations et les objectifs pour les prochaines années.

Une enveloppe régionale de réallocation a été créée (environ 1 % du budget) ce qui a permis de faire certaines choses .

Conditions défavorables :

Les compressions et le virage ambulatoire ont changé la donne. On n'a même pas réussi à protéger notre priorité numéro un : les problèmes chez les enfants. L'argent est allé à la santé physique et aux personnes âgées. Même dans les services aux personnes âgées, on donne des soins, mais on n'intervient pas sur les problèmes de dépression, d'abus de médicaments, de violence; c'est le virage ambulatoire qui commande.

Les compressions sont venues interrompre bien des actions intéressantes; on aurait pu transformer le système correctement en étalant les compressions sur quelques années.

La Politique a été mise assez rapidement à l'écart à cause des grandes opérations plus structurantes qui ont suivi; les plans de transformation et de consolidation ont été les vrais cadres de référence et le Ministère n'a pas donné l'impulsion pour que ces plans s'appuient sur les priorités de la Politique.

Selon certains, les *Priorités nationales de santé publique (1997)* sont venues remplacer la Politique de 1992; elles demandaient plus de suivi et c'était impossible de faire les deux en parallèle.

Autre obstacle majeur : les régions n'ont pas eu la possibilité d'allouer les budgets selon leurs priorités régionales; l'argent est de plus en plus « dédié ». De plus, l'essentiel des investissements des dernières années est allé aux déficits des établissements.

Les stratégies sous-tendaient une révolution, un bouleversement des pratiques professionnelles; on aurait eu besoin de plus de soutien, de formation, pour favoriser les changements dans les pratiques.

On constate aussi des glissements dans les établissements fusionnés, où l'argent est de plus en plus dirigé vers la santé physique.

La concertation avec les autres secteurs n'a pas été assez intensive; il aurait fallu des actions plus importantes, plus structurantes, mais on n'y arrivait pas avec le peu de pouvoir qu'on avait.

La Loi prévoyait que l'on rende des comptes à l'Assemblée nationale mais ça ne s'est pas fait.

5. EN CONCLUSION

La Politique n'est plus le cadre de référence qu'elle était en 1992. Elle a été graduellement délaissée. Les déceptions ont été d'autant plus amères que l'enthousiasme était grand au départ. On souhaiterait que la prochaine Politique soit plus structurante, qu'elle donne des orientations accompagnées de moyens.

L.D.

CONSULTATION RÉGIONALE

Partie prospective

RÉGION VISITÉE : GASPÉSIE—ÎLES-DE-LA-MADELEINE (GASPÉ)

DATE : Le 22 novembre 2001

LA PROCHAINE POLITIQUE DEVRAIT :

1. ASSURER LA COHÉRENCE DES POLITIQUES ET PROGRAMMES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- En 2001, la Politique de la santé et du bien-être n'est plus le guide de référence qu'elle était en 1992. Elle a cheminé graduellement vers l'oubli. À partir de 1995, même les documents d'orientation du Ministère ne sont pas toujours allés dans le sens de la Politique. La prochaine politique devrait assurer la cohérence des politiques du Ministère.
- La Direction de la santé publique a été le principal porteur de la Politique de la santé et du bien-être dans la région. Cependant, en 1997, les Priorités nationales de santé publique sont venues remplacer la Politique. Le travail de suivi a été doublé : un pour la Politique et un autre pour les Priorités. Aussi, la Direction de la santé publique a graduellement délaissé la Politique. Pour l'avenir, il ne faudrait pas multiplier les exercices de reddition de comptes.
- La prochaine politique de la santé et du bien-être peut être un élément porteur dans l'avenir, un cadre structurant. Pour ce faire, elle doit s'aligner sur la stratégie gouvernementale de développement social .
- Pour certains, la santé publique n'a pas vraiment besoin d'une politique de la santé et du bien-être comme document de référence, puisqu'elle s'est donné un nouveau cadre de travail : le Programme national de santé publique découlant de la Loi sur la santé publique.
- Par contre, pour d'autres, la prochaine politique de la santé et du bien-être doit chapeauter toutes les autres politiques du Ministère. En conséquence, le Programme national de santé publique devra découler de la politique renouvelée.
- La politique révisée doit fournir un cadre général. Il est nécessaire d'avoir un tel cadre et des balises pour les futurs travailleurs et acteurs du réseau de la santé et des services sociaux. La politique doit donner des orientations claires et cohérentes. Elle doit donner un sens. Mais elle doit aussi prévoir des actions. La nouvelle politique doit être incontournable pour les décideurs.

- Pour certains, une politique structurante accentuera la reddition de comptes et ajoutera un nouveau cadre, quand il en existe déjà trop. Pour cette raison, la prochaine politique de la santé et du bien-être devrait rester inspirante.

2. INTERPELLER L'ENSEMBLE DES ACTEURS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- La Politique de la santé et du bien-être de 1992 faisait une large place au social. C'était une première. Elle a donné de l'oxygène à ce secteur, ce qui constitue un acquis à préserver dans la prochaine politique.
- Par contre, les décideurs de la santé ne se sont pas sentis interpellés par la Politique de la santé et du bien-être, pas plus d'ailleurs que les intervenants du secteur curatif. Elle a pu être la « Bible » du CLSC, mais certainement pas celle du centre hospitalier.
- La prochaine politique doit prendre en compte tous les secteurs et interpellé tous les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux. Les trois axes « prévenir », « guérir » et « soutenir » devraient justement permettre d'élaborer une politique-cadre qui rassemblera tous les intervenants.

3. ORIENTER L'ALLOCATION BUDGÉTAIRE

- Les régies n'ont pas la possibilité d'allouer le budget selon les priorités régionales. De plus en plus, l'argent est « étiqueté » : le choix des investissements est fait au central. Les régions devront pouvoir s'approprier la prochaine politique, et les ressources devront accompagner les priorités ou les objectifs retenus.
- Aujourd'hui, il faut se poser la question : « Est-ce qu'on a les moyens de nos choix? ». La prochaine politique ne peut être structurante ni même inspirante si elle n'est pas assortie de moyens, de leviers.

4. FAVORISER L'INTERSECTORIALITÉ

- L'approche intersectorielle a fait des progrès depuis 1992. Les régions ont eu la possibilité de faire des choix régionaux et de s'approprier la Politique. Parmi les conditions facilitantes, on peut noter que la santé publique a pu travailler avec d'autres secteurs (justice, etc.). À l'échelle locale, les progrès ont été plus lents. Il faut en prendre acte et apporter les correctifs nécessaires dans la prochaine politique.
- On peut qualifier l'action auprès des groupes vulnérables de coup d'épée dans l'eau, car il n'y a pas eu de concertation avec les autres secteurs. De plus, les interventions auraient dû être plus importantes et plus intenses.
- La prochaine politique de la santé et du bien-être doit couvrir la gamme de besoins sociaux et de santé globalement. Le ministère de la Santé et des Services sociaux ne peut agir seul. Il faut cesser de morceler les choses : la

politique doit être multisectorielle. Elle doit véhiculer une perspective sociale et énoncer les engagements que prend chaque secteur. L'intersectorialité doit s'appuyer sur des engagements des autres ministères et organisations publiques.

- Plus précisément, la prochaine politique doit :
 - mettre l'accent sur la jeunesse et privilégier la collaboration avec le milieu de l'éducation;
 - développer des codes d'éthique pour l'action intersectorielle;
 - prendre en compte que le Conseil régional de développement est un acteur important pour l'animation régionale.

5. CHOISIR JUDICIEUSEMENT LES OBJECTIFS ET LES STRATÉGIES

- La Politique de la santé et du bien-être de 1992 était ambitieuse : on a voulu tout y mettre. Les objectifs ont permis de faire évoluer les services. Les stratégies ont l'avantage d'être comprises « intrinsèquement » dans toutes les interventions et d'interpeller les autres secteurs. Par contre, une partie de la population n'a pas apprécié que certains services aient été donnés à des clientèles ciblées (stratégie). Il faudrait être prudent avec ce type de stratégie dans l'avenir.
- La Politique de la santé et du bien-être a proposé des nouvelles stratégies, mais elles n'ont pas été suivies d'une formation appropriée pour les mettre en œuvre. Pour l'avenir, il faut s'assurer d'avoir les ressources nécessaires pour mettre en œuvre les stratégies.

6. COUVRIR LE CONTINUUM DE SERVICES

- La Politique n'a pas permis l'intégration des services. Il faut développer des continuums de services qui intègrent la santé et le social. La prochaine politique devra viser cet objectif.
- L'axe prévention est prédominant dans la Politique de la santé et du bien-être. La prochaine politique doit couvrir un spectre plus large.

7. ÊTRE ADAPTÉE AUX RÉGIONS

- Dans la région, la récente loi sur la gouvernance crée beaucoup de ressentiment chez plusieurs acteurs.
- La Politique de la santé et du bien-être a été un élément mobilisateur lors de la création de la Régie régionale de Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine. La Politique était remplie de promesses, en cohérence avec la commission Rochon. La Régie croyait qu'on pouvait régionaliser, s'approprier la Politique avec l'élaboration des priorités régionales. La Politique et son processus ont suscité des attentes dans le réseau.
- En théorie, une société ne peut pas se passer d'une politique de la santé et du bien-être. En pratique, on n'y croit plus. Il y a trop de politiques, de plans d'action, de programmes qui vont dans tous les sens.

- Il faut que l'on puisse s'approprier la prochaine politique de la santé et du bien-être, la traduire sur le plan régional, mais le contexte n'est pas favorable (recentralisation, gouverne). Peut-on vraiment penser que les ressources suivront les objectifs régionaux? Quel sera le rôle des régies : prescrire ou animer? Il faudrait à tout le moins aligner la nouvelle politique sur la politique du développement régional et s'appuyer sur une véritable régionalisation pour sa mise en œuvre.

8. BIEN MESURER LA PORTÉE DES TERMES « PRÉVENIR », « GUÉRIR » ET « SOUTENIR », QUI SONT PONCTUELS

- « Guérir » ou « soigner » : c'est du vocabulaire médical.
- « Soutenir » est un terme très général. En fait, c'est le sens de toute l'action du système de santé et de services sociaux.

9. APPUYER DAVANTAGE LE SECTEUR SOCIAL

- Bien que le social ait occupé une place importante dans la Politique, la santé et le secteur curatif ont continué d'occuper l'avant-scène. Cette tendance semble se maintenir et il faudrait que la prochaine politique puisse la renverser.
- Il est parfois difficile de recruter des intervenants sociaux, mais on n'en parle jamais. C'est la question médicale qui retient toujours l'attention.

