

ANNEXES

ANNEXE 1
DÉTAIL DES THÈMES ABORDÉS
DANS LES SIX GRANDES STRATÉGIES
DE LA POLITIQUE

**DÉTAIL DES THÈMES ET SOUS-THÈMES ABORDÉS
DANS LES SIX GRANDES STRATÉGIES DE LA POLITIQUE**

**1^{RE} STRATÉGIE : FAVORISER LE RENFORCEMENT DU POTENTIEL
DES PERSONNES**

LES FACTEURS BIOLOGIQUES

Mieux comprendre les mécanismes biologiques et leurs interactions avec les autres déterminants

Respecter des exigences éthiques, sociales, scientifiques et juridiques dans le développement et l'utilisation des connaissances

LES HABITUDES DE VIE ET LES COMPORTEMENTS LIÉS À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE

Réduire la consommation de tabac

Favoriser une alimentation suffisante et équilibrée

Augmenter la pratique régulière de l'activité physique

Favoriser une sexualité saine et responsable

Poursuivre la sensibilisation à de saines habitudes de vie

LES CAPACITÉS PSYCHOLOGIQUES ET SOCIALES

Renforcer les capacités psychologiques et sociales

**2^E STRATÉGIE : SOUTENIR LES MILIEUX DE VIE ET DÉVELOPPER DES
ENVIRONNEMENTS SAINS ET SÉCURITAIRES**

LES MILIEUX DE VIE

Soutenir le milieu familial

Soutenir le milieu scolaire

Soutenir le milieu de travail

L'ENVIRONNEMENT SOCIAL

Renforcer le réseau social

Favoriser une plus grande équité dans les rapports sociaux entre les hommes et les femmes

L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

Promouvoir la sécurité de l'environnement physique

3^E STRATÉGIE : AMÉLIORER LES CONDITIONS DE VIE

LE REVENU

S'attaquer au problème de l'insuffisance de revenu

LA SCOLARISATION

Augmenter la diplomation chez les jeunes du secondaire selon l'objectif fixé par le ministre de l'Éducation

LE LOGEMENT

Améliorer l'accessibilité au logement à prix modique afin de réduire le nombre des ménages qui consacrent plus de 30 % de leur revenu au logement

L'EMPLOI

Accentuer la création d'emplois stables et améliorer l'accès au marché du travail

4^E STRATÉGIE : AGIR POUR ET AVEC LES GROUPES VULNÉRABLES

Cette stratégie n'est pas divisée en thèmes spécifiques. Elle présente plutôt les groupes vulnérables sur le plan individuel, sur le plan familial et sur le plan des communautés. Les groupes considérés comme vulnérables sont :

- les jeunes de milieu défavorisé;
- les femmes âgées défavorisées et qui vivent seules;
- les personnes qui ont une incapacité modérée ou grave;
- les familles avec enfant qui vivent une situation de violence;
- les familles monoparentales à faible revenu;
- les populations récemment immigrées;
- les communautés autochtones;

- les populations des quartiers défavorisés, des villes de ressources et de plusieurs villages de l'arrière-pays.

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

LES INTERVENTIONS DES POUVOIRS PUBLICS

Harmoniser les politiques publiques

LE DYNAMISME LOCAL ET RÉGIONAL

Miser sur le dynamisme local et régional

6^E STRATÉGIE : ORIENTER LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX VERS LES SOLUTIONS LES PLUS EFFICACES ET LES MOINS COÛTEUSES

LA CONCEPTION DES PROGRAMMES ET LA RÉGIONALISATION DES SERVICES

Organiser et gérer les interventions en fonction des clientèles à rejoindre et des problèmes à résoudre

Accentuer les activités de prévention et de promotion de la santé et du bien-être

Accroître et consolider l'accessibilité aux services de base

LA RÉPARTITION ÉQUITABLE DES RESSOURCES

L'ÉVALUATION

MONITORER LES ACTIVITÉS ET ÉVALUER LES INTERVENTIONS

L'IMPLANTATION ET LE DÉVELOPPEMENT DE LA POLITIQUE

L'implantation de la Politique

Le développement des connaissances

Le développement des ressources humaines

Le développement continu de la Politique

ANNEXE 2
DEVIS PRÉLIMINAIRE D'ÉVALUATION

**ÉVALUATION D'IMPLANTATION DE LA PSBE
DANS LE CADRE DES TRAVAUX DE RENOUVELLEMENT DE LA PSBE**

DEVIS PRÉLIMINAIRE

**Service de l'évaluation
Direction générale de la planification stratégique et de l'évaluation**

20 septembre 2001

Contexte

Dans le cadre des travaux entourant le renouvellement de la PSBE, le plan d'action ministériel prévoit la réalisation d'un « Bilan de la politique de santé et de bien-être (1992) incluant l'atteinte des objectifs, l'évaluation de l'implantation ». Le Service des politiques et orientations stratégiques (SPOS) a adressé à la Direction de l'évaluation, de la recherche et de l'innovation une demande de collaboration portant sur les trois aspects suivants :

- a) Établir quelle a été la portée de l'approche par objectifs et stratégies qui caractérise la PSBE de 1992, en vue d'évaluer l'opportunité de maintenir cette approche dans l'élaboration de la future politique ;
- b) Évaluer dans quelle mesure la PSBE a donné lieu à des actions précises au plan national et régional, et en quoi les stratégies et objectifs ont influencé :
 - les politiques, plans d'action et programmes du MSSS et des régions
 - l'organisation des services
 - l'allocation des ressources
 - la rechercheet ce, en distinguant les retombées observées dans le domaine de la santé et dans le domaine social ;
- c) Collaborer à l'élaboration d'un plan d'évaluation de la prochaine PSBE.

Mandat

En vue de contribuer aux travaux de révision de la PSBE, nous décrivons succinctement ci-après les travaux que le Service d'évaluation prévoit réaliser afin de répondre aux deux premières demandes du Service des politiques et orientations stratégiques, en collaboration étroite avec ce dernier et avec la collaboration du Service des études et analyses pour certains aspects spécifiques.

Quant à la troisième demande portant sur le plan d'évaluation de la future politique, le Service de l'évaluation se propose d'apporter toute la collaboration qui sera requise ; le calendrier et les modalités de développement de cette démarche pourront être définis de façon plus précise au cours de l'automne, en lien avec le calendrier et les modalités d'élaboration de la nouvelle politique.

Principaux volets du mandat d'évaluation

- Volet 1** Évaluation des effets de la structure actuelle de la PSBE (objectifs, voies d'action, stratégies) sur la mobilisation du réseau au niveau régional.
- Volet 2** Évaluation du processus de mise en oeuvre de la PSBE au niveau national et régional.

Volet 3 Évaluation du degré d'implantation de la PSBE dans les actions du réseau au niveau national et régional.

VOLET 1 ÉVALUATION DES EFFETS DE LA <u>STRUCTURE ACTUELLE</u> DE LA PSBE (OBJECTIFS, VOIES D'ACTION, STRATÉGIES) SUR LA MOBILISATION DU RÉSEAU AU NIVEAU RÉGIONAL
--

OBJECTIF

Décrire les avantages et les limites observées de l'approche actuelle qui a consisté à identifier des problèmes sociaux et de santé prioritaires et à fixer des objectifs de résultats mesurables, accompagnés de six grandes stratégies ; ceci afin d'éclairer l'approche à privilégier pour la future politique

DÉMARCHE PRÉVUE

- ◆ Démarche intégrée aux consultations préliminaires de l'automne (mandat # 1) et partage continu des informations avec l'équipe du SPOS.
- ◆ Échanges avec les participants qui seront rejoints dans le cadre de ces consultations dans chacune des régions (entrevues de groupe semi-dirigées).
- ◆ Version préliminaire des questions à soumettre aux participants prête pour pré-tests.
- ◆ Analyse du résultat des échanges, traitement spécifique à prévoir pour le secteur social et le secteur santé.
- ◆ Recommandations à élaborer en collaboration avec le SPOS.

ÉCHÉANCIER

Recommandations à transmettre dès la fin de la tournée - décembre 2001.

VOLET 2	ÉVALUATION DU PROCESSUS DE MISE EN OEUVRE DE LA PSBE AU NIVEAU NATIONAL ET RÉGIONAL
----------------	--

OBJECTIFS

- a) Rendre compte des mécanismes d'implantation et de suivi utilisés par le MSSS et les régions régionales pour favoriser la mise en oeuvre de la PSBE.
- b) Produire des analyses qui contribueront à l'évaluation du degré d'atteinte des objectifs de la PSBE.
- c) Identifier des pistes en vue de planifier la mise en œuvre de la future politique.

