

RAPPORT D'ÉVALUATION  
L'IMPLANTATION DU  
PROGRAMME NATIONAL  
DE SANTÉ PUBLIQUE

2 0 0 3 - 2 0 1 2

LA PERSPECTIVE DES ACTEURS  
EN SANTÉ PUBLIQUE

S A N T É P U B L I Q U E



**RAPPORT D'ÉVALUATION  
L'IMPLANTATION DU  
PROGRAMME NATIONAL  
DE SANTÉ PUBLIQUE**

**2 0 0 3 - 2 0 1 2**

**LA PERSPECTIVE DES ACTEURS  
EN SANTÉ PUBLIQUE**

---

S A N T É P U B L I Q U E

---

Cette évaluation a été réalisée par le Service des orientations en santé publique de la Direction du programme de santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, sous la direction de Lyne Jobin, chef du Service des orientations en santé publique.

## **Conception et réalisation**

Julie Gauthier  
Service des orientations en santé publique

## **Collaboration**

Sylvie Kirouac  
Service des orientations en santé publique

## **Révision linguistique**

Marie-France LeBlanc

## **Secrétariat**

Hélène Piché  
Service des orientations en santé publique

Édition produite par :

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

Ce document a été édité en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse : [www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca) section **Documentation**, rubrique **Publications**.

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

Dépôt légal  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2008  
Bibliothèque et Archives Canada, 2008

ISBN : 978-2-550-53656-7 (version imprimée)

ISBN : 978-2-550-53657-4 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète de ce document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire québécois et à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2008

## AVANT-PROPOS

---

Au moment de la diffusion du *Programme national de santé publique 2003-2012*, le Ministère prévoyait une stratégie d'évaluation dans le but de porter un regard sur la performance des fonctions de santé publique au Québec, d'évaluer les processus d'implantation du programme de même que de suivre l'implantation des activités de santé publique et l'évolution des indicateurs sociosanitaires. Dans une perspective de soutien à la prise de décision et, par le fait même, à l'amélioration des pratiques de santé publique, l'évaluation s'est avérée un outil important pour assurer la cohérence entre les actions menées aux différents paliers d'intervention.

L'évaluation des processus d'implantation du programme national fait état des modes d'organisation et des stratégies de collaboration en santé publique, et ce, à partir du point de vue des acteurs. Les résultats obtenus mettent également en lumière, principalement pour le secteur de la santé publique, certains enjeux liés à la transformation du réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'aux nouvelles responsabilités locales en matière de prévention. La connaissance de ces enjeux est importante, tant pour la suite de la mise en œuvre du programme national que pour l'évolution du secteur dans son ensemble.

C'est avec beaucoup de satisfaction que nous présentons les résultats de l'évaluation des processus d'implantation. Ces résultats, obtenus à mi-mandat du programme national, ont alimenté de façon importante les réflexions collectives entourant sa mise à jour. Toujours avec la même préoccupation de soutenir la prise de décision, l'évaluation du programme national se poursuivra au cours des années à venir en suscitant la participation des acteurs impliqués dans sa mise en œuvre.

Marc-André Maranda  
Directeur du programme de santé publique  
Ministère de la Santé et des Services sociaux



## REMERCIEMENTS

---

Plusieurs personnes ont contribué à la présente évaluation. Nous remercions monsieur Nelson Potvin, de la Direction de l'évaluation du Ministère, de son soutien professionnel tout au long de la démarche d'évaluation ainsi que madame Josée Morisset, de la Direction de la recherche, de la formation et du développement de l'Institut national de santé publique du Québec, de ses commentaires à propos du cadre d'évaluation.

Nos remerciements s'adressent également à d'autres collègues du Ministère. Il s'agit de mesdames Christine Pakenham et Louise Therrien, de la Direction générale de la santé publique, et de messieurs François Dubé et William Murray, de la Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la gestion de l'information, qui ont participé à la validation des outils de collecte de données.

L'évaluation a été rendue possible grâce à la participation d'analystes et de gestionnaires régionaux et locaux en santé publique. Ceux-ci nous ont fait part de leurs idées et de leur expérience par rapport au *Programme national de santé publique 2003-2012*, à son implantation et à ses perspectives de mise en œuvre. Nous remercions tous ces analystes et gestionnaires d'avoir partagé avec nous leurs idées et leur expérience, qui apportent un éclairage nouveau sur le sujet.

Enfin, l'équipe du Service des orientations en santé publique et celle du Service de la surveillance de l'état de santé ont toutes les deux contribué, de près ou de loin, à différentes étapes de l'évaluation. Leurs commentaires et réactions nous ont permis de préciser la démarche et d'enrichir les analyses.



## SOMMAIRE

---

### Les objectifs et la méthode d'évaluation

L'évaluation des processus d'implantation du *Programme national de santé publique 2003-2012* s'inscrit à l'intérieur d'une stratégie globale d'évaluation qui accompagne le programme. Par la présente évaluation, on vise à :

- Connaître l'influence réciproque de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que de l'implantation du programme aux niveaux régional et local.
- Rendre compte des moyens utilisés par les acteurs en santé publique pour favoriser l'implantation du programme.
- Dégager les améliorations à apporter au programme en déterminant des pistes d'amélioration pour favoriser la poursuite de sa mise en œuvre.

L'évaluation s'appuie sur des données recueillies en fin d'année 2006 et au début de l'année 2007 lors d'entrevues de groupe réalisées auprès de responsables locaux et de coordonnateurs régionaux en santé publique, puis auprès des membres d'un panel d'experts, qui ont été réunis à deux reprises.

### Les principaux résultats

#### ***Les orientations du programme national et son cadre légal : des conditions favorables, mais insuffisantes pour l'atteinte des objectifs***

- Le cadre légal du programme, soit la Loi sur la santé publique ainsi que les obligations de gestion par résultats découlant de la Loi sur l'administration publique, constitue un levier majeur pour soutenir son application.
- L'approche et les valeurs portées par le programme national, ainsi que les bases scientifiques de son contenu, fournissent des orientations solides pour renforcer la prévention<sup>i</sup> à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que pour soutenir l'exercice de la responsabilité populationnelle.
- La poursuite des objectifs de prévention requiert la réaffirmation de la pertinence des interventions préventives pour la santé de la population par rapport aux interventions curatives.
- L'élaboration du programme national a nécessité la concertation des acteurs en santé publique. La poursuite de sa mise en œuvre implique une plus grande appropriation des objectifs de prévention par les acteurs en santé et services sociaux ainsi que par les partenaires intersectoriels.

---

i. Dans ce document, le terme *prévention* est employé au sens large. Il désigne l'ensemble des actions rattachées à l'exercice des fonctions de promotion, de prévention et de protection de la santé.



### ***L'interdépendance du plan d'action local (PAL) et du projet clinique : un levier pour la responsabilité populationnelle***

- L'interdépendance des planifications locales (PAL et projet clinique) est sous-entendue dans la définition de la responsabilité populationnelle.
- Le projet clinique peut représenter pour les acteurs locaux l'occasion de s'approprier la planification en santé publique. De même, la diffusion des portraits sociosanitaires peut favoriser une meilleure vision des perspectives d'intervention en amont des problèmes psychosociaux et des problèmes de santé.
- Le contenu sur les orientations et les objectifs de prévention repris à l'intérieur du projet clinique varie d'un centre de santé et de services sociaux (CSSS) à l'autre :
  - le *Programme national de santé publique 2003-2012* et les priorités régionales ont parfois été mis à profit, particulièrement pour mettre en valeur l'intervention en amont et son potentiel pour le développement social ;
  - le PAL a pu être un outil important, surtout s'il présentait un contenu axé sur l'importance de la prévention et qu'il était soutenu par une forte mobilisation sectorielle et intersectorielle ;
  - le PAL a toutefois été moins utile lorsqu'il résultait d'une démarche en vase clos, démarche conçue dans une perspective plus administrative que mobilisatrice.

### ***La création des CSSS et la gestion du PAL : l'importance des processus décisionnels et des mécanismes de coordination***

- La création des CSSS peut accroître la capacité d'action en santé publique, à l'échelle locale. Parmi les conditions favorables, sont mentionnés :
  - L'atteinte d'une masse critique par la concentration des effectifs en santé publique (par exemple, 12 CSSS au lieu de 29 centres locaux de services communautaires [CLSC]) et son potentiel pour la cohérence des actions.
  - La nomination d'un responsable local en santé publique.
  - Les fondements de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux, particulièrement les approches populationnelle et intersectorielle, qui rejoignent la perspective de santé publique.
- Des facteurs peuvent toutefois nuire à la réalisation du plein potentiel de la nouvelle gouverne pour la prévention, entre autres :
  - Une conception de la responsabilité populationnelle parfois limitée aux objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité des services, et ce, au détriment de l'action sur les déterminants de la santé.
  - L'importance accordée aux objectifs de soins par rapport aux objectifs de prévention, un élément qui influence la dimension budgétaire.
  - La difficulté d'harmoniser plusieurs cultures d'offre de services préventifs, particulièrement en milieu rural où les intervenants de la mission CLSC sont souvent dispersés sur un grand territoire.