10. ÊTRE PRÉCÉDÉE D'UNE POLITIQUE DE SOINS

- Nous avons besoin d'une véritable politique de soins avant d'une grande politique de la santé et du bien-être. La majeure partie des investissements est dirigée vers la santé physique, mais il n'y a pas de plan global d'organisation des services.
- Les enjeux propres aux services de santé (médicaments, technologies, génétique, etc.) doivent être examinés avant tout, parce qu'ils coûtent très cher et désarticulent le reste.

11. RESPECTER LE RÔLE DES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES

- L'action communautaire est orientée vers la transformation sociale, l'éducation populaire, et privilégie une vision globale. Les organismes communautaires ne veulent pas être considérés comme de simples prestataires de services.

H. A.
A. J.

Consultation régionale

Partie bilan

RÉGION VISITÉE : CHAUDIÈRE-APPALACHES (SAINTE-MARIE)

DATE : Le 23 novembre 2001

LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (1992)

1. LES RETOMBÉES LES PLUS SIGNIFICATIVES ET LES PRINCIPALES DÉCEPTIONS

La *Politique de la santé et du bien-être* a suscité un branle-bas de combat à l'époque, de l'engouement et beaucoup d'actions pour consulter, mobiliser (sondage, colloques, etc.). Elle a donné l'occasion à la région de se positionner et d'élaborer un projet axé sur des objectifs et non des services. Elle a permis à la Régie et aux milieux de s'intégrer dans un processus, de se l'approprier. Malheureusement, par la suite, elle est devenue une Politique parmi tant d'autres.

Le contenu de la Politique a servi de référence et a permis de faire le point sur différentes problématiques, d'avoir des chiffres. Certains de ces éléments ont été intégrés dans les plans de transformation et de consolidation qui ont suivi.

La Politique a permis le développement de la prévention/promotion et de la prise en considération des facteurs de risque et des déterminants. Cette préoccupation a même été conservée dans le contexte de la transformation du réseau.

La Politique a donné beaucoup d'importance au social.

Elle a influencé l'ensemble des acteurs du réseau mais elle n'a eu qu'une influence marginale sur la gestion budgétaire.

La Politique a amené le réseau de la santé et des services sociaux à se questionner sur son rôle par rapport à d'autres secteurs, à prendre conscience que la solution à certains problèmes (par exemple la pauvreté) peut relever d'autres ministères.

Elle a permis le travail avec des partenaires sur des objectifs précis en amont des problèmes. On constate des progrès dans l'intersectoriel. Elle a aussi permis de démystifier cet appareil imposant qu'est le réseau de la santé et des services sociaux.

La Politique a permis d'identifier des cibles. Un comité des priorités, relevant du conseil d'administration, a été mis en place et a agi un peu comme chien de garde, il a permis par la suite d'obtenir des budgets.

Il y a eu une amorce de monitoring des objectifs de la Politique, mais ce n'était pas un exercice facile dans certains secteurs.

2. LES RÉFÉRENCES SPÉCIFIQUES AUX OBJECTIFS, AUX STRATÉGIES ET À LA VISION

La *Politique de la santé et du bien-être* était porteuse d'une vision globale faisant appel à l'intersectoriel et à l'implication du citoyen.

On a choisi de retenir les 19 objectifs proposés au niveau national pour le plan d'action régional et d'adapter les voies d'action. Cependant, avec le recul, on constate que tous ces objectifs ne s'appliquaient pas à la région. De plus, le fait de retenir tous les objectifs a donné lieu à plusieurs petits programmes qui, chacun, ont obtenu peu de financement.

Selon certains, les objectifs et les stratégies sont un cafouillage de mots et donnent lieu à de la confusion. Il demeure difficile de voir qui fait quoi et comment.

Les stratégies, c'était en soi des moyens d'action et elles ont pu servir de trame de fond pour certains objectifs.

Certaines stratégies sont floues et demeurent difficiles à cerner et à « opérationnaliser ».

Certaines voies d'action prioritaires se sont concrétisées à partir de 1998. Le bilan, qui se fait actuellement à la Régie, permettra de faire connaître les réalisations.

3. LES EFFETS PARTICULIERS SELON LES CHAMPS D'INTERVENTION (ADAPTATION SOCIALE, SANTÉ PHYSIQUE, SANTÉ PUBLIQUE, SANTÉ MENTALE ET INTÉGRATION SOCIALE) OU LES CATÉGORIES D'ACTEURS

La Politique de la santé et du bien-être a été perçue comme le mandat de la santé publique ; de facto, les autres secteurs ont été placés en retraite. Ils se sentaient moins impliqués, notamment dans le secteur curatif.

On se demande où se situent les *Priorités nationales de santé publique* par rapport à la Politique.

En santé physique, le réseau a continué de s'orienter en fonction des établissements. Il demeure difficile d'intégrer la Politique à l'organisation de services, mais il y a quand même eu les programmes de prévention des maladies cardio-vasculaires et des traumatismes.

Dans le secteur Jeunesse, l'impact de la Politique demeure difficile à percevoir. Beaucoup d'autres rapports ont été produits en même temps (Jasmin, Bouchard, Harvey).

En toxicomanie et en santé mentale, un plan régional d'organisation de services avait été élaboré. La Politique a ainsi eu moins d'influence.

4. LES CONDITIONS FAVORABLES ET DÉFAVORABLES

À plusieurs reprises, on a souligné le manque de cohérence du ministère de la Santé et des Services sociaux, notamment en ce qui a trait :
au manque de suivi donné dans les années subséquentes à la Politique ;
aux changements de priorités : l'accent a été mis sur la transformation et le financement ;
et aux orientations adoptées, dans certains secteurs d'action gouvernementale, parfois avec des objectifs contradictoires (loterie, tabac).

Le Ministère n'a pas facilité le travail avec les autres partenaires. L'action intersectorielle exige que des liens soient établis au central.

On a parfois eu l'impression de faire du sur place.

On souligne enfin le manque d'intégration des politiques et des programmes ministériels et même un certain degré d'incohérence au sein du Ministère (directions générales).

5. EN CONCLUSION

La *Politique de la santé et du bien-être* a suscité beaucoup d'engouement. Elle a permis le développement de la prévention et a donné une place au domaine social.

Toutefois, la Politique était trop ambitieuse ; « c'était comme si on demandait au secteur de la santé et des services sociaux de gérer l'ensemble de la société ».

P.B.

CONSULTATION RÉGIONALE

Partie prospective

RÉGION VISITÉE : CHAUDIÈRE-APPALACHES (SAINTE-MARIE)

DATE : Le 23 novembre 2001

LA PROCHAINE POLITIQUE DEVRAIT :

1. ASSURER LA COHÉRENCE DES POLITIQUES ET PROGRAMMES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- La prochaine politique doit être une politique-cadre. Il n'est donc pas nécessaire d'aller dans les détails. Elle doit guider l'ensemble des activités du réseau.
- La politique révisée doit s'inscrire en continuité avec les politiques et orientations ministérielles récentes et servir de cadre aux futures orientations du Ministère.
- Elle doit établir la contribution du réseau de la santé et des services sociaux au développement social.
- Elle doit permettre de mieux définir le programme de santé physique; le manque d'orientations dans ce secteur donne lieu à une mauvaise répartition des ressources et à une duplication au local et au régional.
- Il ne s'agit pas de repartir à zéro, bien des éléments de la Politique de 1992 sont encore pertinents et actuels.

2. INTERPELLER L'ENSEMBLE DES ACTEURS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- La politique révisée doit permettre de mieux intégrer les services au sein même du réseau de la santé et des services sociaux, en particulier les services sociaux et les services de santé.
- Elle doit interpeller l'ensemble des intervenants du réseau, y compris les médecins.
- Elle doit être structurante relativement à l'organisation des services.

3. ORIENTER L'ALLOCATION BUDGÉTAIRE

- L'allocation budgétaire doit découler des orientations et des objectifs formulés dans la prochaine politique.

4. FAVORISER L'INTERSECTORIALITÉ

- Dans certains territoires locaux, tous les partenaires (centres locaux d'emploi, CLD, MRC, commissions scolaires, etc.) doivent être réunis pour évaluer les résultats obtenus relativement à l'amélioration de la santé et du bien-être. Ils doivent mesurer ensemble le chemin parcouru et partager les responsabilités, surtout dans les champs de la prévention et du soutien aux personnes et aux proches.
- La prochaine politique doit permettre d'établir des liens avec les autres secteurs concernés (Politique de l'adaptation scolaire, etc.), et interpeller ces secteurs.
- Il ne faut pas perdre de vue notre mission lorsqu'on fait de l'intersectoriel. Le Ministère et le réseau doivent prendre leur place, mais ne pas se substituer aux autres secteurs.

5. DÉTERMINER DES OBJECTIFS

- La politique renouvelée devrait prévoir des objectifs de divers ordres : pour la société, le système de santé et de services sociaux, les établissements, etc.

6. ÊTRE ADAPTÉE AUX RÉGIONS

- La prochaine politique devrait véhiculer une vision, fixer des objectifs et déterminer des indicateurs. Les régions devraient avoir la responsabilité de l'application, du choix des moyens et du suivi.

7. METTRE L'ACCENT SUR LES STRATÉGIES

- Les stratégies devraient prendre plus de place dans la politique révisée. On devrait leur accoler des objectifs mesurables. Les paliers local et régional devraient pouvoir articuler leurs programmes avec les stratégies. En fait, tous les programmes devraient être évalués en fonction de leur articulation avec les stratégies.
- Les stratégies sont en soi des moyens d'action, elles doivent servir de trame de fond pour atteindre les objectifs.
- La prochaine politique devrait miser davantage sur les stratégies puisque les objectifs seront formulés dans le Programme national de santé publique.
- Il faudrait ajouter une nouvelle stratégie : l'appropriation du pouvoir par les usagers.

8. DÉFINIR LES TERMES « PRÉVENIR », « GUÉRIR » ET « SOUTENIR »

- Le choix de retenir les fonctions « prévenir-guérir-soutenir » permet d'intégrer l'ensemble des services dans une vision bio-psycho-sociale.

- Le « soutenir » est un élément clé.

9. ÊTRE RÉVISÉE ET SUIVIE

- Le processus de suivi, de mise à jour et de reddition de comptes doit être animé par le Ministère. Ce doit être une démarche enrichissante qui maintient l'intérêt pour les résultats à atteindre et qui assure la cohérence.
- Les indicateurs de reddition de comptes doivent être clairs.
- Des suivis régionaux devraient être faits tous les trois ans.

M. B.

C. B.

Consultation régionale

Partie bilan

RÉGION VISITÉE : LAVAL (LAVAL)

DATE : Le 29 novembre 2001

LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (1992)

1. LES RETOMBÉES LES PLUS SIGNIFICATIVES ET LES PRINCIPALES DÉCEPTIONS

La *Politique de la santé et du bien-être* a créé un effet mobilisateur chez les partenaires du réseau et des autres secteurs lors de l'exercice qui a mené à l'adoption des priorités régionales.