DÉMARCHES PRÉVUES

- ◆ Décrire et analyser les mécanismes d'implantation, de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre de la PSBE mis en place par le Ministère et par les régions régionales, à partir :
 - de la documentation existante,
 - des échanges lors de la consultation régionale
 - d'une consultation interne au Ministère

COLLABORATIONS

Résultats à partager avec l'équipe du SPOS et de l'INSP en soutien aux travaux portant sur le bilan de l'atteinte des objectifs (mandat # 4)

ÉCHÉANCIER

Collecte documentaire et consultations à l'automne, analyse et validation janvier-février, les résultats seront intégrés au bilan d'implantation déposé en mars 2002

VOLET 3	ÉVALUATION DU DEGRÉ D'IMPLANTATION DE LA PSBE DANS LES ACTIONS DU RÉSEAU AU NIVEAU NATIONAL ET RÉGIONAL
----------------	--

OBJECTIFS

Évaluer dans quelle mesure la PSBE a permis d'orienter les efforts du réseau vers l'atteinte des objectifs ; analyser son influence sur les actions posées par le Ministère et les régies au plan des politiques et programmes, de l'organisation des services, de l'allocation des ressources, du soutien à la recherche.

DÉMARCHES PRÉVUES

- ◆ Démarche à réaliser en collaboration étroite avec le SPOS, (en particulier pour la consultation régionale et pour la consultation interne au MSSS) et sur la base du partage continu des informations.
- ◆ Échanges avec les participants aux consultations préliminaires.
- ◆ Analyse des principaux documents de planification et de reddition de comptes du Ministère et des régies (rapports annuels, plans d'action pour la mise en œuvre de la PSBE, plans d'action pour la mise en œuvre de la PSBE, plans de transformation 1995-1998, plans de consolidation 1998-2001).
- ◆ Mise à profit des travaux du Conseil de la santé et du bien-être, ainsi que du suivi des Priorités nationales de santé publique.
- ◆ Analyses spécifiques à produire en fonction des grands secteurs (santé, social), des niveaux de responsabilité (national, régional, local s'il y a lieu), de la période d'implantation (92-95 et après la transformation).
- ◆ Autres stratégies à déterminer lors du devis final (novembre 2001), pouvant inclure d'autres consultations, entrevues, collecte d'information supplémentaire, sondage en ligne auprès du réseau, etc.).
- ◆ Validation de l'analyse auprès des régies et à l'intérieur du Ministère.
- ◆ Un rapport intégral de l'évaluation sera déposé à la DGPSÉ et les principaux résultats seront présentés plus succinctement dans le texte de la future politique.

COLLABORATIONS

- ◆ Pour l'aspect allocation des ressources : collaboration du Service de l'allocation des ressources (à vérifier).

- ◆ Pour l'aspect soutien à la recherche : collaboration du Service des études et analyses.
- ◆ Pour l'ensemble, collaboration du CSBE (à préciser lors de la rencontre du 2 octobre 2001),
- ◆ Ouverture à faire aux régions régionales lors de la collecte documentaire, dans le cas où certaines régions souhaiteraient disposer d'un certain délai pour mettre à jour un document produit au préalable (ex. rapport d'étape, état de situation, bilan ou évaluation) ou produire un nouveau document faisant état de leur propre analyse de l'implantation de la PSBE dans leur territoire.

ÉCHÉANCIER

1. Phase qualitative et collecte documentaire à l'automne 2001.
2. Démarches complémentaires, analyses et validation janvier-février 2002, rapport interne mars 2002.

LD
19/09/01

ANNEXE 3
PLAN DE MISE EN ŒUVRE
DE LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE – AN 1

**PLAN DE MISE EN OEUVRE DE LA
POLITIQUE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE**

AN 1

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DÉCEMBRE 1992

Introduction

La politique de la santé et du bien-être s'inscrit en continuité de la réforme des services de santé et des services sociaux et constitue l'aboutissement d'une longue réflexion sur le devenir de la santé et du bien-être des Québécois et des Québécoises.

Nous dépensons annuellement près de 13 milliards de dollars en services de santé et en services sociaux, le tiers du budget de l'État Québécois. Compte tenu du vieillissement de la population, de l'apport de technologies de plus en plus sophistiquées et l'émergence de nouveaux problèmes, cette proportion est appelée à croître à moins que ne soient pris un certain nombre de virages à la fois du côté de la réduction des problèmes auxquels nous faisons face ainsi qu'à la faveur d'une réorientation de l'ensemble du réseau de services vers les solutions les plus efficaces.

La politique de la santé et du bien-être a pour objet :

1. d'orienter l'activité du système de santé et des services sociaux en fonction d'objectifs de résultats visant la réduction des principaux problèmes sociaux et de santé ;
2. d'agir sur les causes communes qui sont à l'origine de ces problèmes ;
3. de diriger le maximum d'efforts vers les groupes de population les plus vulnérables ;
4. de privilégier les solutions les plus efficaces pour améliorer la santé et le bien-être de la population.

La politique de la santé et du bien-être constitue une réponse aux deux questions suivantes :

- **quels sont les choix qui offrent les meilleures possibilités aux individus et à la collectivité d'améliorer leur santé et leur bien-être ?**
- **comment orienter l'action du système de service afin d'agir efficacement pour prévenir et réduire les problèmes ?**

Elle met donc de l'avant une double perspective : un nouveau déploiement des ressources du système de services ; la mise à contribution de l'ensemble des secteurs de la vie collective.

L'introduction d'objectifs de résultats dans le système de santé et des services sociaux constitue un apport majeur de la politique de la santé et du bien-être qui doit maintenant être partagé par l'ensemble des acteurs du système. Il s'agit là également d'un instrument essentiel de la gestion par programmes. Ainsi, plutôt que de poser le problème en termes de quantité de services à procurer ou de ressources à pourvoir, sont signifiés les bénéfices escomptés en termes d'amélioration de la santé et du bien-être de la population sur une période de dix ans.

Parce que les problèmes ont des causes communes et qu'ils sont concentrés auprès de populations précises, les moyens qu'impliquent la rencontre de chacun des objectifs convergent autour de six grandes catégories :

- Favoriser le renforcement du potentiel des personnes ;
- Soutenir les milieux de vie et développer des environnements sains et sécuritaires ;
- Améliorer les conditions de vie ;
- Agir pour et avec les groupes vulnérables ;
- Harmoniser les politiques publiques et les actions en faveur de la santé et du bien-être ;
- Orienter le système de santé et de services sociaux vers les solutions les plus efficaces et les moins coûteuses.

Le présent plan de mise en œuvre de la politique de la santé et du bien-être est présenté sous forme de tableaux qui identifient des actions structurantes à réaliser d'abord d'ici juin 1993, et ensuite d'ici 1995, 1998 et 2001.

Ces actions structurantes visent essentiellement trois objectifs qui sont : **la sensibilisation et la mobilisation des acteurs, la mise en œuvre des engagements ministériels et le suivi et la mise à jour de la politique.**

Le plan situe également l'action à trois niveaux soit les niveaux régional, ministériel et gouvernemental.

Le premier volet du plan d'action porte sur la sensibilisation et la mobilisation des acteurs autour des objectifs et des stratégies proposés par la politique.

Les mesures identifiées permettront que les changements majeurs préconisés par la politique soient bien intégrés et de façon particulière :

- la gestion par résultat en terme de réduction de problèmes de santé et de bien-être de la population ;
- l'action en amont et le choix des interventions les plus efficaces ;
- l'action intersectorielle.

Le Ministère doit aussi s'assurer que ses partenaires gouvernementaux s'impliquent dans cette démarche.

Le deuxième volet concerne la mise en œuvre des engagements énoncés dans la politique par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Les mesures proposées sont des actions structurantes impliquant à la fois les régies régionales, les directions du Ministère et le Gouvernement afin que tous et chacun s'impliquent immédiatement dans l'actualisation de la politique.

D'ici juin 1993 :

- **Au niveau régional**, la priorité est l'élaboration du plan d'action.
- **Au Ministère**, les défis majeurs au cours de cette période porteront sur trois priorités :
 - la finalisation de la définition et du cadre d'application de la gestion par programmes ;
 - l'évaluation et le suivi des résultats ;
 - l'intégration aux différents programmes des stratégies d'actions en amont et de l'action intersectorielle.
- **Au plan gouvernemental**, les premières priorités à actualiser sont :
 - l'implantation du Conseil de la santé et du bien-être ;
 - l'adoption d'un plan d'action intersectoriel pour la réduction de la pauvreté.