- Le renforcement de la prévention dans les continuums de services et le renforcement de la prévention relativement à l'action intersectorielle dépendent de la place qu'occupe le responsable du PAL dans la structure hiérarchique du CSSS, un aspect variable d'un territoire local à l'autre.

***L'expertise en santé publique : un soutien régional nécessaire au renforcement de la prévention à l'échelle locale***

- Se pose la nécessité de repenser la notion d'expertise de manière à tenir compte de la plus grande autonomie décisionnelle des acteurs locaux et des responsabilités des CSSS en matière de prévention et d'action intersectorielle.
- Dans une perspective de soutien à la prise de décision, l'expertise régionale doit inclure des activités de concertation et de transfert de connaissances. Ces activités doivent tenir compte de la dynamique locale et des besoins propres à chaque CSSS.
- La mise à contribution de l'expertise en santé publique pour l'organisation des soins et services facilite la prise en compte des objectifs de prévention dans les orientations régionales.
- Le développement des compétences, tant à l'échelle régionale qu'à l'échelle locale, est crucial pour que l'exercice de la responsabilité populationnelle puisse s'appuyer sur la planification et la réalisation d'activités portant, entre autres, sur les déterminants de la santé.

Des pistes d'amélioration ont été définies sur la base des résultats.



## TABLE DES MATIÈRES

---

INTRODUCTION .....	13
PREMIÈRE PARTIE : CONTEXTE ET MÉTHODE D'ÉVALUATION .....	15
1 La description du <i>Programme national de santé publique 2003-2012</i> .....	15
2 L'évaluation du <i>Programme national de santé publique 2003-2012</i> : une stratégie d'ensemble.....	16
2.1 L'évaluation des processus d'implantation .....	17
2.2 Le contexte et les visées de l'évaluation.....	17
3 Le cadre méthodologique .....	18
3.1 L'approche retenue .....	18
3.2 Les objets, les objectifs et les questions d'évaluation.....	18
3.3 Les sources d'information et la collecte de données .....	21
3.4 Les limites et les avantages de la démarche .....	22
DEUXIÈME PARTIE : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS D'ÉVALUATION.....	25
1 L'appropriation du <i>Programme national de santé publique 2003-2012</i> .....	25
2 La transformation du réseau de la santé et des services sociaux .....	27
2.1 La planification locale .....	28
2.2 La création des CSSS.....	30
2.3 Le rôle du palier régional.....	33
3 Les processus administratifs .....	37
4 Le résumé des résultats .....	38
4.1 L'appropriation du <i>Programme national de santé publique 2003-2012</i> .....	38
4.2 La planification locale .....	38
4.3 La création des CSSS.....	39
4.4 Le rôle du palier régional.....	39
4.5 Les processus administratifs.....	40
TROISIÈME PARTIE : PISTES D'AMÉLIORATION .....	41
1 Les pistes sur le plan des contenus .....	41
1.1 Présenter le <i>Programme national de santé publique 2003-2012</i> d'une manière plus opérationnelle .....	41
1.2 Situer le programme en soutien à la responsabilité populationnelle .....	41
1.3 Favoriser une plus grande ouverture du programme.....	41
2 Les pistes sur le plan organisationnel .....	42
2.1 Valoriser le PAL auprès des autorités des CSSS.....	42
2.2 Confier la gestion du PAL à une direction du CSSS.....	42
2.3 S'assurer d'avoir une coordination interne du programme de santé publique.....	42

3 Les pistes sur le plan de la mise en œuvre .....	42
3.1 Faire en sorte que les objectifs de prévention soient portés par l'ensemble des acteurs locaux.....	42
3.2 Définir des objectifs, des priorités et des mécanismes de suivi.....	43
3.3 S'assurer d'une plus grande cohérence entre les programmes-services.....	43
3.4 Tenir compte de l'arrimage du PAL et du projet clinique dans les exercices de planification .....	43
3.5 Revoir la structure et le fonctionnement des mécanismes de concertation en santé publique .....	44
3.6 Soutenir les acteurs des CSSS quant à la formation et au développement des compétences.....	44
3.7 Développer une expertise régionale relativement à l'implantation de programmes .....	44
3.8 Adopter une stratégie de communication dans une perspective de mobilisation des acteurs du réseau et des partenaires intersectoriels .....	45
3.9 Suivre l'évolution de la prévention, à l'échelle locale particulièrement .....	45
4 Les pistes sur le plan administratif .....	45
4.1 Contribuer à l'évolution des processus des ententes de gestion.....	45
4.2 Suivre les dépenses en santé publique .....	46
CONCLUSION.....	47
ANNEXE : STRATÉGIE D'ÉVALUATION DU <i>PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE</i> <i>2003-2012</i> .....	49
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....	51

## INTRODUCTION

---

S'inscrivant dans un processus de planification et une approche de gestion par résultats, l'évaluation du *Programme national de santé publique 2003-2012* représente un outil important pour assurer la cohérence de l'action en santé publique, améliorer les pratiques de façon continue et soutenir le changement. Dans cette perspective, par l'évaluation des processus d'implantation, on vise à apporter une information utile à l'évolution du programme en s'intéressant à l'intervention vue sous l'angle de son interaction avec l'environnement organisationnel propre au réseau de la santé et des services sociaux.

L'évaluation a permis la collecte du point de vue d'une quarantaine d'acteurs en santé publique, point de vue qui rend compte des processus d'implantation du programme, et ce, dans le contexte de la récente transformation en santé et services sociaux. C'est donc sur la perspective d'acteurs en santé publique que s'appuient les résultats d'évaluation.

Le présent rapport est divisé en trois parties. La première décrit brièvement le *Programme national de santé publique 2003-2012* et situe l'évaluation des processus d'implantation à l'intérieur de la stratégie globale d'évaluation du programme national. Le cadre méthodologique qui guide l'ensemble de la démarche est ensuite présenté. La deuxième partie du rapport expose les résultats qui découlent de l'analyse des propos recueillis auprès de coordonnateurs régionaux en santé publique ainsi que de responsables locaux en santé publique travaillant en centre de santé et de services sociaux (CSSS). Enfin, la dernière partie présente des pistes d'amélioration qui pourront contribuer à la poursuite de la mise en œuvre du *Programme national de santé publique 2003-2012*.



## PREMIÈRE PARTIE : CONTEXTE ET MÉTHODE D'ÉVALUATION

---

### 1 La description du *Programme national de santé publique 2003-2012*<sup>1</sup>

Le *Programme national de santé publique 2003-2012* a été rendu public en janvier 2003. Sa structure reflète les fonctions de santé publique, qui délimitent le champ d'action du secteur et les responsabilités qui incombent aux acteurs. Les fonctions essentielles marquent le caractère distinctif des activités de santé publique. Ce sont :

- la surveillance continue de l'état de santé de la population ;
- la promotion de la santé et du bien-être ;
- la prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes ;
- la protection de la santé.

Les fonctions de soutien, quant à elles, viennent appuyer l'exercice de ces fonctions essentielles. Il s'agit de :

- la réglementation, la législation et les politiques publiques ayant des effets sur la santé ;
- la recherche et l'innovation ;
- le développement et le maintien des compétences en santé publique.

Cinq stratégies d'intervention sur les facteurs susceptibles d'améliorer la santé et le bien-être de la population sont également privilégiées, soit :

- renforcer le potentiel des personnes ;
- soutenir le développement des communautés ;
- participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être ;
- soutenir les groupes vulnérables ;
- encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces.

Le programme énonce ensuite des objectifs qui visent l'amélioration de la santé, la réduction de problèmes de santé et de problèmes psychosociaux ainsi que l'action positive sur les déterminants de la santé. Les problèmes et les déterminants retenus sont ceux pour lesquels on peut escompter des gains grâce à des interventions ciblées. Une estimation des gains attendus est d'ailleurs fournie lorsque les données disponibles le permettent.

Pour l'atteinte des objectifs, le programme prévoit les services et activités jugés efficaces qui doivent être accessibles sur tous les territoires locaux. L'efficacité de ces services et activités est démontrée par des évaluations scientifiques ou un consensus d'experts.