La régionalisation a servi à établir des liens de partenariat et à mettre autour de la table des gens de différents secteurs, mais nous n'avions pas les moyens de nos aspirations.

La Politique s'est avérée particulièrement motivante pour les organismes communautaires puisque la plupart de leurs actions étaient axées sur la prévention. Elle a suscité de l'enthousiasme et de l'espoir, qui s'est transformé en désenchantement par la suite.

La Politique a permis l'élaboration d'interventions en prévention/promotion.

C'était avant une politique du « social ».

La Politique a constitué l'un des premiers exercices pour fixer des objectifs de résultats et des indicateurs. Elle était orientée vers une pratique de reddition de comptes. On constate actuellement des retombées avec les ententes de gestion.

La Politique a été bien accueillie dans les milieux d'enseignement. Elle a été intégrée dans les programmes de formation en administration de la santé ainsi que dans les diverses disciplines touchant aux professions de la santé, mais elle demeure moins connue des anciens diplômés.

La Politique a eu un impact important sur le financement de la recherche. Elle a permis d'aborder des questions importantes (santé mentale, personnes âgées, etc.) mais on déplore que les secteurs priorités n'aient pas assez fait l'objet de recherches portant sur des choses concrètes.

2. LES RÉFÉRENCES SPÉCIFIQUES AUX OBJECTIFS, AUX STRATÉGIES ET À LA VISION

Dans le suivi de *La politique de santé et du bien-être*, on a réussi à intégrer les stratégies et les objectifs pour chacune des clientèles (orientations, plans d'action) Il demeure difficile de suivre l'application des stratégies qui interpellaient les partenaires des autres secteurs.

Pour le travail avec les groupes vulnérables et dans le milieu, les stratégies rejoignent le communautaire, on y retrouve les mêmes valeurs et une approche globale.

Les objectifs sont perçus comme trop précis dans certains secteurs et trop flous dans le domaine social. Par ailleurs, ils n'apparaissent pas nécessaires dans les secteurs où des orientations ministérielles ont déjà été adoptées.

3. LES EFFETS PARTICULIERS SELON LES CHAMPS D'INTERVENTION (ADAPTATION SOCIALE, SANTÉ PHYSIQUE, SANTÉ PUBLIQUE, SANTÉ MENTALE ET INTÉGRATION SOCIALE) OU LES CATÉGORIES D'ACTEURS

La politique de santé et du bien-être était peu connue dans le milieu hospitalier. La transformation était la préoccupation majeure et il y avait peu de place accordée à la prévention -promotion.

La Politique a influencé grandement l'intégration sociale des personnes âgées et des personnes handicapées. Elle a eu un effet structurant, particulièrement en CLSC, mais on n'est pas allé assez loin (par exemple, pour le soutien et l'intégration sociale des personnes lourdement handicapées).

Dans le secteur jeunesse, la Politique n'était pas connue en 1992, sa lecture est récente. La présence d'orientations ministérielles dans ce secteur a eu davantage d'impact.

En déficience intellectuelle, la Politique a eu peu d'écho, c'était la période de désinstitutionalisation. Elle été inspirante par la suite pour les plans d'intervention au niveau régional. La déficience intellectuelle « c'est toujours quelque chose qu'on oublie ».

4. LES CONDITIONS FAVORABLES ET DÉFAVORABLES

À l'époque de *La politique de santé et du bien-être*, la Régie régionale venait d'être créée et la région était en pleine effervescence.

Les problèmes d'iniquité interrégionale ont été soulevés à plusieurs reprises. On souligne toutefois que la pauvreté relative de la région (ressources allouées pour l'organisation des services) a forcé les gens à développer une capacité de faire autrement.

La Politique était gouvernementale mais elle n'a pas été soutenue par le gouvernement ; sans décision gouvernementale pour faire bouger les choses, la Politique n'était pas viable. Des leviers sont nécessaires pour inciter les autres secteurs à s'impliquer.

Le changement de contexte (transformation et lutte au déficit) a réorienté les objectifs ; la prévention et la promotion ont été oubliées. On en est encore là : « on a la volonté mais pas les moyens ».

Beaucoup d'énergie a été dépensée mais nous avons peu d'information sur les résultats obtenus.

Pour faciliter l'atteinte des objectifs, il est suggéré d'identifier la contribution de chacun. De plus, les secteurs priorités doivent être mieux suivis à l'aide d'indicateurs. On suggère d'inclure des indicateurs intermédiaires pour un suivi plus serré.

On remet en question la pertinence, le choix de certaines interventions ; on n'a plus les moyens de tout réaliser. Il faut faire des choix en fonction de nos ressources et des bons gestes à poser. Des organisations comme l'AETMIS sont essentielles.

Il est parfois difficile de se comprendre, chacun ayant son propre langage (cf. les organismes communautaires et les établissements).

Le ministère de la Santé et des Services sociaux aurait intérêt à faire son autocritique sur le partenariat. On demande au réseau de s'entendre mais on constate qu'il y a souvent mésentente entre les différents acteurs gouvernementaux.

5. EN CONCLUSION

La politique de santé et du bien-être pourrait servir de base à un « projet de société », mais il faut se donner les moyens de nos aspirations.

P.B.

CONSULTATION RÉGIONALE

Partie prospective

RÉGION VISITÉE : LAVAL (LAVAL)

DATE : Le 29 novembre 2001

LA PROCHAINE POLITIQUE DEVRAIT :

1. ASSURER LA COHÉRENCE DES POLITIQUES ET PROGRAMMES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- Le ministère de la Santé et des Services sociaux doit faire davantage preuve de cohérence dans ses interventions. La prochaine politique de la santé et du bien-être doit être un instrument de cohérence.
- La politique renouvelée devrait aussi orienter l'organisation des services, donner des lignes directrices pour les dix prochaines années.

2. ASSURER LA COHÉRENCE DES POLITIQUES DES AUTRES MINISTÈRES AU REGARD DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE

- Certaines stratégies de la Politique de 1992 ont donné peu de résultats, notamment l'harmonisation des politiques publiques (cinquième stratégie). Dans l'avenir, il faut assurer la cohérence entre les politiques des divers secteurs, éviter par exemple que l'on investisse dans les machines à sous tout en luttant contre le jeu compulsif.
- La concertation doit être faite à l'échelon central (entre les ministères) d'abord.

3. ÊTRE GOUVERNEMENTALE OU MINISTÉRIELLE ?

- La Politique de 1992 avait une portée gouvernementale, mais le titulaire de l'époque a décidé que ce serait une politique ministérielle. Il y a eu ambiguïté dans le discours et le choix des moyens. Il faut être clair quant à la portée de la prochaine politique.

La majorité des gens rencontrés veulent une politique gouvernementale :

- La prochaine politique de la santé et du bien-être doit être gouvernementale si l'on veut faire bouger les choses. Sinon, il faudra toujours quémander la collaboration des autres partenaires ou encore se limiter à traiter les conséquences.

- Il faut des engagements *a priori* des autres secteurs. La santé financière du Québec est passée par un engagement gouvernemental. Pourquoi ne pas faire la même démarche pour la santé et le bien-être de la population?
- Il est nécessaire d'avoir une vision globale. Peu importe l'appellation (« stratégie de développement social » ou « politique de la santé et du bien-être »), tous les acteurs doivent y adhérer. Quand les commandes viennent d'en haut, c'est plus facile de travailler ensemble à l'échelle locale.
- Il faut mettre en place certaines mesures coercitives auprès des différents secteurs (alcool, ceinture de sécurité), mais on doit être prudents. Il y a des limites, car les effets et les coûts peuvent être désastreux (ex. : aide sociale).
- La politique doit être gouvernementale afin d'interpeller chacun des acteurs, notamment les employeurs, par rapport à la santé et au bien-être en milieu de travail : retrait préventif, congés familiaux, etc.

D'autres privilégient une politique ministérielle :

- La prochaine politique doit être mesurable et s'articuler sur ce que le réseau peut contrôler.
- Répandre en 2002 l'esprit de la Politique de 1992, recréer la mobilisation. Il faut se donner des moyens et des leviers, et voir moins large.
- La nouvelle politique de la santé et du bien-être devrait aussi servir à l'organisation des services et donner des lignes directrices pour les dix prochaines années.

4. INTERPELLER L'ENSEMBLE DES ACTEURS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Les centres hospitaliers, les praticiens, les infirmières, les pharmaciens, etc. :

- Bien que les objectifs aient été précis en santé physique, le secteur hospitalier ne s'est pas senti interpellé. Certaines infirmières et praticiens ont eu connaissance de la Politique sans toutefois l'intégrer à leur pratique. Dans le réseau, des acteurs comme les pharmaciens et les praticiens en pratique privée ne connaissent pas la Politique.
- Si on veut une préoccupation partagée en faveur de la prochaine politique, il faut que chacun soit gagnant à y collaborer. Pour les partenaires médicaux, il faut prévoir une rémunération pour inclure la prévention en première ligne. Les groupes de médecine familiale sont peut-être l'occasion de modifier la pratique médicale.
- La politique révisée doit aborder la collaboration avec le privé, en particulier les cliniques médicales.

La déficience intellectuelle :

- La Politique de la santé et du bien-être a reçu très peu d'écoute lors de la désinstitutionnalisation. Elle a pris un peu plus d'importance avec les plans d'action qui s'en sont inspirés. La déficience intellectuelle est touchée directement par l'objectif 19, mais également par la Politique dans son ensemble. Elle est souvent mise de côté; dans la prochaine politique, il faut lui faire une place, et ce, dans tous les domaines. La déficience intellectuelle, c'est l'interaction entre la personne et son environnement, une responsabilité partagée. Elle s'inscrit donc dans le mouvement de la prochaine politique de la santé et du bien-être.

Les centres jeunesse :

- Les centres jeunesse étaient plutôt désorganisés et n'avaient pas de vision globale jusqu'en 1993, où des orientations ont donné une vision. La Politique de la santé et du bien-être est restée peu connue, on en a fait une lecture récente. Encore une fois, il faut que la prochaine politique mobilise ces acteurs du système.

L'enseignement :

- La Politique de la santé et du bien-être a été intégrée dans les cours de santé publique (sciences infirmières, pharmacologie). Les nouveaux diplômés sont plus sensibilisés à la Politique que les anciens puisqu'ils la connaissent. Dans l'avenir, il faut miser sur cette avenue pour faire connaître la Politique.

Le bénévolat :

- La prochaine politique doit soutenir le bénévolat. Il semble de plus en plus difficile de recruter des bénévoles. Il faut leur fournir l'encadrement nécessaire, les impliquer, les former.