Le troisième volet traite du suivi et de la mise à jour de la politique. Y sont présentées les mesures qui permettront au Ministère :

- d'assurer le suivi de ses engagements ;
- d'assurer le suivi de l'évolution de l'état de santé et de bien-être de la population ;

ainsi que les mesures qui permettront aux régies et au Ministère :

- de rendre compte des progrès réalisés ;
- d'informer la population.

La participation active de toutes les directions du Ministère concernées par la réalisation des engagements ministériels est une condition de succès de la réalisation de la politique.

Au cours des prochains mois, les directions-programmes auront à préciser les actions qu'elles prévoient être en mesure de prendre d'ici juin 1993 et à plus long terme pour la réalisation des engagements ministériels. Le deuxième tableau qui présente les actions prévues d'ici les années 1995, 1998 et 2001 pourra être complété à la lumière des résultats de cette démarche.

Soulignons finalement que le forum national sur la politique de la santé et du bien-être, une mesure qui concerne tout autant la sensibilisation et la mobilisation des acteurs que le suivi et la mise à jour de la politique de la santé et du bien-être, se tiendra tous les trois ans d'ici l'an 2002. Cet événement permettra d'évaluer les progrès réalisés, de partager les connaissances, de faire état des expériences vécues dans différents milieux et d'informer la population. Cet outil de réflexion sur l'impact de la politique facilitera le processus de révision de la politique de la santé et du bien-être.

D'ICI JUIN 1993

D'ICI JUIN 1993			
	NIVEAUX D'INTERVENTION		
OBJECTIFS	RÉGIONAL	MINISTÉRIEL	GOVERNEMENTAL
Sensibilisation et mobilisation des acteurs	<ul style="list-style-type: none"> • Tenue d'activités de sensibilisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Tenue de séminaires interdirectionnels • Campagne publique de sensibilisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Présentations
Mise en œuvre des engagements ministériels	<ul style="list-style-type: none"> • Identification des priorités régionales et élaboration d'un plan d'action • Répartition intrarégionale des ressources en fonction des besoins des populations à desservir et des caractéristiques des populations en tenant compte du critère d'allocation d'un minimum de 20 % des budgets de développement à des activités de prévention et de promotion de la santé et du bien-être 	<ul style="list-style-type: none"> • Identification par les directions générales du Ministère des engagements à réaliser en priorité • Parachèvement de la définition et du cadre d'application de la gestion par programmes • Détermination des enveloppes régionales par champs d'activités et par programme en fonction des bassins de population à desservir et des caractéristiques des populations 	<ul style="list-style-type: none"> • Adoption d'un plan d'action intersectoriel pour la réduction de la pauvreté • Implantation du Conseil de la santé et du bien-être
		<ul style="list-style-type: none"> • Consolidation des services de première ligne • Allocation d'un minimum de 20 % de l'ensemble des budgets de développement à des activités de prévention et de promotion de la santé et du bien-être. • Conception et développement de systèmes d'information « clientèle » et « population » en fonction des champs d'activités et des programmes (identification des sous-systèmes) • Identification par le CQRS et le FRSQ de nouvelles priorités de recherche découlant de la politique (plan triennal) 	

D'ICI JUIN 1993

D'ICI JUIN 1993			
	NIVEAUX D'INTERVENTION		
OBJECTIFS	RÉGIONAL	MINISTÉRIEL	GOVERNEMENTAL
Suivi et mise à jour	<ul style="list-style-type: none">• Rapport annuel au Ministère• Mise en place d'un mécanisme de concertation MSSS-Régies régionales	<ul style="list-style-type: none">• Création d'un comité interdirectionnel chargé d'assurer le suivi du plan d'action et de préparer le rapport que le ministre doit déposer à la Commission parlementaire des affaires sociales• Développement d'indicateurs de l'état de santé et de bien-être de la population• Réalisation de l'enquête de 1992 et consolidation de Santé Québec	

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

ANNEXE 4
LETTRE DU MINISTRE MARC-YVAN CÔTÉ
AUX PRÉSIDENTS ET PRÉSIDENTES
DES RÉGIES RÉGIONALES (1992)



Le ministre de la Santé et des Services sociaux;
responsable de la Condition des aînés

Québec, le 15 décembre 1992

Monsieur Arthur Bélanger
Président
Régie régionale de la santé et des
services sociaux Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine
C.P. 120
HAVRE DE GASPÉ (Québec)
GOC 1S0

Monsieur le Président,

En juin dernier, je rendais publique la Politique de la santé et
du bien-être.

Par cette Politique, j'énonçais les objectifs et les stratégies
d'action qui nous permettront de nous attaquer efficacement aux
problèmes sociaux et de santé affectant le plus la population
québécoise. Qu'il s'agisse de problèmes d'adaptation sociale,
d'intégration sociale, de santé physique, de santé mentale ou de
santé publique, il nous faut retenir les choix qui offrent les
meilleures possibilités aux individus et aux groupes d'améliorer
leur santé et leur bien-être et orienter le système de services
afin de prévenir et de réduire véritablement ces problèmes.

J'affirmais aussi que la réalisation des choix énoncés par la
Politique repose sur un engagement profond et constant qu'il
incombe à tous et à toutes de prendre. Afin d'implanter et de
développer la Politique, je mise sur la participation de la
population, des membres des conseils d'administration, des
gestionnaires et des intervenants des établissements et organismes
de services de santé et de services sociaux, des personnes des
milieux de l'enseignement et de la recherche ainsi que de
collaborateurs de secteurs d'activités connexes.

Convaincu que la mise en oeuvre de la Politique repose largement
sur les dynamismes régionaux, j'ai confié aux Régies régionales
le mandat suivant :

.../2

/2

traduire les objectifs et les stratégies de la Politique en fonction, d'une part, des caractéristiques socio-sanitaires de la population de leur région et, d'autre part, du résultat visé pour l'ensemble du Québec;

mettre en œuvre un plan d'action pour rencontrer les objectifs et les stratégies fixés en concertation avec les établissements et organismes du milieu. Ce plan doit être approuvé par l'assemblée régionale et révisé tous les trois ans.

Compte tenu de l'ampleur des changements annoncés et de leur importance pour l'avenir de la société québécoise, il importe que toutes les régions du Québec orientent dès maintenant leurs actions dans la direction préconisée par la Politique. C'est pourquoi j'invite la Régie de la santé et des services sociaux de votre région à procéder dans les meilleurs délais aux étapes nécessaires à la réalisation du plan d'action régional pour la mise en œuvre de la Politique de la santé et du bien-être et à me soumettre ce plan d'action, d'ici la fin de l'année 1993, suite à son approbation par l'assemblée régionale.

D'ici là, je vous assure de l'engagement du Ministère en vue de réaliser dès cette première année un ensemble d'actions structurantes essentielles à la mise en œuvre de la Politique, tel que l'illustre le document joint à la présente. Je vous assure également de notre collaboration entière à la réalisation de ce mandat régional majeur afin d'axer véritablement le système sur les résultats à atteindre pour la santé et le mieux-être des citoyens et citoyennes du Québec.

Veillez agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Le ministre,



Marc-Yvan Côté

ANNEXE 5
RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL
MSSS-RÉGIES RÉGIONALES
SUR LA MISE EN ŒUVRE
DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE :
LE BIEN LIVRABLE RELATIVEMENT AUX PRIORITÉS
ET LE PLAN D'ACTION RÉGIONAL

**RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL MSSS-RÉGIES RÉGIONALES
SUR LA MISE EN ŒUVRE DE LA
POLITIQUE DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE :
LE BIEN LIVRABLE RELATIVEMENT AUX PRIORITÉS
ET LE PLAN D'ACTION RÉGIONAL**

Version d'avril 1993

INTRODUCTION

En décembre 1992, la Direction générale de la planification et de l'évaluation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) déposait à la Table des directeurs généraux de la Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux le plan de mise en œuvre de la Politique de santé et de bien-être. Plusieurs mandats sont dévolus aux régies régionales de la santé et des services sociaux (régies régionales) ; entre autres, les régies régionales doivent identifier les priorités régionales et élaborer un plan d'action régional pour la mise en œuvre de la Politique et ce d'ici la fin de décembre 1993. Dans le cadre de leurs discussions, les deux parties s'entendent pour amorcer une démarche conjointe, afin de clarifier les attentes du MSSS, vis-à-vis les régies régionales et pour définir les objets et les mécanismes de collaboration à mettre en place.