Les activités sont réparties selon six domaines d'intervention : développement, adaptation et intégration sociale, habitudes de vie et maladies chroniques, traumatismes non intentionnels, maladies infectieuses, santé



environnementale et santé en milieu de travail. Enfin, des valeurs et des principes éthiques servent de fondement à la réflexion et aux discussions concernant la planification et la mise en œuvre des activités. Ces valeurs et principes constituent des repères qui permettent de baliser ce qui est souhaitable et acceptable quant aux choix à faire dans la réalisation des activités de santé publique.

Par rapport à son implantation, le programme national se déploie à travers les plans d'action régionaux (PAR) et les plans d'action locaux (PAL). Ce sont là des outils de planification qui permettent d'adapter l'intervention à la réalité de chaque territoire. L'implantation du programme exige la collaboration de l'ensemble des acteurs du système de santé et de services sociaux ainsi que celle des partenaires des autres secteurs d'activité. Il appartient à chaque région de mettre en place les mécanismes de concertation les plus pertinents au regard de sa dynamique propre.

## **2 L'évaluation du *Programme national de santé publique 2003-2012* : une stratégie d'ensemble**

L'évaluation des processus d'implantation du programme national s'inscrit à l'intérieur d'une stratégie globale d'évaluation qui accompagne le programme. Cette stratégie globale d'évaluation comprend quatre composantes, qui s'appuient sur des méthodes tant quantitatives que qualitatives<sup>ii</sup>. Ces composantes sont les suivantes<sup>2</sup> :

- l'évaluation des fonctions de santé publique ;
- le suivi d'implantation et l'évaluation des processus ;
- le suivi d'indicateurs sociosanitaires ;
- les études évaluatives particulières.

Bien que les objectifs poursuivis par ces quatre composantes soient distincts, les approches de chacune des composantes ainsi que les données recueillies sont complémentaires. Par sa dimension formative, l'évaluation des processus d'implantation diffère de l'évaluation des fonctions de santé publique. Par l'évaluation des fonctions de santé publique, on cherche à apprécier la performance des fonctions de santé publique au Québec par la mesure de la présence d'un ensemble de conditions essentielles à l'accomplissement de bonnes pratiques de santé publique. Également, l'évaluation des processus, étant donné les méthodes qualitatives utilisées, complète le suivi d'implantation en étant centrée sur les facteurs contextuels qui influencent l'atteinte des résultats de prestation de services. Les résultats d'évaluation présentés dans le présent rapport font ressortir des dimensions propres au contexte d'implantation du programme qui pourront contribuer à la détermination d'objets pour de futures évaluations.

---

ii. Les différentes composantes de la stratégie d'évaluation sont détaillées dans le *Programme national de santé publique 2003-2012* (MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2003), section 6 : *L'évaluation du programme pour guider l'action*, p. 75-78.

## 2.1 L'évaluation des processus d'implantation

L'évaluation des processus d'implantation permet, par définition, de porter un regard sur les conditions régionales et locales d'implantation. De façon générale, les conditions d'implantation peuvent être abordées, d'une part, sous l'angle de la disponibilité des ressources humaines et financières, de l'expertise et des compétences ainsi que de l'acceptabilité de l'intervention par les populations visées et les milieux d'intervention. D'autre part, les conditions d'implantation peuvent être abordées sous l'angle des modes de collaboration privilégiés à chacun des niveaux de déploiement du programme. Également, la traduction du programme national à l'intérieur des PAR et des PAL peut varier sur différents aspects – par exemple, la signification de l'activité, sa faisabilité, son accessibilité – et, ainsi, orienter la pratique de santé publique de multiples façons au Québec<sup>iii</sup>. De plus, considérant la récente transformation du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que la création des nouvelles instances locales, soit les CSSS, on peut supposer que des variations locales existent.

Par la présente évaluation, on vise à livrer une information systématique et utile qui rend compte des processus d'implantation du programme, programme qui, sur la base même de la diversité des processus, caractérise l'action en santé publique aux niveaux régional et local. De plus, ce défi gagne en complexité dans la mesure où la transformation du réseau de la santé et des services sociaux figure parmi les variables explicatives de cette diversité. Sur cette question, des analyses présentent d'ailleurs un environnement « en profonde mutation » pour décrire les changements induits par la transformation du réseau, qui, au-delà de la mise en œuvre du programme, pose comme principal défi la capacité des acteurs du réseau de la santé publique d'influencer le processus actuel de redéfinition des frontières organisationnelles « dans un sens favorable à l'action de santé publique et, plus largement, à l'intégration des efforts de prévention de l'ensemble des acteurs régionaux et locaux du réseau de la santé et des services sociaux ou d'autres secteurs »<sup>3</sup>.

## 2.2 Le contexte et les visées de l'évaluation

Depuis la diffusion du Programme national de santé publique en 2003, la gouverne du réseau de la santé et des services sociaux a connu des changements susceptibles d'influencer l'action en santé publique. En effet, avec son adoption en 2005, la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives est venue concrétiser, à l'intérieur du système de santé, la vision selon laquelle la santé des populations est tributaire de plusieurs facteurs : facteurs biologiques, culturels, environnementaux et psychosociaux, habitudes de vie et services de santé<sup>4</sup>. La concrétisation de cette vision au sein du système de santé constitue un levier important pour l'action en santé publique, car elle vient élargir les perspectives d'intervention sur les déterminants de la santé, et ce, à l'intérieur même du réseau.

---

iii. À ce sujet, mentionnons qu'une analyse de concordance des PAR, réalisée au printemps 2005, a fait ressortir des variations par rapport au programme par l'ajout, notamment, d'activités en réponse à des particularités régionales ou d'autres reposant sur une expertise régionale particulière.

Par ailleurs, ces changements reposent sur une redéfinition des responsabilités régionales et locales, redéfinition qui se traduit par une plus grande décentralisation en matière de gestion des services de santé et des services sociaux. De tels changements annoncent à la fois une amélioration de l'utilisation des ressources et une plus grande capacité d'action en faveur du maintien et de l'amélioration de la santé des populations locales.

En effet, la nouvelle gouverne du réseau s'appuie sur la création des agences de la santé et des services sociaux, qui ont reçu le mandat de définir et de proposer un modèle d'organisation basé sur un ou plusieurs réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. L'implantation des réseaux locaux de services<sup>5</sup> s'appuie sur la définition d'un projet organisationnel et clinique qui vise à accroître l'accessibilité des services et à faciliter le cheminement des personnes dans le réseau de la santé et des services sociaux en intégrant à l'organisation le principe de responsabilité populationnelle. Ce principe implique que les partenaires d'un réseau local de services partagent collectivement une responsabilité à l'endroit de la population de leur territoire en rendant accessible un continuum de services le plus complet possible, de la prévention au soutien en fin de vie. Au cœur de chacun des 95 réseaux locaux de services, créés en juin 2004, se trouve un CSSS, une instance locale formée de la fusion administrative de centres locaux de services communautaires (CLSC), de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, dans la majorité des cas, d'un centre hospitalier (CH).

Les besoins d'information des responsables du *Programme national de santé publique 2003-2012* concernent les facteurs contextuels susceptibles d'intervenir dans l'implantation du programme. L'évaluation est donc orientée de manière à tenir compte de l'environnement organisationnel, qui sous-tend la transformation du réseau, pour faire état des processus d'implantation. Dans cette perspective, les choix méthodologiques permettent d'inclure dans l'analyse tant les facteurs attribuables au programme que ceux relevant de cette transformation.

### **3 Le cadre méthodologique<sup>6</sup>**

#### **3.1 L'approche retenue**

L'évaluation tient compte des façons de faire et des structures organisationnelles qui caractérisent les contextes régionaux et locaux d'implantation, et ce, à partir de la perception des acteurs en santé publique. L'approche retenue emprunte ainsi au paradigme réaliste. En évaluation de programme, le paradigme réaliste permet d'expliquer l'influence du processus sur la qualité des résultats d'une intervention en portant une attention particulière à l'approche de planification, aux rapports de partenariats ainsi qu'aux logiques d'action<sup>7</sup>.

#### **3.2 Les objets, les objectifs et les questions d'évaluation**

La démarche d'évaluation est structurée selon trois objets d'évaluation qui permettent de répondre aux besoins d'information concernant l'implantation du programme national dans le cadre de la transformation du réseau de la

santé et des services sociaux. Les objets d'évaluation sont : a) l'environnement organisationnel ; b) la mise en œuvre du programme ; c) les conditions favorables et les obstacles à l'implantation du programme.