EN RÉSUMÉ :

- Si l'on veut que la politique renouvelée mobilise tous les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, il faut que chacun se sente concerné, gagne à y collaborer, et que les moyens nécessaires soient mis à la disposition de tous.

5. ORIENTER L'ALLOCATION BUDGÉTAIRE

- La Politique de la santé et du bien-être a parcouru, depuis 1992, un long chemin vers l'oubli. Au début, la régionalisation de la Politique a permis d'implanter des objectifs et de développer des partenariats, mais il y a eu un manque de moyens pour l'actualiser. Dans la prochaine politique, les régions et les établissements doivent avoir le pouvoir et le budget pour lui donner suite.
- Le manque de ressources et de budget nuit à la prévention/promotion. Les cliniciens sont confrontés à ce manque de ressources et, en cas d'urgence, on laisse tomber les objectifs de prévention/promotion. L'intégration de la prévention à la pratique des cliniciens est difficile quand, faute de ressources, on éteint continuellement des feux.

- Les disparités régionales dans l'allocation de ressources constituent un réel problème. Il faudrait dans l'avenir allouer les ressources en fonction des besoins de la population.
- La Politique de 1992 a été inspirante, mais nous n'avions pas les moyens de nos ambitions. Il nous faut être plus réalistes avec la prochaine politique : elle doit refléter nos moyens financiers.
- Les régions doivent avoir la marge de manœuvre nécessaire.

6. FAVORISER L'INTERSECTORIALITÉ

- La Politique de 1992 a favorisé le partenariat. Elle a créé un effet mobilisateur sur les partenaires du réseau et des autres secteurs. Mais cet intérêt s'est émué. Dans l'avenir, pour maintenir l'implication des partenaires et favoriser le travail en partenariat, il faut prévoir des leviers. Voici quelques-unes des solutions avancées :
 - en 1998, on a examiné la possibilité de mettre en place une commission prévention-promotion du bien-être de la personne. Cette idée est à relancer à l'échelle régionale;
 - il faut envisager de travailler de façon multisectorielle à l'évaluation des politiques;
 - il faut rechercher les bénéfices partagés par les partenaires. Par exemple, des élèves en santé ont plus de chances de réussir à l'école;
 - certains préconisent la coercition, tandis que d'autres croient davantage aux partenariats gagnant-gagnant.
- Dans le choix des moyens, il est important de respecter les particularités et les façons de faire de chaque milieu.

7. CHOISIR JUDICIEUSEMENT LES STRATÉGIES ET LES OBJECTIFS

- La prochaine politique doit permettre de donner aux personnes les moyens de prendre en charge leur santé et leur bien-être.

Les objectifs :

- Dans certains secteurs, les objectifs fixés en 1992 étaient trop précis (ex. : cancer du sein, maladies respiratoires) tandis que, dans le domaine du social, ils étaient trop flous, trop larges (ex. : en santé mentale, en déficience intellectuelle). Dans la prochaine politique, il faut des objectifs plus précis et la contribution de chacun doit être explicitée, afin que tous se sentent visés.
- Les objectifs se concentrent sur les problèmes. Ils ne sont pas positifs mais négatifs, et ne favorisent pas le développement. Dans la prochaine politique, il faut formuler des objectifs « positifs », les exprimer de façon positive.

Les stratégies :

- La sixième stratégie de la Politique de 1992 (« Orienter le système de santé et de services sociaux vers les solutions les plus efficaces et les moins coûteuses ») n'a pas permis au Ministère de faire des choix (interventions, choix technologiques, paniers de services). Cette stratégie demeure importante; il faut se donner les moyens de faire les bons choix.
- De plus, cette stratégie n'a pas été beaucoup appliquée à la prévention. Comment soutenir les professionnels pour qu'ils intègrent davantage la prévention dans leur pratique? Les groupes de médecine de famille offrent peut-être l'occasion de modifier la pratique médicale et d'y intégrer davantage la prévention.
- Les stratégies ne seront peut-être plus d'actualité dans le contexte actuel. La nouvelle politique devrait peut-être miser davantage sur les moyens.

8. ÊTRE L'OCCASION DE RÉAFFIRMER NOS VALEURS

- La révision de la Politique doit être l'occasion de réaffirmer nos valeurs, notre vision.

9. VISER À AMÉLIORER LA SANTÉ ET À RÉDUIRE LES INÉGALITÉS

- Le renouvellement de la Politique s'inscrit dans un contexte financier difficile. De plus, il faut considérer le phénomène du vieillissement, qui sera accentué dans la région. La prochaine politique doit prendre en compte ces enjeux importants.
- La politique doit viser l'amélioration de la santé de la population, mais elle doit aussi contribuer à réduire les inégalités entre les clientèles et les régions. Il faut considérer que des besoins de base de certains citoyens ne sont pas comblés.

10. FAIRE DES CHOIX

- La révision de la Politique de la santé et du bien-être constitue un moment privilégié pour faire des choix sur les médicaments, l'équipement, les ressources humaines, etc. Il faut faire des choix éclairés qui tiennent compte des ressources dont nous disposons.

11. ÊTRE ADAPTÉE AUX RÉGIONS

- Les instances régionales doivent pouvoir adapter les priorités et l'organisation des services en fonction des particularités de la région.
- La région s'est donné une importante plate-forme de concertation et de coordination. La santé publique, notamment, a tissé des liens serrés avec le réseau communautaire pour élaborer et implanter de nombreux plans d'action. C'est un acquis pour l'implantation de la politique révisée.

12. BIEN DÉFINIR LES TERMES « PRÉVENIR », « GUÉRIR » ET « SOUTENIR »

- La politique renouvelée de la santé et du bien-être ne peut être placée entièrement sous la responsabilité du réseau de la santé et des services sociaux. Le « guérir » lui appartient davantage en propre. Pour le « prévenir » et le « soutenir », c'est différent, le réseau a besoin des autres secteurs pour agir. Par exemple, dans le domaine de l'intégration sociale, il est difficile d'atteindre des objectifs sans la contribution de nombreux partenaires.
- Pour certains, les termes « prévenir », « guérir » et « soutenir » ne font pas référence à une réelle politique de la santé et du bien-être mais plutôt à un programme de services.
- Le « prévenir » fait appel à d'autres partenaires; les possibilités d'intervention du réseau de la santé et des services sociaux sont relativement limitées dans ce champ.
- On guérit assez rarement si l'on examine les statistiques. Ce terme est-il vraiment approprié?
- Le choix des mots est important : le Ministère doit dire ce qu'il entend précisément avec ces termes. Pour l'instant, ils ne passent pas la rampe.

13. ÊTRE SUIVIE

- Il n'y a pas de relation de cause à effet entre les objectifs de la Politique et les résultats, tout particulièrement les objectifs de large portée. Sans doute il faudrait prévoir des indicateurs intermédiaires pour un suivi plus serré.
- Les politiques du Ministère sont rarement évaluées quant à leur impact sur la santé et le bien-être. Cette situation devrait être corrigée.

14. CONTINUER À ORIENTER LA RECHERCHE

- Sur le plan du financement de la recherche, la Politique de la santé et du bien-être a été très importante, elle a fourni un cadre. La prochaine politique doit poursuivre dans cette voie.
- Il faut mettre l'accent sur la recherche-action, les « choses concrètes », tout particulièrement pour les problématiques désignées comme prioritaires.
- Il faut avoir de l'audace, se donner des moyens pour faire des choix éclairés. Les milieux de recherche ont la responsabilité de nous éclairer sur les choix à faire. Ils doivent aussi se pencher sur la pertinence de nos interventions.

15. ÊTRE CONNUE DE LA POPULATION

- La Politique de 1992 est peu connue de la population. Il y aurait avantage à utiliser les nouveaux modes de communication pour mieux faire connaître la prochaine politique.

H. A.
A. J.

Consultation régionale

Partie bilan

RÉGION VISITÉE : LANAUDIÈRE (ST-CHARLES-BORROMÉE)

DATE : Le 17 décembre 2001

LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (1992)

1. LES RETOMBÉES LES PLUS SIGNIFICATIVES ET LES PRINCIPALES DÉCEPTIONS

La *Politique de la santé et du bien-être* a été bien reçue, elle était en quelque sorte la « Bible ». Les indicateurs ont été considérés comme un apport très positif. Elle s'inscrivait dans un courant de pensée déjà présent (Rapport Lalonde, commission Rochon, Rapport Bouchard, etc.).

La Politique a « officialisé » les groupes communautaires et leur a permis d'avoir plus de financement. Elle a suscité un grand espoir.

La Politique est venue confirmer un virage vers l'intégration, l'insertion sociale ; elle était axée sur les déterminants.

Aux niveaux régional et local, elle a suscité des activités de participation : on allait chercher la contribution des gens pour définir le plan d'action qui découlait des objectifs. Elle a aussi permis de mettre sur la table des enjeux régionaux et d'en arriver à des consensus.

Par la suite, la Politique a servi de préambule à toutes les démarches notamment pour le *Plan de transformation* et le *Plan de consolidation*. La Politique servait de guide, même lorsqu'il a fallu faire des compressions.

La Politique a fourni des arguments pour l'obtention de subventions de recherche.

Elle a amené de nouveaux acteurs à se préoccuper de la santé, notamment le secteur municipal avec l'approche *Villes et villages en santé*.

2. LES RÉFÉRENCES SPÉCIFIQUES AUX OBJECTIFS, AUX STRATÉGIES ET À LA VISION

La *Politique de la santé et du bien-être* a donné une vision, qui n'existe plus maintenant.

Les six stratégies ont, dès le début, influencé les discussions et les décisions. Elles reflétaient une préoccupation pour le bien-être et non seulement la santé.

Il aurait fallu mettre davantage l'accent sur les stratégies. L'approche systémique s'est perdue en mettant l'accent sur les objectifs.

On devrait avoir des stratégies plutôt que des objectifs ; elles sont plus importantes pour changer la façon de d'offrir les services et pour le travail avec les autres partenaires.

Les objectifs ont servi de référence ; ils étaient plutôt vagues dans le domaine social.

Les voies d'action relèvent du domaine des opérations et ne sont pas nécessaires dans une Politique.

Le suivi de certains objectifs a été possible, mais il devenait plus difficile d'assurer un tel suivi pour les stratégies.

3. LES EFFETS PARTICULIERS SELON LES CHAMPS D'INTERVENTION (ADAPTATION SOCIALE, SANTÉ PHYSIQUE, SANTÉ PUBLIQUE, SANTÉ MENTALE ET INTÉGRATION SOCIALE) OU LES CATÉGORIES D'ACTEURS

En adaptation sociale, La *Politique de la santé et du bien-être* a servi de « grand cadre » et a permis de travailler avec les réseaux.