Une première rencontre entre le MSSS et les régies régionales a eu lieu le 2 février dernier. Les personnes présentes se sont entendues sur la nécessité d'une concertation soutenue entre le MSSS et les régies régionales dans la mise en œuvre de la Politique de santé et de bien-être, ainsi que d'échanges sur les arrimages nécessaires. À ce moment, le dossier est référé à la Table des directeurs de Planification, Recherche et Évaluation de la Conférence des régies régionales, à laquelle seront présents les responsables régionaux du suivi de la Politique de santé et de bien-être. Cette table servirait d'interlocuteur avec la Direction générale de la planification et de l'évaluation. Lors de la réunion du 24 février dernier, les responsables ont fait le point sur ce dossier. Il fut alors convenu que la première étape consisterait à définir avec le MSSS le bien livrable que sera ce plan d'action régional. Pour ce, un groupe de travail a été formé :

Des régies régionales :	Carmen V. Boucher, Régie 08 André Garon, Conférence des régies rég. Jocelyne Juneau, Région 16 Pierre Laflamme, Région 02 André Lussier, Région 07
Du MSSS :	Marc-André Maranda, Direction de la planification Cécile Richard, Direction de la planification

Ce groupe de travail s'est réuni à deux reprises. Le présent document constitue son rapport. À la lumière des visions partagées par le MSSS et les régies régionales, le groupe de travail a tenté d'identifier un contenu de base qui devrait permettre l'émergence d'une orientation globale commune, soit l'amélioration de la santé et le bien-être de l'ensemble de la population du Québec, tout en respectant les caractéristiques, particularités et dynamiques propres à chaque région.

1.0 CONTEXTE GÉNÉRAL DU MANDAT DES RÉGIES RÉGIONALES RELATIF À L'ACTUALISATION DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE

1.1 Contexte légal

Dans sa correspondance du 15 décembre dernier à l'intention des régies régionales, le ministre de la Santé et des Services sociaux, Marc-Yvan Côté, réitérait l'importance « ...que toutes les régions du Québec orientent dès maintenant leurs actions dans la direction préconisée par le Politique de santé et de bien-être du Québec. C'est pourquoi j'invite la Régie régionale à procéder dans les meilleurs délais aux étapes nécessaires à la réalisation du plan d'action régional... ». En effet, dans le cadre de la Politique de santé et de bien-être, le ministre confiait aux régies régionales le mandat suivant :

- Traduire les objectifs et les stratégies de la Politique de santé et de bien-être en fonction, d'une part, des caractéristiques sociosanitaires de la population de leur région et, d'autre part, du réseau visé pour l'ensemble du Québec ;
- Mettre en œuvre un plan d'action pour rencontrer les objectifs et les stratégies fixés en concertation avec les établissements et organismes du milieu. Ce plan doit être approuvé par l'Assemblée régionale et révisé tous les trois ans.

Dans la loi c.42 (1991), on retrouve un certain nombre d'articles relatifs aux fonctions des régies régionales de définir des priorités en matière de santé et de bien-être. Le groupe de travail s'est penché sur le contexte légal et a basé sa réflexion sur les articles 340, 346 et 419 de la loi qui précisent le rôle des régies régionales à cet égard, ainsi que la fonction de l'Assemblée régionale d'approuver les priorités régionales en matière de santé et de bien-être que lui soumet la Régie régionale¹⁶⁷.

1.2 Orientations ministérielles

La réorientation du système de santé et de services sociaux vers des objectifs de résultats en matière de maintien et d'amélioration de la santé et du bien-être est l'un des fondements de la Réforme en cours ; il en est de même quant à la reconnaissance et la responsabilisation par les autres secteurs d'activité de la vie collective, de leur rôle quant à l'atteinte de ces objectifs. Cette vision devra se refléter dans l'ensemble des décisions prises et des actions à entreprendre. La Politique de santé et de bien-être est le premier pas à cet égard ; il reste un nombre de pas additionnels à faire. Le choix de priorités régionales et le plan d'action régional s'inscrivent dans un ensemble de mesures qui s'actualiseront au cours des années à venir, dont l'intégration de l'approche par programmes, l'allocation interrégionale et intrarégionale de ressources basée sur l'équité, l'évaluation de l'efficacité des services en fonction d'objectifs de résultats et autres. À cet égard, la signature de protocoles d'entente entre le ministre et chacune des régies ré-

167. Veuillez noter que la distinction dans cet article entre priorités de santé et de bien-être et priorités de services de santé et de services sociaux doit être interprétée avec la plus grande des réserves. À la lumière d'avis de juristes dans le domaine de la santé et des services sociaux, ainsi qu'à la lumière de notre analyse, l'intention du législateur à cet égard était que l'Assemblée régionale approuve les priorités de santé et de bien-être que lui soumet la Régie régionale, tel que précisé à l'article 340.

gionales doit être envisagée comme un moyen pour créer un partenariat en vue de l'atteinte d'objectifs de santé et de bien-être, pour préciser les responsabilités respectives et pour s'assurer d'efforts coordonnés sur les plans provincial et régional.

2.0 PRINCIPES QUANT À L'ACTUALISATION DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE DU QUÉBEC DANS LES RÉGIONS

Le groupe de travail a examiné le mandat dévolu aux régions régionales, soit l'élaboration du plan d'action pour la mise en œuvre de la Politique, à la lumière du contexte général décrit auparavant. Il en est arrivé rapidement à la conclusion que les régions régionales devront adopter une vision assez large dans le cadre de cette démarche. C'est en effet, une dynamique qui doit être créée dans chacune des régions, dynamique qui vise :

- La connaissance de cet outil qu'est la Politique
- L'appropriation par l'ensemble des acteurs locaux et régionaux des fondements de la Politique ;
- Le développement d'un consensus régional sur les cibles prioritaires ;
- La mobilisation sur les plans local, sous-régional et régional vers des actions concertées, ainsi que l'annonce de la réorientation du réseau vers les objectifs de résultats.

Le résultat de cette démarche doit répondre à une interrogation majeure :

« ...De quelle façon la région va-t-elle contribuer au maintien et à l'amélioration de la santé et du bien-être de l'ensemble de la population du Québec à moyen terme (sur un plan de 3 ans) et à plus long terme (d'ici l'an 2000) ? »

Il s'agira, au travers de cette démarche, de créer un mouvement au niveau de la région afin que soit partagée une vision commune de la santé et du bien-être de la population.

Il est clair que chaque région assumera ce mandat de façon très différente, selon :

- Les caractéristiques géographiques, démographiques, socioéconomiques et socio-sanitaires de la région ;
- La dynamique régionale, ainsi que les dynamiques qui prévalent entre les divers paliers local, sous-régional et régional ;
- Le niveau et le mode actuel d'appropriation de la Politique de santé et de bien-être.

Il n'en demeure pas moins que c'est à partir des fondements et des orientations préconisées par la Politique que l'on doit développer une vision partagée par le ministre et les régions.

Chaque région définira donc le contenu des deux volets du mandat, soient :

- Les priorités régionales
- Le plan d'action régional

en fonction de ses particularités et de sa dynamique.

Par priorités régionales, on entend le choix des problèmes de santé et de bien-être jugés prioritaires pour la région, ainsi que les objectifs de santé et de bien-être qui leur sont pertinents. Cette notion pourra aussi inclure les priorités d'action et de recherche en fonction d'un ensemble de problèmes sociosanitaires.

Par plan d'action régional, on entend un outil qui positionne la région face aux stratégies d'action proposées dans la Politique de santé et de bien-être. Il inclura également la démarche d'implantation dudit plan sur le moyen terme (3 ans), et s'il y a lieu, sur le plus long terme.

En effet, à l'égard des priorités régionales, chacune des régions pourra, selon le cas :

Travailler à partir des dix-neuf problématiques priorisées dans la Politique, ou en ajouter un certain nombre qui sont propres à la région ;

Prioriser ou non un certain nombre de problématiques à l'intérieur des possibilités susmentionnées, en vue d'orienter davantage les actions du réseau ou les stratégies intersectorielles en fonction de ces dernières ;

La région pourra préciser les objectifs de résultats visés, à la lumière des objectifs visés dans la Politique de santé et de bien-être ;

Choisir des stratégies d'action et de recherche afin d'agir sur l'ensemble des problèmes ;

Ou décider de se doter de priorités en matière de santé et de bien-être ainsi que de priorités d'action et de recherche.