### ***L'environnement organisationnel***

L'environnement organisationnel comprend les facteurs qui supportent la transformation du réseau de la santé et des services sociaux et qui, par le fait même, interviennent dans l'implantation du programme. Pour les fins de l'évaluation, l'environnement organisationnel réfère à la nouvelle gouverne, qui regroupe l'appareil structurel et décisionnel, les ressources financières ainsi que les incitatifs<sup>8</sup>.

La nouvelle gouverne du réseau de la santé et des services sociaux est caractérisée par :

- une plus grande décentralisation des responsabilités vers le palier local ;
- une nouvelle approche de planification, notamment par l'élaboration des projets cliniques par les CSSS ;
- le principe de responsabilité populationnelle, qui oriente l'organisation des services pour qu'ils soient plus accessibles et mieux intégrés, constituant ainsi un levier potentiel pour inclure la prévention dans le continuum de services ;
- les processus administratifs, incluant le nouveau mode d'allocation des ressources financières et la reddition de comptes découlant de la Loi sur l'administration publique.

De plus, la structuration et l'harmonisation de l'offre de services en santé publique, auxquelles a probablement contribué la diffusion du programme, peuvent influencer la mise en œuvre des projets cliniques à l'intérieur des réseaux locaux de services. La manière dont s'insère la planification en santé publique dans l'organisation locale des services selon la responsabilité populationnelle, et, plus particulièrement, l'influence réciproque de cette planification et de cette organisation, constitue un aspect important de l'évaluation.

Ainsi, par l'évaluation, on vise d'abord à **connaître l'influence réciproque de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que de l'implantation du programme aux niveaux régional et local**, au moyen des questions suivantes :

- Comment les changements dans la gouverne interviennent-ils dans l'implantation du programme national ?
- La plus grande décentralisation des responsabilités vers les CSSS peut-elle favoriser l'atteinte des objectifs du programme ? De quelle manière ?
- L'organisation des services selon les objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité intervient-elle dans la planification et l'offre de services en santé publique, telle que cette offre est structurée depuis la diffusion du programme ? Dans quelle mesure ?
- Quels enjeux pose l'intégration du principe de responsabilité populationnelle dans le continuum de services pour l'implantation du programme ?
- Dans quelle mesure le programme supporte-t-il la planification et les activités administratives régionales et locales ?

- L'élaboration des projets cliniques est-elle venue aider à la mise en œuvre des PAL ? des PAR ? Si oui, de quelle manière ? Si non, pourquoi ?
- Comment les processus administratifs (allocation des ressources financières, reddition de comptes) et l'implantation du programme interagissent-ils ?
- Le mode d'allocation des ressources financières et les ententes de gestion aident-ils à l'implantation du programme ? Dans quelle mesure ?

### ***La mise en œuvre du programme***

La mise en œuvre du programme réfère à la manière dont les acteurs en santé publique mobilisent les conditions essentielles à l'implantation du programme. Parmi ces conditions, on trouve :

- les ressources humaines et financières ;
- les compétences ;
- l'expertise.

La mobilisation de ces conditions peut être influencée, entre autres, par la dynamique propre à chacun des domaines d'intervention, les pratiques professionnelles qui y existent ainsi que les besoins des populations locales visées par l'intervention. De plus, l'implantation du programme repose sur l'appropriation du programme à travers les mécanismes de coordination et de concertation en santé publique. C'est dire que l'implantation optimale du programme repose, en grande partie, sur les partenariats essentiels à sa réussite.

Dans cette perspective, par l'évaluation, on vise deuxièmement à **rendre compte des moyens utilisés par les acteurs en santé publique pour favoriser l'implantation du programme**, au moyen des questions suivantes :

- De quelle manière sont mobilisées les conditions essentielles à l'implantation du programme (ressources humaines et financières, compétences, expertise) ?
- Quelles actions ont été posées pour favoriser l'appropriation du programme par le secteur de la santé publique ? Par le réseau plus large de la santé et des services sociaux ? Par les partenaires intersectoriels ? Avec quels résultats ?
- Comment peut-on qualifier les modes de collaboration (concertation, coordination) qui sous-tendent l'implantation du programme ?
- D'autres collaborations sont-elles à mettre en place ? Si oui, lesquelles ?

### ***Les conditions favorables et les obstacles à l'implantation du programme***

Les données recueillies à propos de l'environnement organisationnel et des conditions de mise en œuvre du programme doivent permettre de mieux comprendre les facteurs de réussite, les difficultés éprouvées ainsi que les ajustements réalisés en cours d'implantation afin que le programme puisse être adapté aux réalités régionales et locales. De cette manière, par l'évaluation, on vise enfin à **dégager les améliorations à apporter au**

**programme en déterminant des pistes d'amélioration pour favoriser la poursuite de sa mise en œuvre, au moyen des questions suivantes :**

- Quels sont les conditions favorables et les obstacles à l'implantation ?
- D'autres actions sont-elles nécessaires pour la poursuite du programme ? Si oui, lesquelles ?
- Des résistances à l'implantation sont-elles observées ? Si oui, de quelle nature sont-elles ? Quelles sont les solutions envisageables ?

### **3.3 Les sources d'information et la collecte de données**

#### ***Les participants à l'évaluation et le déroulement des rencontres***

Pour l'évaluation, des experts ainsi que des coordonnateurs régionaux et des responsables locaux en santé publique ont été rencontrés. Le terme *expert* est utilisé ici au sens de « détenteur d'une information privilégiée, d'un savoir spécialisé ou d'une compétence et d'une expérience particulières à propos d'un objet d'évaluation »<sup>9</sup>. À partir de cette définition, huit experts ont été recrutés sur la base de leur implication particulière dans la conception ou l'implantation du programme national. En plus d'intervenir dans le secteur de la santé publique, les experts consultés comptent parmi ceux ayant contribué à l'analyse stratégique des enjeux liés à la transformation du réseau de la santé et des services sociaux. Cette expertise particulière a été mise à contribution à deux reprises au cours de la collecte de données : en début de collecte, pour la détermination des principaux enjeux systémiques liés à l'influence réciproque de l'implantation du programme et de la transformation du réseau, puis, en fin de collecte, pour la définition des pistes d'amélioration de l'implantation sur la base d'une présentation des résultats obtenus jusqu'alors.

Les coordonnateurs régionaux et les responsables locaux en santé publique ont été rencontrés lors d'entrevues de groupe réalisées en décembre 2006 aux niveaux régional et local. Lors de ces entrevues, les coordonnateurs et les responsables ont été invités à se prononcer sur l'implantation du programme. Les thèmes soumis à la discussion ont été déterminés à partir des objectifs et des questions d'évaluation, et ont été ajustés à la suite de la première rencontre du panel d'experts. Pour la composition des groupes, on s'est appuyés sur un échantillonnage régional en veillant à ce qu'un maximum de régions soient représentées. De plus, pour le recrutement des responsables locaux, on a pris en considération le type de CSSS (nombre et missions d'établissements fusionnés), et ce, en collaboration avec l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux.

Les coordonnateurs régionaux rencontrés provenaient des directions de santé publique (DSP) de neuf régions du Québec<sup>iv</sup>. Deux groupes régionaux ont été formés, l'un se rapportant au secteur de la promotion et de la prévention, l'autre concernant la protection. Deux autres groupes réunissaient des responsables de CSSS en

---

iv. Les DSP représentées sont celles du Saguenay–Lac-Saint-Jean, de la Capitale-Nationale, de la Mauricie–Centre-du-Québec, de Montréal, de l'Outaouais, de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, de Laval, de Lanaudière et des Laurentides.

provenance de sept régions du Québec<sup>v</sup>. Un peu plus de la moitié des CSSS représentés incluent une mission CH. Au total, 11 régions ont été représentées dans l'un ou l'autre des 4 groupes formés.

### ***La méthode et les outils de collecte***

Des outils ont été conçus pour l'animation de la première rencontre du panel d'experts et celle des entrevues de groupe de niveaux régional et local. Ces outils, tout comme la méthode de collecte, ont fait l'objet de validations auprès de ressources professionnelles des secteurs de l'évaluation, de la santé publique et de la planification stratégique du Ministère ainsi qu'auprès d'une personne-ressource spécialisée en évaluation et rattachée à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Une firme externe spécialisée en évaluation a été sélectionnée pour soutenir la collecte de données, soit l'animation, l'enregistrement et la retranscription des discussions. L'équipe d'évaluation a collaboré étroitement à l'animation de chacune des rencontres, ce qui a permis l'ajustement, lorsque cela était nécessaire, du déroulement des entrevues en fonction des besoins précis d'information.