Pour le Centre Jeunesse, la Politique n'a été ni inspirante, ni structurante : entre 1992 et 1995, c'était une période de survie. Le seul souvenir que nous en avons est celui du fait que nous avons pu faire part de nos problématiques à la santé publique. C'est plutôt la Loi sur la protection de la jeunesse qui, par la suite, a précisé les mandats.

Pour les praticiens (médecins), la Politique a été inspirante pour faire de la prévention et de la promotion, mais le contexte de sous-financement a fait en sorte qu'il fallait d'abord s'occuper du curatif.

La Politique a permis de réaliser de bons coups en santé mentale - la transformation s'est fait en ce sens - mais ce sont surtout les compressions plus que la Politique qui ont orienté l'action. De plus, en mettant l'accent sur l'intégration dans le milieu, les ressources du milieu ont rapidement été débordées.

En favorisant le virage prévention - promotion, la Politique a été perçue comme du ressort de la Direction santé publique et des CLSC. Ce sont d'ailleurs eux qui l'ont portée.

4. LES CONDITIONS FAVORABLES ET DÉFAVORABLES

Le plus gros effort de suivi a été fait non pas par le ministère de la Santé et des Services sociaux mais par le Conseil de la santé et du bien-être avec les forums sur le développement social.

La vue d'ensemble est perdue ; les politiques se succèdent au Ministère. Le renouvellement de la Politique devrait permettre de retrouver cette vision globale.

La *Politique de la santé et du bien-être* donne un courant de pensée, canalise. Mais on est allé à toute vitesse ; il faut prendre le temps.

La Politique a été conçue comme une politique gouvernementale mais les autres ministères n'ont pas été interpellés. Elle n'a pas fait consensus.

On avait des orientations pour aller de l'avant mais rapidement on s'est rendu compte qu'on n'avait pas les moyens pour y donner suite.

La région a quand même fait preuve d'efficacité avec les moyens qu'elle avait. Lanaudière est la région la plus pauvre en termes de financement et de ressources.

On constate un manque de suivi au niveau national. La communication a été difficile. Les plans de transformation et de consolidation sont venus noyer la Politique.

Le financement n'a pas suivi. C'est décevant de ne pas avoir les moyens de ses ambitions.

Pour garder le milieu mobilisé, il faut se donner les moyens : le *Plan de consolidation* a été un bel exemple de mobilisation, mais le Ministère n'a pas tenu compte de nos propositions. Le Ministère devrait être conséquent dans ses décisions.

On déplore le manque d'outils pour l'implantation, notamment pour interpellier les autres secteurs de l'action gouvernementale.

Le mouvement de « recentralisation » qui s'installe va à l'encontre de ce qui a été amorcé.

Une politique sectorielle ne permet pas d'aller assez loin. Il est important que la *politique de la santé et du bien-être* soit intersectorielle et que les autres secteurs se l'approprient.

5. EN CONCLUSION

Pour la prochaine Politique, il faut se donner le temps, ne pas réinventer la roue, se donner les moyens et ne pas attendre de résultats à court terme ; la prévention c'est une longue entreprise.

P.B.

CONSULTATION RÉGIONALE

Partie prospective

RÉGION VISITÉE : LANAUDIÈRE (SAINT-CHARLES-BORROMÉE)

DATE : Le 17 décembre 2001

LA PROCHAINE POLITIQUE DEVRAIT :

1. ASSURER LA COHÉRENCE DES POLITIQUES ET PROGRAMMES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- La nouvelle politique devrait tenir compte des différents documents d'orientation faits antérieurement par le Ministère.
- Il faut, dès maintenant, s'assurer que les politiques, les programmes et les orientations en chantier au Ministère seront arrimés à la prochaine politique de la santé et du bien-être.

2. ASSURER LA COHÉRENCE DES POLITIQUES DES AUTRES MINISTÈRES AU REGARD DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE

- Il devrait y avoir des représentants du réseau dans les lieux de concertation hors réseau (ex. : conseils d'établissement, Fonds de lutte contre la pauvreté), afin que la perspective de la santé et du bien-être soit prise en compte.
- Il faut s'appuyer sur les priorités des autres ministères qui rejoignent ou complètent les orientations de la prochaine politique de la santé et du bien-être.

3. ÊTRE DE PORTÉE GOUVERNEMENTALE

- Plusieurs participants souhaitent que la nouvelle politique soit gouvernementale et s'inscrive dans le contexte plus large de la stratégie québécoise de développement social.
- D'autres se demandent s'il est réaliste d'espérer que la politique révisée sera gouvernementale. Si c'était le cas, ils se demandent qui en serait le maître d'œuvre et qui en assurerait le suivi.
- D'autres proposent une politique sectorielle qui s'adresse au réseau, mais qui interpelle les autres partenaires.

4. INTERPELLER L'ENSEMBLE DES ACTEURS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- Il faut que tous les partenaires soient sensibilisés à l'importance de leur contribution pour l'amélioration de la santé et du bien-être.
- Tous les établissements doivent être interpellés par la nouvelle politique de la santé et du bien-être.

5. ORIENTER L'ALLOCATION BUDGÉTAIRE

- Le financement devrait suivre les orientations données par la prochaine politique de la santé et du bien-être.
- La politique renouvelée devrait viser l'équité dans l'allocation de ressources. Elle doit apporter une réponse au sous-financement des services dans la région.

6. FAVORISER L'INTERSECTORIALITÉ

- La politique renouvelée doit être intersectorielle : il faut éviter le travail en silo et développer plutôt une approche systémique.
- L'action intersectorielle s'est relativement bien développée dans la région; la prochaine politique doit nous aider à continuer.
- Il faut développer les actions concertées : le travail en partenariat permet une économie d'énergie, de moyens et d'argent.
- Le lieu de concertation dans les régions est le CRD.
- La politique révisée doit comprendre deux volets : un volet sectoriel et un volet intersectoriel. Dans le volet sectoriel, la contribution des établissements et de l'ensemble des intervenants aux orientations de la politique doit être précisée.
- On peut fixer des objectifs communs à plusieurs réseaux. On peut aussi s'appuyer sur des priorités ou des programmes d'autres secteurs qui vont dans le même sens que la prochaine politique de la santé et du bien-être.

7. ÊTRE ADAPTÉE AUX RÉGIONS

- La politique renouvelée doit être avant-gardiste et proposer des orientations pour l'ensemble du Québec, tout en laissant une place aux façons de faire régionales.
- Elle doit préserver une marge de manœuvre pour les régies régionales, notamment pour mettre de l'avant des solutions adaptées à leur territoire.
- La meilleure façon de répondre aux besoins, c'est d'être le plus près possible des gens qui bénéficient des services.

8. DÉFINIR LES TERMES « PRÉVENIR », « GUÉRIR » ET « SOUTENIR »

- Le terme « traiter » est préféré à « guérir ».
- Le terme « soutenir » devrait être clarifié (qu'est-ce qu'il englobe?).

9. S'APPUYER SUR LES STRATÉGIES ET LES OBJECTIFS

- Les stratégies devraient être le fer de lance de la prochaine politique. Elles permettraient de mobiliser les partenaires.
- Les six stratégies de la Politique de 1992 sont encore très actuelles et devraient être conservées. Elles sont même, au dire d'un participant, « le cœur de la Politique ». Il faudrait toutefois y ajouter :
 - l'appropriation du pouvoir (capacité de choisir);
 - l'intégration des services;
 - le développement des compétences;
 - l'aide et le soutien aux milieux sains.
- Les objectifs de 1992 devraient être conservés et adaptés au contexte d'aujourd'hui.

10. ÊTRE SUIVIE ET ÉVALUÉE

- Le suivi est essentiel. Il faut un suivi annuel, un contrôle régulier, des états de situation tous les deux ou trois ans et un forum national sur la politique à deux ou trois reprises au cours des dix prochaines années.
- Pour assurer le suivi, il devrait y avoir un plan d'action avec un maître d'œuvre dans la région. Ce pourrait être la Régie régionale. Elle coordonnerait le suivi de la prochaine politique en région et servirait de courroie de transmission pour l'obtention des moyens nécessaires à son application.
- Après chaque état de situation ou bilan (tous les deux ou trois ans), on devrait s'assurer que l'information circule.
- Des mécanismes d'imputabilité (reddition de comptes) doivent être développés en lien avec la nouvelle politique de la santé et du bien-être.

C. B.
M. B.

Consultation régionale

Partie bilan

RÉGION VISITÉE : LAURENTIDES (SAINT-JÉRÔME)

DATE : Le 18 décembre 2001

LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (1992)

1. LES RETOMBÉES LES PLUS SIGNIFICATIVES ET LES PRINCIPALES DÉCEPTIONS

En 1992-1993 la Politique a été assez bien accueillie. Après une première démarche à l'interne, la Régie a opté pour agir sur les déterminants. C'était stimulant de vouloir aller en amont des problèmes. Pour la première fois, il y avait autre chose que le curatif.

La Politique a permis d'élargir notre vision, de rattacher nos interventions à un cadre, de réfléchir sur des actions à moyen et long terme et, par conséquent, d'être moins réactif. C'était un outil intéressant pour travailler.

Il y a eu une série de Forums régionaux et locaux. Ce processus d'aller-retour entre le local et le régional a été intéressant et les gens ont « embarqué ». L'implication des acteurs locaux a permis de s'approprier la Politique en tenant compte de la grande diversité de nos MRC. On a ensuite finalisé les plans locaux.

La Politique a eu une influence sur la programmation, les plans et les budgets. Il y a eu plusieurs autres documents marquants (ex. : *Un Québec fou de ses enfants*) mais en ce qui concerne la notion de déterminants, de la prévention-promotion, de l'intersectorialité, l'influence de la Politique a été majeure ; elle a donné un élan.

La Politique reconnaissait que plusieurs secteurs avaient un impact sur la santé, pas seulement les acteurs du réseau. On a formé un comité multisectoriel régional. Des projets ont été développés et certains subsistent encore. Pour avoir du financement, il fallait réunir au moins trois organisations partenaires. On avait une enveloppe de 100,000 \$ la première année et on a eu pour 1 M\$ de demandes. La deuxième année, le programme a été rehaussé à 300 000 \$ récurrent sur 2 ans. Ce programme a cessé en 1997.

2. LES RÉFÉRENCES SPÉCIFIQUES AUX OBJECTIFS, AUX STRATÉGIES ET À LA VISION

Dès le départ, la région a bâti son *Plan d'action* en ciblant les stratégies plutôt que les objectifs. La Politique a amené à voir non pas un problème, mais un ensemble de causes. On souligne quand même que les objectifs ont aussi servi de guide.