À l'égard du plan d'action, chacune des régions devra se situer par rapport aux stratégies d'action définies dans la Politique. Il reviendra à chaque région de définir le niveau de détail quant aux stratégies et moyens d'action proposés, en fonction d'un ensemble de considérations qui lui sont propres. Il s'agira toutefois pour la région de se doter d'un alignement et des orientations d'actions en termes de choix de solutions efficaces pour agir sur les problématiques retenues, autant sur le plan sectoriel qu'intersectoriel, ainsi que de préciser l'impact prévisible de ces orientations sur l'organisation de services de santé et de services sociaux.

3.0 CONTENU DE BASE DU PLAN D'ACTION RÉGIONAL¹⁶⁸

Nonobstant l'importance que le contenu du plan d'action soit précisé en région, avec la participation des partenaires de la Régie régionale, il n'en demeure pas moins qu'un contenu de base devra être commun à l'ensemble des régies régionales. Ceci permettra un meilleur arrimage entre les orientations et les actions sur le plan provincial, et celles sur le plan régional.

168. Notons qu'aux fins de breveté, cette appellation inclut les deux volets définis auparavant, soient les priorités régionales et le plan d'action.

Les éléments suivants devraient être compris dans chaque plan d'action régional :

- État de situation régional des dix-neuf problématiques comprises dans la Politique de santé et de bien-être ;
- État de situation régional des principaux déterminants de la santé et du bien-être qui agissent sur lesdites problématiques ;
- Un portrait des groupes les plus vulnérables dans la région ;
- Le choix, s'il y a lieu, des problèmes socio-sanitaires retenus dans la région comme prioritaires ;
- La définition des objectifs régionaux, en regard des objectifs présentés dans la Politique ;
- Les orientations régionales face aux stratégies d'actions ;
- Et, s'il y a lieu, les priorités d'action et de recherche ;
- Enfin, le processus d'implantation du plan d'action dans la région.

Pour les régies régionales, ce document sera également utile :

- Pour préciser les conditions de réalisation quant à l'implantation optimale de ce plan d'action ;
- En lien avec ce dernier point, pour indiquer les attentes de la région face au MSSS et au gouvernement du Québec, en termes d'initiateur d'actions et de facilitateur de concertation multisectorielle ;
- Pour préciser les arrimages entre le plan d'action régional et les autres orientations privilégiées par la régie régionale ;

Pour le MSSS, ce document sera également utile :

Pour connaître la réalité et avoir la vision globale de chaque région ;

Comme outil pour faire les arrimages requis entre les plans d'action régionaux et les actions sur le plan provincial ;

Pour connaître les attentes des régions face au Ministère quant à leur rôle de mobilisateur des divers secteurs gouvernementaux.

CONCLUSION

Les régies régionales sont maintenant appelées à s'inscrire dans la démarche amorcée par la Politique de santé et de bien-être du Québec. Tel qu'énoncé auparavant, l'identification des priorités régionales et l'élaboration d'un plan d'action n'est qu'une première étape dans une chaîne d'événements et d'activités s'échelonnant sur plusieurs années, et qui visent la réorientation du système de santé et de services sociaux vers des objectifs de résultats, ainsi que la mobilisation des divers secteurs d'activités vers des actions concertées en vue de l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Il est clair que ces priorités et ce plan d'action servent principalement à définir les orientations régionales en matière de santé et de bien-être, orientations qui devront être partagées par les divers acteurs locaux et régionaux et qui devront être approuvés par l'Assemblée régionale. Mais elles serviront comme base de dialogue avec le ministre, en vue d'une approche coordonnée entre les instances provinciales et régionales. D'autre part, ce dialogue pourra éventuellement amener les deux parties à préciser leurs attentes respectives en matière d'actions visant la santé et le bien-être de la population, dans le cadre de la préparation des protocoles d'entente. En lien avec ce dernier, les régies régionales pourront présenter à la Commission parlementaire des Affaires sociales la nature des réalisations dans ce domaine, dans le cadre du rapport qui lui sera soumis sur une base triennale.

Une mise en garde doit toutefois être faite. En effet, les premiers plans d'action (ils doivent être révisés aux trois ans) auront comme principal objet l'appropriation par la région des orientations en matière de santé et de bien-être et la mobilisation des acteurs. Il serait présomptueux d'espérer des résultats tangibles et significatifs en termes de réduction de problèmes au cours de cette période. Il s'agira d'amorcer l'intégration de cette vision dans les actions du réseau et des autres secteurs d'activité.

De l'ensemble de ces discussions, il ressort un élément fondamental : le caractère essentiel de cette démarche, et l'importance que les orientations poursuivies par la Politique de santé et de bien-être s'actualisent dans chacune des régions du Québec.

ANNEXE 6
CADRE D'ANALYSE POUR L'APPROBATION
DES PLANS DE MISE EN ŒUVRE
DE LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE

**CADRE D'ANALYSE
POUR L'APPROBATION DES PLANS DE MISE EN ŒUVRE
DE LA POLITIQUE DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE**

Service des politiques et orientations
Direction de la planification
Juin 1994

DEUX ÉLÉMENTS DE CONTEXTE : LA DÉCENTRALISATION ET LA RÉDUCTION DES ÉCARTS

La décentralisation

Laisse aux régions la marge de manœuvre nécessaire pour s'approprier la PSBE par les plans d'action ;

Permet aux régions de se prendre en main par rapport à la santé et au bien-être de leur population ;

Reconnaît les diversités régionales, les démarches et les choix spécifiques en regard des plans d'action ;

La réduction des écarts de santé bien-être entre les régions

Représente la question de fond de la PSBE ;

Les plans d'action contribuent à la réduction des écarts de santé et de bien-être dans les régions ?

CINQ CRITÈRES D'APPROBATION : LE PROCESSUS, L'IDENTIFICATION DE PRIORITÉS, L'ALLOCATION DES RESSOURCES, L'INTERSECTORIALITÉ, LE VIRAGE PROMOTION-PRÉVENTION

Le processus

Le processus d'élaboration des plans d'action a un effet mobilisateur auprès des acteurs régionaux ?

L'identification de priorités régionales

On arrive à poser les questions autrement ? Ampleur et évolution dans le temps et l'espace, principaux facteurs associés, groupes les plus touchés, intervention et moyens les plus efficaces pour prévenir et réduire le problème.

La démarche permet de donner une direction et une durée pour l'atteinte des résultats ?

L'allocation des ressources

Le plan d'action modifie la répartition des ressources régionales ? On s'oriente vers des transferts de ressources pour une meilleure adéquation besoins - ressources.

L'intersectorialité

Les problèmes ont plusieurs dimensions et leur solution est nécessairement globale. Le système de soins et de services est une réponse parmi d'autres : conditions de vie, environnement physique, milieux de vie, habitudes de vie et comportements, biologie.

Les secteurs municipaux, scolaires, des entreprises ou autres sont présents dans la démarche ?

Le virage promotion prévention

Des éléments du plan d'action permettent de protéger et d'accentuer les actions de promotion et prévention ?

ANNEXE 7
LISTE DES PLANS D'ACTION DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE,
DES PLANS DE TRANSFORMATION ET DES PLANS
DE CONSOLIDATION PAR RÉGION

**LISTE DES PLANS D'ACTION DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE, DES PLANS DE TRANSFORMATION
ET DES PLANS DE CONSOLIDATION PAR RÉGION
(MISE À JOUR LE 17 JUILLET 2003)**

RÉGION	PLAN D'ACTION	PLAN DE TRANSFORMATION	PLAN DE CONSOLIDATION
01 Bas-Saint-Laurent	<i>Mise en œuvre de la Politique de la santé et du bien-être dans le Bas-Saint-Laurent – Plan d'action régional (adopté le 3 mai 1994)</i>	<i>Plan de transformation et d'allocation régionale 1995-1996 (adopté le 31 mai 1995)</i>	<i>Plan d'action 1999-2002 – Plan d'amélioration des services (adopté le 10 mars 1999)</i>
02 Saguenay–Lac-Saint-Jean	<i>Régionalisation de la Politique de la santé et du bien-être – Plan d'action stratégique régional en matière de santé et de bien-être (adopté le 25 mai 1995)</i>	<i>Plan stratégique de transformation du système de santé et de services sociaux de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean 1995-1998 (adopté le 21 décembre 1995)</i>	<i>Plan d'action stratégique 1999-2002 (déposé au C. A. pour adoption le 17 juin 1999)</i> Autres documents disponibles
03 Québec	<i>Plan d'action régional 1995-1998 sur les priorités de santé et de bien-être (adopté le 10 novembre 1994)</i>	<i>Plan triennal de transformation du système régional des services de santé et des services sociaux (adopté par le C. A. le 20 juin 1995)</i>	<i>Plan de consolidation des services 1999-2002 – Consolider l'accès aux services sur une base locale et régionale (adopté les 12 janvier, 25 février et 18 mars 1999)</i>
04 Mauricie et Centre-du-Québec	<i>Les engagements de la région régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie–Bois-Francs 1994-1997 – Le Projet Inter adopté par le C. A. le 13 avril 1994)</i> <i>La santé et le bien-être en Mauricie–Bois-Francs – Stratégies d'action prioritaires 1995-2001 (adopté par le C. A. le 1^{er} février 1995)</i>	<i>Les éléments stratégiques du projet régional de transformation de l'offre de services 1995-1998 – L'amélioration des services de santé et des services sociaux aux citoyennes et aux citoyens de la région Mauricie–Bois-Francs (adopté le 23 mai 1995)</i> <i>La transformation du réseau de la santé et des services sociaux en Mauricie–Bois-Francs : décisions 1996 (adopté le 1^{er} mai 1996)</i>	<i>Le plan de consolidation 1999-2002 : une vision d'amélioration continue (adopté par le C. A. le 22 avril 1999)</i>