C'est à partir de questions non directives que les participants ont été invités à discuter de chacun des thèmes pour lesquels des besoins d'information avaient été relevés lors de la planification de l'évaluation et de la première rencontre du panel d'experts. À la suite des entrevues de groupe, l'équipe d'évaluation a effectué la synthèse des résultats, synthèse qui a été utilisée pour l'animation de la deuxième rencontre du panel d'experts. Les propos des coordonnateurs régionaux et des responsables locaux ont été analysés de manière que soient dégagées les dimensions explicatives des processus d'implantation du programme au regard de chacun des thèmes soumis à la discussion.

Lors de l'analyse du contenu recueilli, on a systématiquement tenu compte des distinctions entre les propos des coordonnateurs régionaux et ceux des responsables locaux. La convergence du contenu analysé était toutefois fréquente, et ce, tant à l'intérieur des groupes qu'entre les groupes<sup>vi</sup>. La présentation des résultats reprend, lorsque cela se présente, ces distinctions. Enfin, la section présentant les pistes d'amélioration inclut l'analyse des points de vue des experts invités à se prononcer sur les résultats des entrevues de groupe, lors de la dernière rencontre du panel d'experts.

### **3.4 Les limites et les avantages de la démarche**

Si les données recueillies montrent la variabilité des dynamiques régionales et locales, les résultats ne reflètent pas pour autant l'ensemble des variations présentes au Québec. En effet, par l'évaluation, on ne cherchait pas à faire une compilation des expériences d'implantation, mais bien à faire ressortir les facteurs explicatifs des processus d'implantation sans présumer pour autant de leur exhaustivité. De plus, il convient de préciser que les

---

v. Les CSSS représentés sont situés dans les régions du Saguenay–Lac-Saint-Jean, de la Capitale-Nationale, de la Mauricie–Centre-du-Québec, de Montréal, de l'Abitibi-Témiscamingue, de Chaudière-Appalaches et de Lanaudière.

vi. Cette convergence a également été observée par la plupart des participants, à la fin des discussions.

résultats d'évaluation, incluant ceux concernant les pratiques professionnelles, sont le reflet des points de vue exprimés par des acteurs en santé publique occupant des fonctions de planification et de gestion du réseau de la santé et des services sociaux. Le point de vue des ressources professionnelles n'est donc pas présent dans l'analyse. De plus, il est important de soulever le fait que la perspective des partenaires intersectoriels ainsi que celle des acteurs du réseau plus large de la santé et des services sociaux ne font pas partie de la présente évaluation.

Enfin, au lieu d'inclure les trois niveaux d'intervention en santé publique dans la démarche d'évaluation comme il avait été prévu au départ, on s'est concentrés davantage sur les perspectives régionales et locales lors de la collecte de données, puisque ces deux niveaux sont les plus directement impliqués dans l'implantation du programme, avec la mise en œuvre des PAR et des PAL. Le palier national intervient, quant à lui, sur d'autres plans, notamment ceux des orientations et du soutien à l'implantation<sup>vii</sup>. Ces aspects ont néanmoins été considérés lors de l'analyse des entrevues et sont inclus dans la présentation des résultats.

Malgré ces limites, la démarche d'évaluation a l'avantage de dresser un premier portrait des processus d'implantation du programme qui informe sur les modes d'organisation et les stratégies de collaboration en santé publique, et ce, à partir du point de vue des acteurs. Les résultats obtenus permettent également de dégager des enjeux liés à la transformation du réseau à la fois pour la suite de la mise en œuvre du programme national et, plus globalement, pour l'évolution du secteur de la santé publique. Les résultats préliminaires d'évaluation ont d'ailleurs alimenté les réflexions des responsables du programme au sujet de sa mise à jour<sup>viii</sup>.

---

vii. Les propos recueillis auprès des participants à l'évaluation ont nettement reflété cette distinction.

viii. Les résultats préliminaires ont été présentés pour discussion au printemps 2007 aux membres du Comité de direction de la Direction générale de la santé publique, aux membres de la Table de coordination nationale de santé publique ainsi qu'au comité sur la mise à jour du *Programme national de santé publique 2003-2012*.





## DEUXIÈME PARTIE : PRÉSENTATION DES RÉSULTATS D'ÉVALUATION

---

Lors des entrevues de groupe, ont été soumis à la discussion les thèmes utiles à l'explication des processus d'implantation du *Programme national de santé publique 2003-2012*, tels que ces thèmes ont été définis à partir des questions d'évaluation, puis validés lors de la première rencontre du panel d'experts. Les résultats présentés exposent le point de vue des coordonnateurs régionaux et des responsables locaux sur chacun de ces thèmes, dont la signification particulière, pour l'implantation du programme, est préalablement rappelée au début de chaque section.

### **1 L'appropriation du *Programme national de santé publique 2003-2012***

La réalisation des activités du programme national repose, en grande partie, sur l'appropriation de ses différentes composantes par les acteurs en santé publique, par ceux du réseau plus large de la santé et des services sociaux ainsi que par les partenaires intersectoriels. La notion d'appropriation fait ici référence à la perspective, de plus en plus reconnue, suivant laquelle la planification par programme n'est pas nécessairement et seulement rationnelle ; elle est aussi pragmatique dans la mesure où la perception des bénéficiaires et des intervenants peut être prise en compte dans son élaboration, ce qui favorise l'application des programmes<sup>10</sup>. La mobilisation des acteurs visés par les objectifs de prévention, au stade même de la conception du programme, est l'une des conditions de réussite de son appropriation et, conséquemment, de son implantation.

C'est dans cette perspective que les travaux d'élaboration du programme national ont été réalisés, sollicitant la participation de plus de 200 acteurs en santé publique des niveaux national, régional et local. Des groupes de travail réunissant des gestionnaires, des praticiens et des experts chargés d'élaborer le matériel de base pour l'élaboration du contenu du programme ont été formés. Également, des séances de travail incluant les CLSC et l'INSPQ ont été réalisées dans les régions par les DSP et au niveau national par la Direction générale de la santé publique du Ministère. Une consultation à l'intérieur du réseau de la santé publique et auprès de certains partenaires intersectoriels est venue conclure le processus d'élaboration du programme. Enfin, la diffusion du programme a été réalisée par la Direction générale de la santé publique à l'intérieur du Ministère et auprès des autres ministères visés. Les DSP ont également collaboré à la diffusion du programme à l'intérieur de chacune des régions du Québec. Mentionnons aussi que le directeur national de santé publique a fait une tournée dans l'ensemble des régions pour rencontrer les équipes régionales (DSP et CLSC).

#### ***Une vue d'ensemble de l'appropriation du Programme national de santé publique 2003-2012***

Les coordonnateurs régionaux soulignent qu'au moment de son élaboration, le programme s'est appuyé sur la participation de plusieurs acteurs issus de l'un des trois niveaux de responsabilité du réseau de la santé publique.

Cette participation au stade de la définition des orientations, des objectifs et des activités constitue, selon eux, un moment important de la consolidation du réseau de la santé publique et du renforcement de son champ d'action. En effet, les participants estiment que l'élaboration du programme a permis la réalisation d'un premier exercice de définition du champ d'intervention en santé publique dans une perspective plus large et selon la diversité des modèles, des approches et des problématiques régionales. De plus, pour plusieurs, le programme a servi en quelque sorte de rempart au moment où l'on retenait davantage l'accessibilité, la continuité et la qualité des services comme enjeux de la transformation du réseau, une situation qui a pu causer une certaine déstabilisation du secteur.

« L'existence même du programme national de santé publique est venue [...] placer la santé publique sur un échiquier qui, à ce moment-là, était probablement assez fragile [...]. »  
*Coordonnateur régional*

À l'échelle régionale, l'élaboration des PAR s'est appuyée, à divers degrés, sur la participation des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que sur celle des partenaires intersectoriels. À certains endroits, ce processus s'est concrétisé par la mise sur pied d'une structure régionale incluant des représentants de l'éducation, des municipalités et d'organismes communautaires. Ailleurs, toutefois, la concertation au sujet du PAR s'est limitée aux représentants des CLSC.

À l'échelle locale, les PAL ont été élaborés suivant diverses approches : par l'application d'un modèle de base fourni par la DSP, par la définition conjointe des priorités régionales et locales ou, encore, par l'élaboration parallèle des planifications régionales et locales, sans jonction entre les deux démarches.

### ***La connaissance et la perception des acteurs***

Il ressort des résultats d'évaluation que le cadre légal du programme, soit la Loi sur la santé publique ainsi que les obligations de gestion par résultats découlant de la Loi sur l'administration publique, constitue un levier majeur pour soutenir son application. Par ailleurs, l'approche et les valeurs portées par le programme, ainsi que les bases scientifiques de son contenu, fournissent des orientations solides pour soutenir l'exercice de la responsabilité populationnelle, incluant l'action sur les déterminants de la santé.