À la Régie, on a la volonté ferme d'agir « pour et avec les groupes vulnérables ». Le financement dans la région se fait selon un *per capita* pondéré en fonction de la pauvreté. Cette approche est mal vue, notamment par ceux qui sont désavantagés par cette méthode et aussi par le Ministère, mais on entend la maintenir même s'il faut s'écarter des directives du Ministère pour y arriver.

Au niveau local, la Politique a permis une mobilisation des acteurs. La Régie a établi un partenariat avec les municipalités et ces dernières commencent à participer. On voit une implication de plus en plus dans le réseau Villes et villages en santé.

Les autres secteurs se demandent souvent ce qu'ils font là quand on parle de santé et de bien-être. Mais la situation s'est améliorée ; certains secteurs sont plus conscientisés. On sent que l'intérêt est plus grand quand on parle de « développement social » au lieu de « santé et bien-être ». Malgré les difficultés, on s'est quand même rapproché du milieu économique. Au CRD maintenant, les intervenants pensent « social » et « santé » même quand ils s'occupent de développement économique.

Ce qui est inquiétant, c'est qu'on s'est éloigné du milieu scolaire : l'éducation est de plus en plus absente des tables de concertation, faute de temps.

3. LES EFFETS PARTICULIERS SELON LES CHAMPS D'INTERVENTION (ADAPTATION SOCIALE, SANTÉ PHYSIQUE, SANTÉ PUBLIQUE, SANTÉ MENTALE ET INTÉGRATION SOCIALE) OU LES CATÉGORIES D'ACTEURS

Un des impacts intéressants de la Politique, c'est qu'elle a été un bon véhicule pour la santé publique, pour véhiculer ses messages.

La Politique a eu une bien plus grande influence dans le secteur social que dans le secteur de la santé physique. Mais il y a eu des déceptions, notamment dans les volets santé mentale, suicide, pauvreté. Dans les centres jeunesse, on a commencé à faire moins de prise en charge, mais le modèle d'intervention est encore très spécialisé.

Le secteur hospitalier n'est pas présent aujourd'hui même si plusieurs représentants ont été invités. Dans les CH, la Politique n'est pas connue et n'a pas été très inspirante. Elle ne l'est pas non plus dans les CHSLD, contrairement aux CLSC où elle a été fortement publicisée. Les médecins en cabinet privé ne savent même pas qu'elle existe. L'idée d'avoir des objectifs et des priorités n'a pas d'écho chez eux. Pourtant, il y a du monde et beaucoup d'argent de ce côté-là.

4. LES CONDITIONS FAVORABLES ET DÉFAVORABLES

On mobilise les gens pour que le milieu se prenne en charge mais on crée une démobilité quand les ressources ne suivent pas (financement). Les gens deviennent méfiants ; ils pensent qu'on veut leur faire faire le travail à notre place.

Les villes-centres deviennent plus riches, tandis que la population pauvre est refoulée en périphérie. Vers le nord de la région, la population âgée augmente (17% dans Argenteuil). Alors on met sur pied des organismes communautaires, on crée des banques alimentaires et on entretient la pauvreté. On a plutôt l'impression d'être des

régulateurs sociaux, et non pas d'agir pour résoudre les problèmes ou diminuer les inégalités.

On n'a jamais coupé les budgets dans le secteur des organismes communautaires, même durant la période des compressions. Par contre, ces organismes reçoivent des demandes accrues : « On en est au point où les CH nous supplient de venir donner des services. On risque de perdre de vue notre véritable raison d'être ».

Le Ministère s'est essouffé dans la mise en œuvre de la Politique. Par contre, les Priorités nationales de santé publique font l'objet d'un suivi serré. On n'a jamais fait le suivi de la Politique. Il aurait fallu prévoir l'évaluation dès le départ. Le *Plan d'action régional* était beaucoup plus inspirant que structurant. On aurait dû faire une mise à jour aux deux ans, et constituer un groupe de discussion comme aujourd'hui pour analyser nos résultats.

Le passage de différents ministres entraîne un manque de continuité et de fréquents changements de cap. Résultat : au niveau régional, on est continuellement déstructuré et il y a de l'inefficacité.

Il y a eu un temps où on commençait à donner une latitude aux régions ; on est arrivés à faire des réallocations vers la prévention / promotion, soit un total de 1,5 M\$ dans les cinq dernières années. Mais depuis trois ans, ça a complètement basculé : l'argent est « attaché », on ne peut plus décider de nos priorités. On a eu 100 M\$ depuis quatre ans pour combler les déficits ; c'est là que l'argent est allé, dans les établissements spécialisés, pour le curatif.

Les directives qui viennent du national vont de plus en plus à l'encontre de la Politique (ex. la Direction de la santé publique ne peut plus interpellier les partenaires en dehors de notre réseau). Elles prescrivent et, nous, on n'a plus besoin de penser. La Loi de la gouverne va à l'encontre de l'intersectorialité et de l'initiative régionale : « ça tue le feu sacré ».

Les partenaires nous disent que la *Politique de la santé et du bien-être* est une politique ministérielle. Ils ne se sentent pas tenus d'y donner suite. Si l'on avait adopté une politique gouvernementale, on aurait eu plus de partenaires présents et on aurait dépensé moins d'énergie à les convaincre.

Si on faisait un sondage dans la population et chez les intervenants, on verrait que le taux de notoriété de la Politique est très faible.

5. EN CONCLUSION

La Politique a apporté une vision élargie de la santé ; elle a favorisé l'action sur les déterminants et le travail multisectoriel. Malgré ses lacunes, il ne faut pas la mettre de côté. Il faut la relancer, la soutenir davantage.

L.D.

CONSULTATION RÉGIONALE

Partie prospective

RÉGION VISITÉE : LAURENTIDES (SAINT-JÉRÔME)

DATE : Le 18 décembre 2001

LA PROCHAINE POLITIQUE DEVRAIT :

1. ASSURER LA COHÉRENCE DES POLITIQUES ET PROGRAMMES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- Les directives qui viennent d'en haut vont de plus en plus à l'encontre de la Politique de la santé et du bien-être. Elles prescrivent. La loi sur la gouverne n'est pas susceptible de favoriser l'intersectorialité et l'initiative régionale. Elle va donc à l'encontre des objectifs de la Politique.
- Les nombreux changements de titulaire au Ministère font en sorte qu'il y a un manque de continuité et de fréquents changements de cap. L'échelon régional est déstructuré.
- Dix ans, c'est court. Le Ministère doit soutenir la prochaine politique de la santé et du bien-être. Elle doit continuellement être mise de l'avant si l'on veut obtenir des résultats. Dans l'avenir, on doit s'assurer que les actions et les documents du Ministère n'iront pas à l'encontre de la politique adoptée, mais qu'ils découleront de celle-ci.

2. ASSURER LA COHÉRENCE DES POLITIQUES DES AUTRES MINISTÈRES AU REGARD DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE

- Le travail se fait encore en silo parce que les choses ne s'interrelient pas entre les ministères. On s'éparpille à gauche et à droite pour courir des budgets qui sont orientés vers des objectifs sans cohérence ni lien entre eux. Il faut voir à ce que les politiques des autres ministères soient davantage cohérentes et convergent vers les mêmes objectifs.

3. INTERPELLER L'ENSEMBLE DES ACTEURS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- La Politique a eu une plus grande influence dans le secteur social que dans celui de la santé physique. Elle est très peu connue du milieu médical et hospitalier alors que, dans les CLSC, elle a été fortement publicisée. La plupart des médecins de clinique privée ne savent même pas qu'elle existe. La prochaine politique doit mobiliser ces acteurs du système de santé et de services sociaux.

4. ÊTRE GOUVERNEMENTALE OU ÊTRE ACCOMPAGNÉE D'UN ENGAGEMENT GOUVERNEMENTAL SUR LE DÉVELOPPEMENT SOCIAL

- Il serait certainement pertinent que la prochaine politique de la santé et du bien-être découle d'une stratégie gouvernementale de développement social qui engagerait tous les ministères. Les autres secteurs se sentiraient davantage interpellés par le « développement social » que par la « santé et le bien-être ». Il faut cependant préciser la contribution de chacun, incluant la nôtre.
- Le choix de se donner une stratégie gouvernementale de développement social justifierait d'écrire une politique de la santé et du bien-être davantage sectorielle. Cependant, la stratégie gouvernementale devra avoir une prise, des engagements qui lient les autres ministères, et se traduire ensuite par des ententes, des protocoles, des plans auxquels seront associées des ressources.
- Si l'on optait pour une politique davantage sectorielle, il faudrait qu'elle soit plus structurante pour le système de santé et de services sociaux, tout en étant inspirante pour les autres secteurs. Celle de 1992 était avant tout inspirante pour tout le monde, donc peu « impliquante ».
- Certains sont perplexes quant au choix de se donner une politique davantage sectorielle plutôt que gouvernementale. Il y a dix ans, la Politique de la santé et du bien-être n'a pas été endossée par le gouvernement. On peut s'inquiéter si, dix ans plus tard, après tous les efforts que l'on a faits avec nos partenaires pour les impliquer et les convaincre, il est impossible d'aller plus loin.
- S'il n'y a pas de stratégie gouvernementale, ce serait déplorable, mais nous avons quand même des acquis à la base pour poursuivre l'action intersectorielle.
- La stratégie gouvernementale de développement social doit absolument s'appuyer sur le palier régional et le palier local. On ne peut baser le développement sur une vision hiérarchique, de haut en bas.
- Une politique gouvernementale est l'idéal mais, si on opte pour une politique sectorielle, il faut qu'elle soit plus structurante pour le système de la santé et des services sociaux.
- Il faut un chef d'orchestre, ailleurs que dans notre Ministère.

5. ORIENTER L'ALLOCATION BUDGÉTAIRE

- Au cours des dernières années, les décisions d'investissement ont été prises au central et la région ne peut plus décider de ses priorités. La situation était différente lors de la sortie de la Politique de la santé et du bien-être : les régions avaient davantage de latitude dans la répartition de leur budget. Si on n'a pas une marge de manœuvre régionale dans la prochaine politique, on n'aura jamais les ressources, on n'a aucun espoir de pouvoir planifier en fonction des besoins régionaux.

- La Politique a permis de mobiliser les gens, mais le financement n'a pas toujours suivi. Répéter l'exercice sans se soucier des moyens risque fort de démobiliser le milieu.