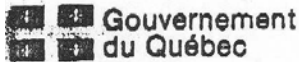
RÉGION	PLAN D'ACTION	PLAN DE TRANSFORMATION	PLAN DE CONSOLIDATION
05 Estrie	<p><i>Les priorités, défis et enjeux en matière de santé et de bien-être pour l'Estrie</i>, Consult-Action 2000 en Estrie (adopté le 22 janvier 1991)</p> <p><i>La santé et le bien-être en Estrie</i>, Direction de la santé publique et Régie régionale de l'Estrie (adopté en juin 1994)</p> <p><i>La politique québécoise de la santé et du bien-être – Suivi 2000 de l'atteinte des objectifs en Estrie</i>, novembre 2001 – Version corrigée, janvier 2002</p>	<p><i>Plan de transformation de la région de l'Estrie : 1994-1998 et Perspective 2001 + annexes</i>, document synthèse réalisé par le MSSS en collaboration avec la Régie régionale, septembre 1996</p> <p>(Le PTR a été adopté par le C. A. le 20 juin 1995 et approuvé par le MSSS en juillet 1995.)</p> <p><i>5 ans de transformation en Estrie – Bilan 1995-2000. Perspectives</i>, juin 2000</p>	<p><i>Plan de consolidation de l'Estrie 1996-2001</i> (adopté par le C. A. le 25 mai 1999)</p>
06 Montréal-Centre	<p><i>Priorités régionales 1995-1998 – Recommandations du Comité de priorités régionales</i> (révisé le 8 décembre 1994)</p> <p><i>Priorités régionales 1995-1998 en matière de santé et de services sociaux – Plan de mise en œuvre</i> (approuvé le 23 mars 1995 par le C. A.)</p>	<p><i>L'organisation des services de santé et des services sociaux sur l'Île de Montréal – Recommandations</i> (approuvé le 27 juin 1995)</p>	<p><i>Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002</i> (adopté le 28 mai 1998)</p>
07 Outaouais	<p><i>Problèmes prioritaires pour l'Outaouais et objectifs de santé et de bien-être d'ici l'an 2002</i> (adopté le 26 septembre 1991)</p> <p><i>Pour améliorer la santé et le bien-être de la population de l'Outaouais – Plan d'action régional 1995-1998 relatif à l'atteinte des priorités régionales de santé et de bien-être</i> (adopté le 25 mai 1995)</p>	<p><i>L'Outaouais à l'ère de l'an 2000 – Plan stratégique régional de la transformation du système 1995-1998</i> (adopté le 4 mai 1995)</p>	<p><i>Planification stratégique régionale de consolidation 1999-2002 – Pour des services accessibles au sein d'un réseau mieux intégré</i> (adopté par le C. A. le 17 décembre 1998)</p>
08 Abitibi-Témisca-	<p><i>Plan d'action global en matière de santé et de bien-être en Abitibi-Témiscamingue</i> (adopté par le C. A. le 28 janvier 1994)</p>	<p><i>Transformation du réseau. Cadre de référence</i> (document final le 20 juin 1995)</p>	<p><i>Plan de consolidation 1998-2002</i> (adopté par le C. A. le 23 mars 1999)</p>

RÉGION	PLAN D'ACTION	PLAN DE TRANSFORMATION	PLAN DE CONSOLIDATION
mingue	<i>Plan d'action détaillé en matière de santé et de bien-être</i> (adopté par le C. A. le 25 août 1994)	<i>Transformation du système de santé et de services sociaux en Abitibi-Témiscamingue 1996-1998</i> (adopté par le C. A. le 19 juin 1996)	
09 Côte-Nord	<i>Orientations en matière de santé et de bien-être pour la région de la Côte-Nord</i> , novembre 1993	<p><i>Cadre de référence pour l'orientation et l'organisation du réseau de services sociosanitaires sur la Côte-Nord</i> (adopté le 9 février 1995)</p> <p><i>Orientations budgétaires et plan d'action en matière de réduction des dépenses pour le réseau de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord de 1995-1996 à 1997-1998</i> (adopté par le C. A. le 19 avril 1995)</p> <p><i>Répartition de la compression 1995-1996 dans chaque municipalité régionale de comté et établissement</i> (adopté le 19 avril 1995)</p>	<i>Plan de consolidation des services de santé et des services sociaux pour la Côte-Nord, 1999-2002</i> (adopté par le C. A. le 4 février 1999)
10 Nord-du-Québec	<i>Régionalisation de la Politique de santé et de bien-être – Objectifs prioritaires et plan d'action 1994-1997</i> , juin 1994 (adopté par le C. A. le 21 juin 1994)	<p><i>Plan stratégique triennal 1995-1998. Virages – Mobilisation – Engagements</i>, avril 1995 (adopté par le C. A. le 27 avril 1995)</p> <p><i>Orientations budgétaires 1995-1996</i>, avril 1995 (adopté par le C. A. le 27 avril 1995)</p>	<i>Le plan de transformation phase II – La consolidation 1999-2002</i> (adopté par le C. A. le 22 juin 1999)

RÉGION	PLAN D'ACTION	PLAN DE TRANSFORMATION	PLAN DE CONSOLIDATION
11 Gaspésie– Îles-de-la- Madeleine	<i>Plan d'action régional Politique de santé et de bien-être – Améliorer la santé et le bien-être de la population gaspésienne et madeleine, une priorité, mars 1996</i>	<i>Plan stratégique triennal de transformation du réseau en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine 1995-1998 (adopté le 28 avril 1995)</i>	<i>Plan de travail 1999-2002 du réseau de la santé et des services sociaux en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine (adopté par le C. A. le 5 mars 1999)</i>
12 Chaudière- Appalaches	<i>La santé et le bien-être dans la région de Chaudière-Appalaches : une question de priorités – Bâtir ensemble une région en santé, 1^{er} trimestre 1994, document de consultation</i> <i>La documentation des problèmes de santé et du bien-être : le Plan d'action régional, octobre 1994</i> <i>Plan d'action régional : les priorités régionales, édition mise à jour, décembre 1994 (adopté octobre 1994 – décembre 1994)</i>	<i>Les services de santé et les services sociaux de Chaudière-Appalaches. À l'heure des choix, 3^e trimestre 1995, document de consultation</i> <i>Les services de santé et les services sociaux de Chaudière-Appalaches. À l'heure des décisions, 3^e trimestre 1995 (adopté le 27 septembre 1995)</i>	<i>Le plan de consolidation 1999-2002 (adopté par le C. A. le 10 février 1999)</i>
13 Laval	<i>Les priorités de santé et de bien-être à Laval : des choix concertés (adopté par le C. A. le 27 octobre 1994)</i> <i>L'actualisation régionale de la Politique de la santé et du bien-être – Un plan d'action lavallois (adopté par le C. A. le 14 mars 1996)</i> <i>La Politique québécoise de santé et de bien-être – Région de Laval – Bilan 2001, document de travail, 27 novembre 2001</i>	<i>Plan d'organisation des services sociaux et de santé 1996-1998 (adopté par le C. A. en juin 1996)</i>	<i>Plan d'organisation des services sociaux et de santé 1998-2002 – Consolider c'est encore et toujours agir (adopté par le C. A. en décembre 1998)</i> <i>Bilan du Plan d'organisation des services sociaux et de santé 1998-2002, mars 2002</i>