Toutefois, les participants à l'évaluation sont d'avis que la solidité des orientations du programme ainsi que le cadre légal de son application sont des conditions insuffisantes. À l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux, la poursuite des objectifs de prévention se limite souvent aux obligations légales et administratives. Si les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux connaissent certainement l'existence du programme, ils n'y voient pas nécessairement d'avantages pour leur propre action. À cet égard, la pertinence des interventions préventives pour la santé de la population est à réaffirmer auprès des acteurs.

Par ailleurs, les participants estiment que les intervenants en santé publique adhèrent dans une plus large mesure aux orientations et aux stratégies du programme. Les intervenants reconnaissent davantage le fait qu'ils peuvent contribuer à la réalisation des orientations en santé publique, mais sans qu'il n'y ait de consensus clair autour des perspectives d'application. Certaines activités sont jugées trop rigides par rapport à l'expérience des milieux d'intervention. Également, le manque de ressources financières est vu comme un frein à l'implantation de certaines activités et un obstacle à la pérennité des actions entreprises.

« Les gens adhèrent beaucoup à l'idée de réaliser des activités de promotion de la santé et de prévention ; toutefois, quand on tombe dans l'application de certains programmes, c'est prescriptif et ce n'est pas toujours adapté, selon les intervenants de terrain, au terrain, justement. »  
*Responsable local*

Enfin, les partenaires externes connaîtraient très peu le programme. Cette lacune est toutefois surmontable par leur implication dans la réalisation des projets régionaux ou locaux. Impliquer les partenaires permet non seulement de déterminer les jonctions possibles entre les différents secteurs d'intervention, mais aussi d'établir les liens de confiance entre les partenaires, un élément clé de l'action intersectorielle. D'autres facteurs sont également incontournables, notamment la création d'alliances ministérielles, une condition jugée essentielle à l'élaboration de projets et aux efforts de mobilisation menés à l'échelle régionale ou locale.

Sur le plan de la diffusion du programme, les participants à l'évaluation remarquent qu'elle a surtout été réalisée à l'intérieur du réseau de la santé publique. La diffusion nationale a été assurée par le directeur national de santé publique dans chacune des régions, mais seulement une fois que les PAR ont été élaborés. La diffusion régionale, quant à elle, s'est appuyée sur des moyens variables, notamment la présentation du programme aux équipes locales, sans que les régions n'aient adopté de stratégie concertée. Par ailleurs, on remarque que la complexité du programme et ses nombreux objectifs et activités n'en favorisent pas la connaissance à l'extérieur du réseau de la santé publique.

En somme, il ressort des résultats d'évaluation qu'une plus grande diffusion du programme est requise à l'échelle du réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'auprès des autres secteurs d'activité. Au dire des coordonnateurs régionaux, cette action devrait être réalisée au moyen de stratégies adaptées aux acteurs visés et dépassant les seules activités de diffusion.

## **2 La transformation du réseau de la santé et des services sociaux**

Les propos des coordonnateurs régionaux et des responsables locaux mettent en lumière les processus d'implantation du programme national sous l'angle de la transformation du réseau de la santé et des services

sociaux. On a analysé les propos des coordonnateurs et des responsables en portant une attention particulière, notamment, à la planification, au partage des responsabilités en prévention ainsi qu'aux modes de collaboration.

## **2.1 La planification locale**

Conformément aux changements apportés par le nouvel environnement organisationnel, particulièrement en matière de planification locale, le continuum de services défini par le projet clinique devrait, en principe, être lié aux éléments inscrits dans les PAL et les PAR. De plus, selon leur mission, les CSSS ont à établir des collaborations avec divers partenaires sectoriels et intersectoriels de leur territoire dans une perspective d'amélioration de l'état de santé de la population. Ces collaborations permettent aux CSSS et à leurs partenaires de convenir des éléments de l'offre de services, notamment en santé publique, des paramètres décrits à l'intérieur d'ententes de services ainsi que des moyens pour assurer le partage d'information. De plus, le projet clinique devrait susciter, chez les acteurs locaux, une vision commune quant à la complémentarité entre l'action sur les déterminants de la santé et l'amélioration de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services, et ce, en fonction des caractéristiques sociosanitaires des populations locales.

### ***Les orientations en santé publique et la planification locale***

La majorité des participants à l'évaluation sont d'avis que la transformation du réseau de la santé et des services sociaux permet de réaffirmer l'importance de la prévention et de soutenir l'exercice de la responsabilité populationnelle. Sur ce point, on note que l'élaboration du projet clinique peut offrir aux acteurs locaux l'occasion de se réapproprier la planification nationale, régionale et locale en santé publique. De même, la diffusion des données sur l'état de santé des populations locales permet d'élargir la vision quant aux perspectives d'intervention en santé. Les orientations en santé publique et l'information sociosanitaire permettent un rapprochement entre les DSP et les CSSS.

On mentionne toutefois que le format des portraits sociosanitaires ne rend pas toujours facile leur appropriation à l'échelle locale et nécessite un remaniement, afin que l'information soit plus significative pour les directions du CSSS chargées de définir l'offre de services. De plus, on constate que le contenu sur les orientations en santé publique repris dans le projet clinique varie d'un CSSS à l'autre. Le PAL a pu être un outil important, surtout lorsque son élaboration s'est appuyée sur une mobilisation sectorielle et intersectorielle axée sur l'importance de la prévention, un élément jugé incontournable pour influencer les travaux de planification locale. Pour d'autres CSSS, le PAL a été moins utilisé, surtout lorsque celui-ci résultait d'un travail en vase clos. À titre d'exemple, on rapporte la rédaction des PAL d'une même région confiée à l'externe, sans que les acteurs visés participent au processus.

Ailleurs, le contenu du programme national et les priorités régionales ont pu être mis à profit pour l'élaboration des projets cliniques, particulièrement pour mettre en valeur le volet intersectoriel, une démarche ayant permis la

réunion de diverses organisations à l'égard des enjeux liés au développement social. Une telle initiative a suscité une réponse positive des acteurs tout en favorisant la coordination des activités et la concertation des acteurs à l'échelle locale.

« Les travaux, je les ai menés en réunissant un groupe de partenaires du développement social, des gens de la commission scolaire, d'organismes communautaires et de différentes corporations, des représentants du développement économique, etc. On est partis des grands enjeux, des principes et stratégies du programme ainsi que des priorités régionales. On s'est entendu sur les orientations, puis on a créé des mécanismes de coordination et de concertation, tant à l'interne qu'à l'externe. J'ai créé un comité de gestion du programme local de santé publique où siègent les directeurs de l'ensemble des programmes [...]. On a créé le même genre de dispositif de coordination sur le territoire [...]. J'ai parlé d'un virage, je voulais vraiment camper ça sur la promotion de la santé. Ça a suscité énormément d'intérêt. »

*Responsable local*

Même s'ils reconnaissent que la transformation du réseau permet de renforcer la prévention à l'échelle locale, les participants à l'évaluation émettent des réserves quant à l'influence de la transformation sur les interventions en santé. À ce sujet, si l'élaboration des projets cliniques est considérée comme un moment stratégique pour faire une place aux objectifs de prévention, plusieurs participants parlent toutefois d'un recul pour qualifier la manière dont est considérée actuellement la planification en santé publique dans certains CSSS où les changements organisationnels, créés par les fusions d'établissements, retiennent davantage l'attention des décideurs et l'énergie du personnel en place. On souligne que la prise en compte des objectifs de prévention par les décideurs y est plutôt incertaine, particulièrement par rapport aux impératifs de soins. Cette situation suscite des inquiétudes quant à son impact possible sur la réalisation du PAL.

Un tel scepticisme mène certaines DSP à choisir de ne pas « faire de débat pour introduire la prévention dans les projets cliniques », considérant « que ça ne marchera jamais », compte tenu des pressions exercées sur le secteur curatif. Le défi d'intégrer véritablement les objectifs de prévention dans les continuums de services est également soulevé, un défi qui, au-delà des travaux de planification, exige un effort de mobilisation et de responsabilisation des acteurs au regard de la mission des CSSS.

« On est allés assez loin dans le caractère incontournable du PAL pour l'élaboration du projet clinique, mais ça demeure un exercice mécanique, peu intégré et peu approprié par l'ensemble des acteurs. Ils ne se sentent pas nécessairement tous visés par la santé publique. »

*Responsable local*

### ***L'arrimage du PAL et du projet clinique***

De façon générale, les propos recueillis reflètent une diversité quant à l'insertion ou non des objectifs de prévention à l'intérieur des projets cliniques : certains projets cliniques incluent les objectifs du PAL, d'autres y

réfèrent et d'autres n'en font pas mention. Dans cette dernière situation, le PAL demeure l'unique document de référence pour la planification locale des interventions préventives.