6. FAVORISER L'ACTION INTERSECTORIELLE

- Le réseau de la santé et des services sociaux n'a pas les moyens de prendre à sa charge tout le développement social.
- La Politique de 1992 montrait l'impact des autres secteurs sur la santé et le bien-être. La politique révisée doit poursuivre cette démonstration.
- Après la sortie de la Politique de la santé et du bien-être, on a organisé des forums régionaux et locaux et on a mis sur pied un comité multisectoriel. La Politique a donc donné une impulsion à l'action multisectorielle qui se fait sentir encore aujourd'hui.
- Quand on organise des rencontres sur des questions de santé et de bien-être, plusieurs intervenants des autres secteurs jugent que c'est là le domaine du réseau de la santé et des services sociaux et se demandent ce qu'ils font là. Cependant, la situation s'est améliorée au cours des dix dernières années et certains secteurs sont plus conscientisés. La prochaine politique doit continuer à être un levier pour l'intersectorialité.
- Il faut que les paliers central et régional soient plus présents sur le terrain pour soutenir, faire valoir, appuyer les collaborations intersectorielles, que le Ministère vienne plus souvent lors de forums ou en tournée pour réitérer le message.
- Un participant suggère le terme « trans-sectoriel » pour remplacer « intersectoriel », il juge que ce terme est plus intégrateur.

7. ACCORDER UNE PLACE PRÉDOMINANTE À LA PROMOTION ET À LA PRÉVENTION

- Si l'on ne tient compte que des actions dont l'efficacité est scientifiquement démontrée, on continuera d'investir la plupart du temps dans les services curatifs. La prévention et la promotion de la santé ont toujours le fardeau de la preuve; on n'en demande pas autant aux hôpitaux. Les ressources sont investies, pour l'essentiel, dans la maladie, les problèmes. Il faut pourtant prendre le « risque » d'investir en prévention.
- La prévention est importante, certes. Mais il ne faut pas délaisser, en aval, la promotion de la santé, qui constitue un élément fondamental de notre action. En d'autres mots, on ne doit pas agir seulement sur les problèmes, mais aussi pour la santé.
- Pour certains, il faut cesser d'opposer la prévention et le curatif. Depuis que l'on a découvert l'importance de la prévention, on dévalorise la réponse curative. Tout le monde est insatisfait. Il faut reconnaître la place et l'importance des deux.

- Il devrait y avoir des ententes précises avec les centres hospitaliers, par exemple, pour qu'ils fassent de la prévention.

8. CONSERVER LE MÊME FORMAT

- Il faut reprendre le format de la Politique de 1992, formuler des objectifs quantifiés, etc. Bref, il ne s'agit pas de tout jeter pour recommencer.

9. ÊTRE SUIVIE

- La Politique de la santé et du bien-être de 1992 n'a pas fait l'objet d'un suivi, au contraire des Priorités nationales de santé publique. Le Plan d'action régional était beaucoup plus inspirant que structurant, donc les résultats étaient difficilement mesurables (« souvent, il aurait fallu mesurer la volonté des gens »). Il faut prévoir, dès le départ, le suivi et l'évaluation de la prochaine politique.

10. PRÉVOIR UNE FORMATION EN SANTÉ POUR LES UNIVERSITAIRES

- Si tous les finissants universitaires recevaient une formation obligatoire sur l'importance des déterminants de la santé et du bien-être et l'importance d'agir en amont des problèmes, il y aurait des progrès.

11. AUTRES

- La prochaine politique devrait faire valoir que les individus ont une responsabilité individuelle face à leur santé.
- Il faut reconnaître que les gens, les familles, les communautés ont du potentiel, et miser là-dessus (« empowerment »). Il faut surmonter les tensions avec les syndicats, les groupes professionnels, qui maintiennent des chasses gardées et qui sont parfois irrités par la place que pourrait prendre le milieu.
- Il faut faire plus de place aux jeunes, qui ont de nouvelles idées, qui vont utiliser des moyens différents.

H. A.

A. J.

Consultation régionale

Partie bilan

RÉGION VISITÉE : MONTÉRÉGIE (LONGUEUIL)

DATE : Le 17 décembre 2001

LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE (1992)

1. LES RETOMBÉES LES PLUS SIGNIFICATIVES ET LES PRINCIPALES DÉCEPTIONS

Pour la première fois, la *Politique de la santé et du bien-être* affirmait que le système de santé devait agir sur l'ensemble des déterminants, au moyen de stratégies. Elle reconnaissait le rôle des conditions socioéconomiques, la pauvreté étant reconnue comme le déterminant le plus important. C'était également la première fois aussi qu'on retrouvait une certaine analyse différenciée selon les sexes.

La Politique mettait l'accent sur la prévention et donnait une place plus importante au domaine social. Elle a soulevé des débats sur les priorités en Montérégie.

La Politique venait donner un cadre de référence aux changements amenés par la création des régies et par l'intégration des directions de santé publique. Elle permettait d'asseoir toute l'organisation régionale.

Vers 1995, une enveloppe de 1,2 M \$ récurrents a été allouée pour des projets reliés à la Politique.

2. LES RÉFÉRENCES SPÉCIFIQUES AUX OBJECTIFS, AUX STRATÉGIES ET À LA VISION

Tous ne voyaient pas clairement comment on allait utiliser la Politique. Elle comportait beaucoup d'objectifs. La région en avait ajouté deux de plus pour que tous s'y retrouvent.

Le renforcement du potentiel des personnes est une stratégie qui comporte des limites. Améliorer les conditions de vie, ce n'est pas notre travail.

Soutenir les milieux de vie et développer des environnements sains, c'est bien intéressant mais on a perverti ces nobles principes. Dans les services à domicile, on n'a pas le temps pour le côté « social » ni pour faire de la prévention/promotion et du dépistage. Pourtant ces interventions réduiraient les coûts en bout de ligne. Les jeunes et les gens avec des problèmes de santé mentale, ils ne font pas de bruit. Les visites à domicile servent surtout à donner des soins physiques.

On a choisi de prioriser les clientèles vulnérables dans la région. On nous dit même, aujourd'hui, qu'on ne s'occupe pas du reste de la population, mais on a maintenu cette orientation. On se demande cependant si cette stratégie viendra orienter les choix budgétaires des prochaines années.

Sur le plan de l'intersectorialité, on avait tenté en sous-région de regrouper divers secteurs ; on a créé des tables qui ont donné certains résultats. Des programmes ont été modifiés. Mais chacun étant pris par ses propres priorités, l'impact n'a pas été important.

Les impératifs des compressions n'ont pas permis la recherche des solutions les plus efficaces. L'objectif était plutôt de « survivre ».

3. LES EFFETS PARTICULIERS SELON LES CHAMPS D'INTERVENTION (ADAPTATION SOCIALE, SANTÉ PHYSIQUE, SANTÉ PUBLIQUE, SANTÉ MENTALE ET INTÉGRATION SOCIALE) OU LES CATÉGORIES D'ACTEURS

Les objectifs du domaine de la santé ont été davantage atteints que ceux du domaine social. Toutefois, les médecins en général ne connaissent pas du tout la Politique.

Les Priorités nationales de santé publique qui découlaient de la Politique ont orienté énormément le travail en santé publique.

Les CLSC ne voyaient pas l'application concrète de la Politique sur le terrain. La transversalité était une approche difficile à concrétiser.

En déficience intellectuelle, la Politique a introduit la notion de processus de production du handicap. Elle a soutenu les services de répit. Les facteurs environnementaux ont été mieux reconnus. La vision de la santé et du bien-être a amené des effets positifs. Les services ne sont pas encore là au bon moment, mais on est dans la bonne voie.

Le secteur communautaire avait bien accueilli certains éléments de la Politique mais il regrettait le découpage en problématiques. Lors de la mise en œuvre, les groupes communautaires ont été déçus.

4. LES CONDITIONS FAVORABLES ET DÉFAVORABLES

La Politique n'a pas été publicisée au sein de la région. Le Centre régional de développement en a été informé par le biais du Forum sur le développement social.

À partir de 1992, les grandes transformations de structures et les compressions budgétaires ont nui à la mise en œuvre de la Politique.

Des sous-régions avaient utilisé la Politique pour se donner des priorités mais elles avaient peu de pouvoir et de moyens pour réaliser des projets. Nos sous-régions sont plus grosses que certaines autres régions sociosanitaires. Malgré l'enveloppe de 1,2 M \$ qui avait été allouée, les moyens n'étaient pas à la hauteur et plusieurs projets sont tombés à plat.

Le contexte des compressions budgétaires n'a pas favorisé le développement de la promotion/prévention. Le 20 % alloué à la promotion/prévention a été adopté par le CA de la Régie et a été maintenu. Mais les CLSC ont dû faire des coupures importantes dans les mêmes secteurs.

La force des lobby du secteur curatif est énorme : 100 % de l'argent qui a été injecté est allé au curatif et cette situation peut continuer encore longtemps. Il suffit de voir les budgets toujours importants qui sont alloués aux services spécialisés au détriment des services de base.

Pour travailler en intersectorialité, il manquait des partenaires et, peut-être, d'outils. La Régie n'a pas été un leader dans la promotion de la Politique mais le contexte des compressions n'était pas favorable. C'est le Forum sur le développement social organisé par le Conseil de la santé et du bien-être qui a eu un impact majeur. Aujourd'hui, l'ensemble des centres régionaux de développement (CRD) ont inscrit le développement social et la lutte à la pauvreté dans leur champ de préoccupation. En Montérégie, on est présent maintenant au CRD mais c'est récent. Il faut une instance où la santé et les services sociaux s'adressent aux autres secteurs.

Il est plus facile d'intervenir de façon intersectorielle que de planifier de manière intersectorielle. Dans le premier cas, il y a une volonté d'agir de concert ; c'est lorsqu'on doit planifier et allouer des budgets qu'on rencontre des problèmes.

La Politique n'a pas permis d'agir sur les déterminants les plus importants : les conditions socio-économiques et la pauvreté. L'allocation budgétaire n'a pas été conséquente.

Les sommes sont complètement ciblées et les priorités changent aux six mois. Il n'y a pas d'effet structurant, on fonctionne seulement projet après projet. Dans le *Plan de consolidation* 1998-1999 on avait établi des priorités, mais aujourd'hui, deux ans après, c'est comme si elles n'existaient plus. C'est un échec et la situation a empiré.

5. EN CONCLUSION

Au départ, la Politique a servi d'assise à la nouvelle Régie et à la Direction régionale de la santé publique. Elle était porteuse d'une vision élargie de la santé, axée sur les déterminants. La mobilisation et le travail entrepris dans la région ont été fortement désamorçés par les transformations et les compressions budgétaires, ce qui fait qu'à bien des égards, les progrès attendus ne se sont pas concrétisés.

L.D.