RÉGION	PLAN D'ACTION	PLAN DE TRANSFORMATION	PLAN DE CONSOLIDATION
14 Lanaudière	<i>La Politique de la santé et du bien-être. Le plan d'action régional dans Lanaudière 1995-1998</i> (adopté par le C. A. le 16 mai 1995)	<i>Plan de transformation 1995-1998 du réseau de la santé et des services sociaux – Lanaudière à l'heure des changements</i> (adopté par le C. A. le 6 février 1996, modifié le 28 mai et le 29 octobre 1996)	<i>Plan de consolidation de la santé et des services sociaux de la région de Lanaudière 1998-2002</i> (adopté par le C. A. le 1 ^{er} février 1999)
15 Laurentides	<i>Plan d'action régional pour l'amélioration de la santé et du bien-être – Juin 1995. Région des Laurentides</i> (adopté par le C. A. le 14 juin 1995) <i>La mise en œuvre du Plan d'action pour l'amélioration de la santé et du bien-être – Évaluation du programme de financement, rapport final, 8 juin 1998</i>	<i>Plan stratégique de transformation du système de santé et des services sociaux dans les Laurentides 1995-1998</i> (adopté par le C. A. le 3 mai 1995)	<i>Plan de consolidation du réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides 1999-2002 – Les orientations générales. Les interventions auprès des clientèles. Les interventions auprès des populations</i> (adopté par le C. A. le 5 mai 1999)
16 Montérégie	<i>Plan d'action triennal de la Montérégie 1994-1997 sur la Politique de la santé et du bien-être, 23 juin 1994</i> (adopté par le C. A. le 16 juin 1994)	<i>Vers un virage santé et bien-être. Plan stratégique 1995-1998 de la transformation du système – Montérégie, 1995</i> (adopté par le C. A. le 30 mars 1995)	<i>Plan de consolidation des services de santé et des services sociaux en Montérégie 1999-2002</i> (adopté par le C. A. le 18 mars 1999)
17 Nunavik	<i>Pour la santé et le bien-être dans la région de Kativik. Défis et objectifs prioritaires, version révisée en mars 1994</i>	<i>Plan triennal de transformation du système de santé et de services sociaux 1995-1998</i> (adopté par le C. A. le 6 décembre 1995)	Non disponible
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James	Nil	Non disponible	Non disponible

ANNEXE 8
LETTRE DU MINISTRE MARC-YVAN CÔTÉ
AUX RÉGIES RÉGIONALES – NOVEMBRE 1993



Gouvernement
du Québec

Le ministre de la Santé et des Services sociaux;
responsable de la Condition des aînés

Québec, le 4 novembre 1993

Madame la présidente du C.A. de l'établissement
Monsieur le président du C.A. de l'établissement
Leur nom nominal et leurs coordonnées complètes

Madame ou Monsieur,

Comme vous le savez, la Réforme de la santé et des services sociaux, la Politique de la santé et du bien-être et les objectifs budgétaires gouvernementaux sont des éléments qui nous interpellent tous, à titre d'intervenants privilégiés du secteur de la santé et des services sociaux. Ces éléments nous rejoignent d'une façon plus particulière dans l'important processus de changement que cela exige, tant dans nos manières de gérer les ressources que dans celles d'organiser, de dispenser et de financer les services.

Tels sont la raison d'être et l'objectif supérieur du Défi «Qualité-performance» sur lequel je veux, par la présente, attirer votre attention de même que celle des administrateurs et des gestionnaires de votre établissement.

Pour certains, ce titre de Défi «Qualité-performance» peut surprendre et donner à penser qu'il ne s'est rien fait jusqu'à maintenant en matière de qualité et de performance dans le réseau. Ce qui est évidemment faux. Etant à la barre du Ministère depuis plus de quatre ans, j'ai été à même de constater les nombreux efforts faits par les administrateurs, les gestionnaires ainsi que les professionnels et l'ensemble du personnel du réseau pour améliorer la qualité des services et accroître l'efficacité et l'efficience du réseau. La Réforme a d'ailleurs contribué à faciliter la réalisation de ces objectifs en proposant, par exemple, des regroupements d'établissements sous des Conseils d'administration unifiés.

Mais la conjoncture économique, la situation financière du gouvernement, les pressions sans cesse nouvelles sur le système de santé et de services sociaux et la nécessité de le préserver sans faire supporter pour autant un trop lourd fardeau aux générations futures, nous conduisent à pousser encore plus loin cette préoccupation et de faire de l'amélioration de la qualité et de la performance un véritable défi pour tous les intervenants du réseau. Il s'agit de concrétiser l'engagement pris par les nombreux participants lors de la Commission parlementaire sur le financement de la santé et des services sociaux, en faveur de gains à retirer par une plus grande efficacité et efficience.

C'est donc à titre de partenaire qu'il me fait plaisir de vous remettre un exemplaire du «Plan triennal d'orientations 1994-1997», lequel constitue la première étape du Défi «Qualité-Performance».

Au cours des prochaines semaines, ce Plan sera suivi de deux autres documents. Un premier présentera une stratégie d'intervention sur les cibles budgétaires à atteindre et les réductions d'effectifs à réaliser, alors que le second proposera un plan d'action visant à identifier les interventions prioritaires pour les prochaines années.

L'ensemble de cette démarche vise à donner à tous les intervenants du réseau :

- un cadre cohérent et intégré des actions à poser dans la poursuite de la Réforme et dans le respect des objectifs budgétaires du gouvernement et des exigences de la Loi 198;
- une perspective budgétaire et de réalisation sur trois ans;
- et une approche axée sur l'amélioration de nos façons de faire et sur des interventions davantage ciblées plutôt qu'uniformes à tout le monde.

Le Plan triennal d'orientations 1994-1997

Le «Plan triennal» renferme trois parties. La première partie définit la mission générale et clarifie la mission centrale et les rôles stratégiques du Ministère, en plus de présenter les valeurs qui serviront de guide dans les décisions importantes devant être prises dans l'avenir.

La seconde partie décrit les grandes trajectoires, dont le contexte budgétaire, qui marqueront les trois prochaines années et dégage ce qui constituera, pour l'ensemble des intervenants, l'axe autour duquel nos objectifs et priorités d'action devront être articulés, à savoir le défi de la qualité et de la performance dans un contexte socio-budgétaire de plus en plus contraignant et exigeant.

La troisième partie présente le plan triennal d'orientations proprement dit. Elle décrit les trois orientations fondamentales que l'ensemble du secteur devra poursuivre pour la période de 1994 à 1997. Pour chacune de ces grandes orientations, des objectifs stratégiques de gestion et des priorités d'action sont également énoncés.

Le citoyen au coeur du système

L'effort demandé au secteur de la santé et des services sociaux est important; il se traduit par des mesures de rationalisation d'environ 1 milliard de \$ au cours de la période 1994-1997.

Ce montant exclut les mesures prévues à la politique de rémunération. Il inclut toutefois des mesures de révision du panier de services assurés et de contribution des usagers, de même que des mesures découlant de la mise en oeuvre de la Loi 198 relative à la réduction du personnel dans les organismes publics. Ce montant prend également en compte un manque à gagner imputable au ralentissement de la croissance budgétaire ainsi que des montants qui seront réinjectés dans le réseau pour répondre aux nouveaux besoins et aux priorités. Il faudra cependant attendre les budgets annuels pour déterminer ce que signifiera cet enjeu pour votre établissement.

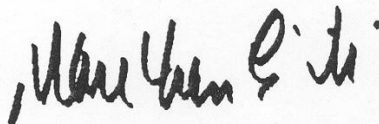
Même s'il implique forcément des choix importants, ce défi vise avant toute chose à préserver et à améliorer la qualité des soins et l'accessibilité aux services directs aux citoyens lesquels, faut-il le rappeler, sont au cœur du système. Ce que propose donc le Défi «Qualité-Performance», c'est d'interroger davantage les services et secteurs en périphérie de cette mission, qu'il s'agisse des services administratifs (paperasse, soutien administratif, achat de biens et de services, communications...) ou encore ceux de support et de soutien, notamment la buanderie et l'alimentation.

Votre Régie régionale de la santé et des services sociaux est étroitement liée à la mise en place et au succès de ce Défi «Qualité-Performance». En effet, j'ai eu l'occasion de discuter et de mettre au point le «Plan triennal 1994-1997» que je vous dépose aujourd'hui, avec l'ensemble des présidentes et des présidents des régies. Il appartiendra dorénavant à votre Régie régionale de vous impliquer dans la mise en œuvre de ce Défi, au cours des prochains mois.

C'est donc dans cette perspective que je vous invite à prendre connaissance du document et à mobiliser l'ensemble des ressources de votre établissement, en vue de réaliser les objectifs du Défi «Qualité-Performance».