Les responsables locaux rencontrés ont fait état de diverses stratégies mises de l'avant pour assurer l'arrimage des PAL et des projets cliniques. Cet arrimage est assumé parfois au niveau local parfois au niveau régional, selon les régions et le degré d'implication des DSP dans l'élaboration des projets cliniques. À titre d'exemple, un CSSS s'est donné une table locale pour suivre les travaux d'élaboration du projet clinique et s'assurer que la prévention fasse partie des activités prévues dans les programmes-services. Cette stratégie aurait eu l'avantage de favoriser l'engagement des acteurs locaux et de les responsabiliser. Dans un autre CSSS, l'arrimage du PAL et du projet clinique a été assuré par l'équipe du CSSS en charge de l'élaboration. D'autres ont rapporté l'existence d'une structure régionale, animée par la DSP, regroupant l'ensemble des responsables locaux en santé publique, accompagnés parfois d'un « chef de programmes CLSC », et s'assurant des liens entre le PAR, le PAL et les projets cliniques.

Tout en constatant la variabilité des stratégies utilisées pour assurer des liens entre la planification en santé publique et le projet clinique, la majorité des responsables locaux rencontrés ont souligné l'importance d'un changement à apporter à l'intérieur même des instances locales pour assurer, de manière durable, l'inclusion de la prévention dans les continuums de services. Indépendamment des particularités locales et de l'absence de modèle d'implantation, les responsables locaux souhaitent que les autorités du CSSS soient davantage investies de la planification en santé publique.

« Le directeur général adjoint souhaitait que les directeurs du CSSS soient capables de comprendre le PAL, de se l'approprier [...]. Pour eux, c'était un engagement ; ils l'ont approuvé, et il est passé au conseil d'administration. C'est sûr que ça prend toujours une espèce de vigie. Chez nous, c'est moi et le directeur général adjoint qui avons le mandat de nous assurer qu'on n'oublie pas ce morceau-là, chaque fois qu'on en a l'occasion. »  
*Responsable local*

## 2.2 La création des CSSS

Les CSSS ont pour mission légale de coordonner un réseau local de services de santé et de services sociaux devant assurer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services sur chacun des territoires locaux. Dans une perspective de responsabilité populationnelle, les CSSS doivent également agir sur les déterminants de la santé et, à cet effet, susciter et animer les collaborations requises. Les analyses de la transformation du réseau de la santé donnent lieu à des avis partagés quant aux effets escomptés de la création des CSSS sur l'action en santé publique<sup>11</sup>, d'autant plus que le renforcement de la mission préventive des CLSC est reconnu, depuis le début des années 1990, comme l'un des faits marquants de la consolidation du réseau de la santé publique à l'intérieur du système sociosanitaire<sup>12</sup>.

## ***Les fusions d'établissements et l'action en santé publique***

Les participants croient que le regroupement des CLSC à l'intérieur d'une même entité administrative permet la concentration des efforts, un aspect prometteur pour le renforcement du PAL. De plus, les coordonnateurs régionaux estiment que la création des CSSS devrait renforcer l'action en santé publique, puisque les fondements de la transformation, particulièrement les approches populationnelle et intersectorielle, rejoignent la perspective de santé publique. Également, la création de postes de responsable local en santé publique et pour les mesures d'urgence porte déjà ses fruits dans certaines régions.

Par ailleurs, des responsables locaux ont mentionné le fait que la fusion de plusieurs CLSC suppose une harmonisation des différentes cultures de prestation de services de santé publique. Si ce nouveau contexte n'est pas sans poser certains défis, notamment en milieu rural où les intervenants de CLSC sont souvent dispersés sur un plus grand territoire, il offre néanmoins l'occasion d'améliorer la cohérence des pratiques réalisées à l'échelle locale.

« Avant, chacun avait un bout du programme. On est en train de renforcer le programme en ayant des personnes qui sont responsables au niveau local pour le porter et s'assurer qu'il y ait un alignement, que l'information circule, que les activités se déroulent, qu'il y ait un regard. Ça, c'est une différence majeure, et c'est ce qui permet d'implanter une culture "santé publique" dans un établissement, qui soit inscrite dans les grandes orientations de l'établissement. »

*Coordonnateur régional*

En dépit de cet optimisme, tous les participants ont exprimé des inquiétudes quant au risque d'affaiblissement de la prévention, dont la pertinence reste à faire reconnaître dans plusieurs CSSS, particulièrement dans un contexte d'équilibre budgétaire fragile. Au dire de plusieurs coordonnateurs régionaux, il importe de considérer les rapports de force en présence qui, particulièrement dans les CSSS incluant un CH, peuvent interférer sur la place de la prévention à l'intérieur des organisations. Dans la même perspective, la plupart des responsables locaux sont d'avis que la prise en compte des objectifs de prévention varie souvent en fonction de la mission d'origine (CHSLD, CLSC, CH) et du nombre d'établissements fusionnés. À ce sujet, plusieurs ont tenu à souligner que des budgets en santé publique sont parfois utilisés pour éponger le déficit d'autres secteurs. Des coordonnateurs régionaux font remarquer que des allocations budgétaires ne sont pas toujours traduites en développement.

À la dimension budgétaire, en raison de laquelle on tend à accorder plus d'importance aux objectifs de soins qu'aux objectifs de prévention, s'ajoute l'éloignement des anciennes directions de CLSC par rapport aux centres de décision des nouvelles structures, un élément souligné par la plupart des participants. Parallèlement, des responsables locaux ajoutent que les objectifs de prévention demeurent encore parfois limités, aux yeux des acteurs de CSSS, à la mission CLSC. C'est dire que des acteurs du réseau sous-estiment encore leur responsabilité en matière de prévention. Dans la même perspective, la majorité des participants ont souligné la mobilisation insuffisante des médecins en la matière.



« Tout le monde est responsable de la santé publique dans un CSSS. C'est intéressant parce qu'en amont et en aval, on agrandit notre champ d'action. Mais les gens des autres continuums ou à l'autre bout du continuum se disent : "C'est le CLSC qui va s'occuper de la prévention et de la porte d'entrée de la clientèle" [...]. Dans la mesure où on a élaboré les projets cliniques en allant au-delà de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des services, pour se situer dans une démarche d'accès à la santé pour une population dont on se sent responsables ou coresponsables avec des partenaires, là on peut commencer à parler de santé publique. Mais on ne voit pas ça beaucoup encore. »  
*Responsable local*

Plusieurs responsables locaux trouvent que, dans leur milieu, on accorde peu de place à l'action sur les déterminants de la santé et on se limite souvent aux objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité des services. La majorité de ces responsables locaux souhaitent que la responsabilité populationnelle, comprise au sens large, soit un principe connu et reconnu par l'ensemble des directions générales, qui seront, dès lors, en mesure de signifier des attentes en conséquence. Ils estiment que les efforts de coordination des actions locales, en lien avec la gestion du PAL, impliquent l'adoption de nouvelles pratiques de gestion qui rejoignent celles attendues dans le contexte de création des CSSS et d'intégration des services. Avec la coordination du PAL, enfin, la collaboration régionale-locale est l'une des dimensions jugées essentielles pour que les responsabilités locales en prévention soient un réel levier pour l'action en amont.

### ***Le rôle du responsable local en santé publique***

Les actions du responsable local en santé publique et son influence pour assurer la prise en compte de la prévention à l'intérieur des objectifs organisationnels dépendent de la place qu'il occupe dans la structure hiérarchique du CSSS : c'est là un aspect qui est évident, mais dont l'importance a été plusieurs fois soulignée par les responsables locaux rencontrés. Il ressort ainsi une variabilité importante entre les territoires locaux. Dans certains CSSS, le responsable local joue un rôle-conseil auprès des différents cadres qui gèrent des activités de santé publique à l'intérieur d'un autre programme-services. Il arrive aussi que la responsabilité en santé publique soit fractionnée entre deux ou trois personnes, diminuant ainsi leur influence dans l'organisation. Enfin, il peut parfois s'agir d'un poste de cadre, sans équipe dédiée dans la grande majorité des cas, qui permet cependant au responsable local d'établir des liens avec les intervenants en santé publique, ce qui facilite la gestion verticale du PAL.