CONSULTATION RÉGIONALE

Partie prospective

RÉGION VISITÉE : MONTÉRÉGIE (LONGUEUIL)

DATE : Le 17 décembre 2001

LA PROCHAINE POLITIQUE DEVRAIT :

1. ASSURER LA COHÉRENCE DES POLITIQUES ET PROGRAMMES DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- La Politique de la santé et du bien-être et le Programme national de santé publique sont intimement liés. La première devrait définir des objectifs, des alignements tandis que le second devrait prévoir des cibles précises. Par ailleurs, le Programme devrait aussi définir une gamme commune de services de santé publique prioritaires à implanter dans tous les territoires.
- Actuellement, il n'y a pas vraiment de cohérence, de continuité, si l'on considère les annonces ministérielles qui sont faites. Il faut se donner un cadre, une vision à long terme qui chapeautera les actions. La politique révisée devrait être englobante.
- De la prochaine politique devraient découler, outre une politique de santé publique, des orientations claires pour le « guérir » et le « soutenir ».

2. ÊTRE DE PORTÉE GOUVERNEMENTALE

- Il y a une grande différence entre une politique sectorielle et une politique gouvernementale. Une politique à portée gouvernementale permettrait d'appuyer, de légitimer l'action de la Régie régionale et des divers intervenants sur le terrain relativement aux questions de santé et de bien-être.
- Plusieurs ministères visent à travailler de façon intersectorielle. Cela multiplie les tables de concertation. Il y a alors un risque de dispersion des efforts et des budgets. Une politique gouvernementale serait certainement plus efficace que des plans d'action interministériels. La politique révisée devrait être endossée par le gouvernement et signée par le premier ministre.

3. INTERPELLER L'ENSEMBLE DES ACTEURS DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- En 1992, les médecins ne se sont pas sentis concernés par la Politique de la santé et du bien-être. Si l'on veut se donner une politique qui répond à ce que la population attend, il faut absolument que le milieu médical soit interpellé.
- L'utilisation des trois concepts « prévenir-guérir-soutenir » est intéressante. Elle permet d'intégrer le secteur curatif et ainsi d'interpeller l'ensemble des acteurs du système.
- En mettant l'accent sur les trois fonctions, il faut toutefois faire attention de ne pas reléguer la prévention/promotion au second plan.
- La notion de prévention ne devrait pas se limiter aux actions qui ont la prévention pour objectif premier, on devrait aussi considérer les actions qui ont un effet préventif. Par exemple, le soutien aux proches a un effet préventif, mais c'est vu seulement comme du soutien et non comme de la prévention.
- On dénombre 440 organismes communautaires en Montérégie et certains sont là depuis 40 ans. Jamais on ne cite les documents qu'ils ont produits. Si la prochaine politique pouvait passer le message d'écouter davantage ce que les gens font sur le terrain, notamment les organismes communautaires, ce serait un pas en avant.

4. ORIENTER L'ALLOCATION BUDGÉTAIRE

- Actuellement, il n'y a pas de cadre structurant et les priorités d'allocation budgétaire changent souvent. Il est essentiel que, dans la prochaine politique, on cible des priorités et que les budgets soient alloués en conséquence.
- La Politique de la santé et du bien-être a donné une place importante à la prévention. Cependant, le contexte d'alors et les compressions budgétaires n'ont pas favorisé le développement de ce secteur. De plus, en Montérégie, les CLSC ont subi des compressions importantes. La prochaine politique doit orienter davantage les choix d'allocation de ressources. L'argent ne doit pas aller dans les structures, mais dans les services et interventions.

5. FAVORISER L'INTERSECTORIALITÉ

- De plus en plus de personnes vivent plusieurs problèmes : déficience physique, santé mentale, violence, etc. On ne peut plus travailler les problématiques en vase clos. Il faudrait avoir une vision et des interventions plus globales, mieux intégrées.
- Le réseau de la santé et des services sociaux ne peut lutter seul contre la pauvreté. Toutefois, il peut et il doit apporter sa contribution.
- Des pistes sont proposées pour favoriser l'intersectorialité :

- élaborer des plans d'action intersectoriels ou encore des plans d'action ministériels avec des « ententes intersectorielles » (avec d'autres secteurs) afin de soutenir l'action à l'échelle locale;
 - confier un rôle de « surveillance » à l'Institut national de santé publique relativement à la santé et au bien-être, notamment pour les différents gestes posés par les autres ministères et organismes;
 - signer des ententes-cadres entre les ministères et les centres régionaux de développement;
 - prévoir des incitatifs financiers afin de favoriser le travail intersectoriel;
 - réunir le financement provenant de plusieurs sources autour de projets intersectoriels (ex. : les services aux enfants handicapés – entente MSSS-MEQ).
- Il faudrait réduire le nombre de tables intersectorielles, viser l'intégration des problématiques en fonction d'une vision plutôt que la multiplication. Cette approche permettrait de décroiser les silos actuels.
 - Pour le représentant du CRD, nous sommes encore au début de quelque chose. Il faut adopter une vision et élaborer des mécanismes pour soutenir le développement social. Il faut surtout apprendre à travailler ensemble. Travailler en intersectoriel de façon efficace est un défi. C'est justement le mandat du CRD de travailler dans une optique multisectorielle. Actuellement, en Montérégie, les ententes-cadres qui ont été signées portent sur le développement social, économique et international, et sur le développement des connaissances; quatre commissions réunissent des intervenants du milieu et des ministères. C'est un lieu de convergence. On y développe aussi des ententes spécifiques avec certains ministères pour réaliser des projets avec des ressources définies. Le CRD a signé, à ce jour, une douzaine d'ententes spécifiques.

6. RÉVISER LES STRATÉGIES

Les stratégies devraient être révisées en tenant compte des commentaires suivants :

- « Agir pour et avec les clientèles vulnérables » : ces clientèles sont ciblées par les divers programmes. Il faut toutefois veiller à préserver l'universalité des services.
- « Orienter le système de santé et de services sociaux vers les solutions les plus efficaces et les moins coûteuses » : la logique même du réseau ne va pas dans ce sens; notre organisation d'ensemble n'est pas fondée sur la recherche de l'efficacité, il suffit de voir les budgets toujours plus importants alloués aux services spécialisés. La politique révisée devrait prévoir des leviers d'action pour améliorer notre performance d'ensemble.

Il y a des solutions en émergence, des solutions novatrices qui doivent faire partie de la prochaine politique. Cependant, il faut aussi évaluer ce qu'on fait. Par exemple, quand on démontre qu'une intervention qu'on fait depuis longtemps n'est pas efficace, on rencontre de la résistance à la changer ou à la supprimer.

- « Soutenir les milieux de vie et développer des environnements sains et sécuritaires » : cette stratégie n'a pas pu être adoptée par les CLSC. Il faut leur donner les moyens de développer le côté « social » et de faire de la prévention/promotion, ce qui permettrait de réduire les coûts en bout de ligne.

7. ÊTRE SUIVIE

- Un plan de dix ans, n'est-ce pas un peu long? On devrait réviser la prochaine politique tous les cinq ans comme le Programme national de santé publique, tout en maintenant sa portée à dix ans.
- La reddition de comptes doit être conséquente avec la politique renouvelée. Il faut mieux définir et mieux choisir nos indicateurs.
- La Régie régionale n'a pas été un leader de la Politique, pas plus qu'elle n'a été un leader pour le développement social. La prochaine politique doit être davantage portée par l'échelon régional.
- Il faut déterminer qui est visé par la prochaine politique de la santé et du bien-être, qui en est imputable et de quelle façon.

8. FAIRE UNE PLACE PLUS IMPORTANTE AU SOCIAL

- La Politique faisait une place importante au social, mais c'est un constat d'échec : la situation a empiré (ex. : la violence faite aux femmes est souvent vue du point de vue médical). La Politique de la santé et du bien-être n'a pas permis une amélioration de certaines problématiques sociales. La situation s'est même parfois détériorée. La prochaine politique doit tirer des leçons de cette expérience.

9. PRENDRE EN COMPTE LES DIFFÉRENCES SELON LES SEXES

- Du côté des groupes de femmes, la Politique a été bien accueillie, car on y relevait une approche différenciée selon les sexes. Cependant, sur le plan de l'application, on a constaté peu de changements. Il faut espérer que la prochaine politique aura cette fois une influence déterminante.

10. ÊTRE PLUS CONCRÈTE

- Beaucoup d'intervenants, dont ceux des CLSC, ne voyaient pas comment utiliser de façon concrète la Politique. La prochaine politique doit être plus structurante afin que les intervenants puissent voir son application concrète.
- Une politique plus concrète pourrait être mieux diffusée dans la population, qui serait ainsi en mesure de se l'approprier davantage.

H. A.
A. J.

ANNEXE A

Questions aux participantes et participants (1^{re} partie)

Partie évaluative

1. Dans quelle mesure la Politique de la santé et du bien 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?
 - au plan régional et au 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?

Questions aux participantes et participants (2^e partie)

Partie prospective

La nature et la portée de la politique, au niveau national

1. La nouvelle politique de la santé et du bien-être, à l'instar de celle de 1992, devrait-elle privilégier les actions de prévention et de promotion ou plutôt s'articuler autour des trois fonctions suivantes : prévenir, guérir, soutenir (soigner, aider, accompagner, etc.)?
2. La politique devrait-elle aborder la santé et le bien-être selon une perspective sociale, intersectorielle ou plutôt se centrer davantage sur les interventions du secteur de la santé et des services sociaux?

La mobilisation aux niveaux régional et local

3. Qu'est-ce que vous attendez d'une politique de la santé et du bien-être dans votre milieu? Quels mécanismes devrait mettre en place la politique pour vous aider à mieux agir sur les problématiques de santé et de bien-être les plus importantes, dans votre région ou votre territoire?
4. Quel rôle devraient avoir les régies, les établissements et les organismes dans l'implantation de la politique de la santé et du bien-être?
5. Comment le ministère pourrait-il appuyer les niveaux local et régional pour qu'ils remplissent pleinement leur rôle?

ANNEXE B

LISTE DES PARTICIPANTES ET PARTICIPANTS AUX JOURNÉES DE CONSULTATIONS RÉGIONALES

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

Renouvellement de la Politique de la santé et du bien-être
Consultations régionales

Murielle Brasset	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
Louisette 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

Renouvellement de la Politique de la santé et du bien-être
Consultations régionales

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 Beaunoyer	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 multicientèles 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

Renouvellement de la Politique de la santé et du bien-être
Consultations régionales

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

Madeleine 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

Renouvellement de la Politique de la santé et du bien-être
Consultations régionales

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

Renouvellement de la Politique de la santé et du bien-être
Consultations régionales

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

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

M. Leblanc	Table régionale des organismes communautaires et bénévoles de la Montérégie (TROC – M)
Jean Lessard	CLSC-CHSLD des Patriotes
Bertrand Loiselle	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.

www.msss.gouv.qc.ca