Je vous remercie de l'attention que vous porterez à la présente et vous prie d'accepter l'expression de ma meilleure considération.

Le Ministre,



Marc-Yvan Côté

LE DÉFI QUALITÉ-PERFORMANCE ET LES MESURES DE REDUCTION DES DÉPENSES 1994-1995

Les efforts d'amélioration d'efficacité et d'efficacités que le réseau doit faire, tant en 1994-1995 que pour la période triennale 1994-1997, résultent à la fois du Défi Qualité-Performance et des mesures gouvernementales de redressement budgétaire.

1. Le Défi Qualité-Performance

Le Défi Qualité-Performance constitue un Plan stratégique global qui permet au réseau de connaître la direction dans laquelle il doit s'orienter au cours des trois prochaines années, afin de:

- consolider les fondements de la Réforme;
- actualiser la Politique de la santé et du bien-être;
- accroître la performance d'ensemble du système ainsi que de ses diverses composantes.

Dans ce sens, il s'agit pour le réseau d'améliorer ses performances, afin de soutenir la qualité des services, et d'en améliorer, et non d'en réduire, l'accessibilité. Bien que la situation budgétaire commande effectivement de ralentir le rythme de croissance de ses dépenses, le système vise, par le Défi, à réaliser des gains de productivité et des réallocations de ressources que cette situation implique, non pas tant comme une fin en soi, mais comme moyen pour se remodeler dans le sens désiré par les citoyens: "*Des services de qualité, qui donnent des résultats, à meilleur coût*".

Tel que l'illustre le tableau ci-joint, le Défi Qualité-Performance prévoit des améliorations d'efficacité et d'efficacités de 750 M \$ sur trois ans, dont 250 M \$ sont destinés à être réalloués au réseau pour de nouveaux besoins. Ce plan permettra donc de dégager un montant net de 500 M \$ qui sera utilisé comme contribution du Ministère aux équilibres financiers gouvernementaux.

Pour l'année budgétaire 1994-1995, la cible visée est de 200 M \$ d'améliorations d'efficacités et d'efficacité dont 20 M \$ (sur base annuelle) seront retournés au réseau pour des priorités nationales et régionales.

2. Les mesures 1994-1995 de réduction des dépenses

Les mesures de rationalisation budgétaire 1994-1995 totalisent 325,7 M \$ et résultent de l'addition de deux plans:

- a) Un premier plan de réduction des dépenses a été établi en fonction de la cible de réduction de crédits signifiée lors de la Revue des programmes 1994-1995.

Cette cible a amené le Ministère à établir un plan de compression totalisant 200,9 M \$¹, ce qui correspond aux améliorations d'efficacité et d'efficacités prévues au Défi Qualité-Performance (200 M \$).

Ce plan requiert des améliorations d'efficacité et d'efficacités des établissements de 195,9 M \$ dont 156,4 M \$ pour les contraintes que les régies régionales doivent répartir et 39,5 M \$ pour compenser le manque à gagner dû à la non-indexation des dépenses non salariales. Il comprend également des efforts de rationalisation budgétaire de 1,8 M \$ pour les régies régionales elles-mêmes et de 3,2 M \$ pour le Ministère, les associations d'établissements et d'autres organismes.

- b) Un second plan s'est ajouté afin de donner suite à la compression additionnelle transmise après le Discours sur le budget 1994-1995. Pour le Ministère, la compression demandée est de 131,9 M \$ en 1994-1995, dont 62,4 M \$ récurrents (annualisés à 87,4 M \$ récurrents pour 1995-1996).

La ventilation de la compression additionnelle apparaît au tableau ci-joint. Comme on peut le constater, le Ministère a décidé, dans l'actualisation de ces compressions additionnelles, de ne pas ajuster à la hausse la cible budgétaire 1994-1995 déjà signifiée au réseau dans le cadre du Défi Qualité-Performance. Aussi, les mesures retenues dans le deuxième plan de compression résidaient essentiellement en du report des développements et de nouvelles activités, des réductions de l'enveloppe du coût de système santé et du montant de réallocation de ressources ainsi qu'en des disponibilités budgétaires dégagées dans d'autres programmes.

¹ L'écart entre le plan de 200,9 M \$ du Ministère et le montant de 204,2 M \$ de compressions mentionné au Livre des crédits s'explique par la compression de 3,3 M \$ que l'OPHQ doit réaliser.

Par ailleurs, il est à noter que le plan additionnel soumis par le Ministère totalise 124,9 M \$ (dont 45,1 M \$ récurrents), soit 7,0 M \$ de moins que le montant total demandé. A noter également que sur le plan des mesures récurrentes, l'écart à combler pour 1995-1996 sera de 42,3 M \$ (17,3 M\$ représentant l'écart entre les objectifs récurrents fixé et réalisé pour 1994-1995 + 25,0 M \$ d'annualisation demandée pour 1995-1996), en sus des mesures additionnelles de réduction des dépenses que le Ministère pourrait être appelé à prendre en 1995-1996 pour respecter l'objectif budgétaire déjà annoncé visant à limiter la croissance des dépenses du secteur à 1% l'année prochaine.

C'est ainsi que le Ministère réalisera, au total, des compressions récurrentes de 246,0 M \$, et non récurrentes de 79,8 M \$ pour un total de 325,8 M \$. Dans ce cadre, l'apport du Défi Qualité-Performance sera "uniquement" de 200,9 M \$.

NL/Politiques de financement
Le 20 septembre 1994
c:\mesures

Défii Qualité-Performance

Améliorations d'efficience et d'efficacité du réseau de la santé et des services sociaux	Objectifs triennaux	Cibles 1994-1995
	Objectif d'économies fixé	750,0 \$
Réallocation de ressources	(250,0 \$)	(20,0 \$)
Contribution aux équilibres financiers gouvernementaux	500,0 \$	180,0 \$

Mesures 1994-1995 de réduction des dépenses

1. Ventilation de la cible 1994-1995 établie lors de la revue des programmes	Contraintes	Non-Indexation	Total (récurrent)
	Établissements	156,4 \$	39,5 \$
Régies	1,3 \$	0,5 \$	1,8 \$
Ministère, associations et autres	2,7 \$	0,5 \$	3,2 \$
Compression des crédits	160,4 \$	40,5 \$	200,9 \$

2. Compression additionnelle suite au Discours sur le budget 1994-1995	Montant 1994-1995		Montant 1995-1996 (récurrent)
	Non-récurrent	Récurrent	
Réseau			
développements	11,3 \$	15,0 \$	45,1 \$
coût de système santé	5,0 \$		87,4 \$
activités existantes	5,5 \$		
réallocations	10,0 \$	5,0 \$	
Régies		1,0 \$	
Ministère et associations	2,0 \$	3,1 \$	
Divers	46,0 \$	21,0 \$	
	79,8 \$	45,1 \$	
Compressions réalisées		124,9 \$	45,1 \$
Compressions requises		131,9 \$	87,4 \$
Mesures à définir		7,0 \$	42,3 \$

3. Total des compressions réalisées 1994-1995	Non-récurrent	Récurrent
	79,8 \$	246,0 \$
325,8 \$		

Réduction nette d'effectifs 1994-1995

Cible budgétaire applicable au réseau (200,0 M \$ moins 4,1 M \$ applicables à l'administration du Ministère et des régies, et aux associations d'établissements)¹	195,9 M \$
Nouveaux besoins financés par rationalisations	- 34,4 M \$
Contribution du secteur à l'effort de redressement des finances publiques	161,5 M \$
«Autofinancements» inclus dans la contribution à l'effort de redressement	- 91,1 M \$
<ul style="list-style-type: none"> - Coût de système santé (59,1 M \$) - Développements suite à des projets d'immobilisations (20,5 \$) - Autres développements (11,5 M \$ pour le maintien à domicile des personnes handicapées, la santé mentale et les instituts de recherche) 	
Mesure de rationalisation n'ayant pas d'impact sur l'effectif: 75 M \$ d'achats de groupe sur trois ans, dont 15 M \$ peuvent être escomptés en 1994-1995	-15,0 M \$
Rationalisations ayant un impact sur la réduction nette d'effectifs	55,0 M \$
Réduction nette d'effectifs (en ETC)²	1 000

Le 1 mars 1994
NL/red-eff1.tab

¹ Le montant de la compression brute est établi en présumant que les crédits pour pourvoir le coût de système salarial sont entièrement alloués au Ministère

² La masse salariale des établissements représentant 74 % des dépenses totales des établissements, cette proportion est appliquée aux rationalisations et ensuite, la conversion en effectifs est faite en considérant un coût de 40 900 \$ par équivalent temps complet.