« Contrairement à un autre CSSS dont le responsable a le mandat mais n'a personne à sa charge, j'ai plusieurs intervenants en ligne directe avec moi. Je n'ai pas seulement les organismes communautaires, j'ai aussi toutes les infirmières scolaires, les hygiénistes dentaires, tous ceux qui interviennent en habitudes de vie [...]. L'autre responsable, lui, il répand la "bonne nouvelle", il n'a pas de pouvoir. Moi, j'ai une autorité fonctionnelle, je pense que ça fait la différence. »  
*Responsable local*

Les responsables locaux insistent sur le fait que la gestion du PAL doit être confiée à un responsable influent dans l'organisation, par exemple une direction générale adjointe, afin que les objectifs de prévention soient pris en charge par les lieux décisionnels et pour que soit établie une ligne d'imputabilité. Rapprocher la gestion du PAL des lieux décisionnels assure aussi la circulation de l'information. Un tel contexte renforce d'autant plus la prise en compte des objectifs de prévention à l'intérieur des processus de gestion que le rôle du responsable local en santé publique auprès des directions du CSSS gagne en légitimité. En bout de ligne, c'est l'inclusion d'interventions préventives dans le continuum des programmes-services qui s'en trouve favorisée.

Dans certains CSSS, la gestion du PAL est soutenue par des mécanismes de coordination entre le responsable en santé publique et les autres directions du CSSS, incluant parfois des intervenants de CLSC et des partenaires intersectoriels. Le cas d'une structure interne, animée par le responsable local en santé publique et réunissant des représentants des directions du CSSS à l'égard du PAL, est cité pour illustrer la valeur ajoutée d'une coordination inter-directions pour l'implantation d'interventions préventives. De tels mécanismes, en plus de faciliter la planification d'interventions transversales, permettent de cibler des besoins précis à l'intérieur du CSSS, besoins auxquels une offre de formation adaptée peut, par exemple, répondre. En somme, la coordination du PAL présente un avantage important pour l'exercice de la responsabilité populationnelle et l'amélioration des compétences de gestion en ce sens.

« Je fais partie de la direction [...]. J'ai fait la promotion du PAL auprès du conseil d'administration et du comité de direction. On a mis en place une structure pour essayer de faire passer ça de façon transversale dans l'organisation [...]. Ça me permet de faire un suivi auprès de chacune des directions, de faire un bilan, puis de leur dire : "Ça vous appartient, ces objectifs en prévention". On va s'installer, peut-être, dans un cycle de gestion annuelle. »

*Responsable local*

### **2.3 Le rôle du palier régional**

Les fonctions régionales de planification et de programmation, qui étaient exercées par les anciennes régies, sont dorénavant sous la responsabilité des CSSS. En effet, par l'adoption de la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives, on a redéfini les rôles et responsabilités aux niveaux régional et local pour confier à l'instance appropriée les fonctions qu'elle est le plus à même d'exercer tout en rapprochant la prise de décision de ceux qui offrent les services ou qui les utilisent<sup>13</sup>. Les DSP, en vertu de leur fonction de gestion du PAR, sont touchées par l'implantation du PAL et, plus largement, par les exercices de planification en soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle. À ce sujet, le rôle des DSP en matière de connaissance et de surveillance de l'état de santé est important pour la gestion de l'offre de services dans une perspective populationnelle et la détermination des interventions requises<sup>14</sup>.

## ***La collaboration régionale-locale***

Si la coordination du PAL est jugée essentielle pour renforcer la prévention à l'intérieur des CSSS, la collaboration régionale-locale est un facteur considéré comme tout aussi crucial. Cette collaboration, d'ailleurs présente dans la plupart des régions, est réalisée selon des modalités variables. À titre d'exemple, des DSP ont mis sur pied un comité régional de santé publique pour soutenir les CSSS ; d'autres ont nommé un répondant qui assure les liens avec chacun des CSSS de la région. Aux yeux des responsables locaux, la collaboration régionale-locale favorise une circulation de l'information à l'intérieur du CSSS, un aspect important de la coordination du PAL auprès des différentes directions du CSSS. Néanmoins, certains s'interrogent sur la cohérence des actions régionales et locales du fait que serait absente une stratégie concertée entre les deux paliers relativement aux nouvelles responsabilités des CSSS en matière de prévention.

« Je me questionne [...]. Chez nous, c'est quoi la stratégie ? Et en fonction de la transformation du réseau, actuellement, où est-ce qu'on est ? On n'a pas de stratégie, je ne la connais pas [...]. Chez nous, c'est quoi le moyen qui est pris ? Où on est au niveau régional, à la direction générale [...] ? »  
*Responsable local*

On mentionne également que les liens ne sont pas toujours clairs entre la DSP et les autres directions de l'agence et, conséquemment, que les messages adressés aux CSSS ne sont pas toujours concordants. Ceux qui partagent cet avis disent ne pas toujours savoir comment se situer dans leur propre organisation lorsque les liens entre les objectifs d'organisation de services et ceux de prévention sont peu ou pas établis à l'échelle régionale. L'approche de planification régionale-locale, soutenue par une dynamique de collaboration, est jugée essentielle à la structuration locale de la prévention par la définition de priorités communes, de cibles d'action, de résultats attendus et de mécanismes de suivi. Mentionnons que des participants se sont exprimés en faveur d'une ouverture des lieux d'échanges régionaux-locaux aux autres acteurs du réseau, et ce, afin que la portée des discussions soit élargie.

« Dans notre région, il y a une espèce de compétition. On avait quelqu'un de la santé publique et aussi quelqu'un de l'organisation de services de l'agence, et, des fois, entre l'agence et la santé publique, ce n'est pas toujours évident [...]. Parfois, les gens de la santé publique ont des opinions par rapport aux orientations, mais aussi par rapport à l'organisation. Les gens de l'organisation ont aussi des opinions par rapport aux deux [...]. Quand on reçoit des messages divergents, de part et d'autre, comment on s'ajuste par rapport à ça ? Ça, ce n'est pas évident. »  
*Responsable local*

Enfin, quelques responsables locaux ont affirmé qu'il serait important qu'on revoie la pertinence des comités de soutien à l'implantation de certaines activités et qu'on centre les efforts sur les objectifs prioritaires prévus à la planification régionale et locale. Dans certains cas, on a relevé l'abolition de certains comités dont la pertinence avait été mise en doute à la fois par la DSP et les CSSS d'une même région. Les responsables locaux se sont également attardés au fonctionnement des structures en place pour soutenir la collaboration entre le palier

régional et celui local, structures qui peuvent varier d'une région à l'autre. Dans certaines régions, la collaboration régionale-locale s'appuie sur une structure participative, et ce, dans un esprit de responsabilité partagée entre la DSP et le CSSS. Cependant, d'autres structures apparaissent moins souples aux yeux de certains responsables locaux lorsque l'autorité d'expert peut créer un déséquilibre dans les échanges.

« On est beaucoup en négociation, nous autres. Habituellement, l'ensemble des gestionnaires locaux sont là. On s'est créé une table régionale avec le directeur de santé publique. Ce n'est pas facile parce que, souvent, il sort son autorité de directeur, ce qui est assez frustrant [...] parce qu'on a chacun des responsabilités. Il s'agit de trouver un terrain d'entente. »  
*Responsable local*

### **La contribution des DSP**

Des coordonnateurs régionaux remarquent que, depuis la transformation du réseau de la santé et des services sociaux, leurs ressources professionnelles sont davantage consultées par les autres directions de l'agence ainsi que par les CSSS sur des dossiers qui dépassent l'implantation des PAR et des PAL. Leurs ressources sont notamment consultées plus largement sur l'organisation des services dans une perspective populationnelle. L'ouverture de ce champ d'expertise sur l'organisation des services peut accroître la prise en compte des objectifs de prévention dans les orientations régionales, et, conséquemment, soutenir les décisions d'ordre budgétaire.

« J'ai vu une différence, même à l'intérieur de notre agence. On s'implique plus dans les dossiers des autres, même les très spécialisés [...]. Au conseil d'administration, notre propre PDG, qui n'est pas très porté sur la prévention, a même dit : "C'est important, les aspects de prévention". Notre travail commence à porter ses fruits. »  
*Coordonnateur régional*

« Par exemple, un CSSS qui a des problèmes financiers doit faire des choix. Ils viennent nous consulter. On leur amène des informations. Ce sont eux qui prennent la décision en bout de ligne, mais on les aide dans cette prise de décision-là. Ce qui n'était pas le cas auparavant. »  
*Coordonnateur régional*

Sur le plan de l'expertise en santé publique, les responsables locaux estiment que les experts se heurtent souvent au manque de connaissance, à l'échelle régionale, des contraintes organisationnelles et budgétaires des CSSS. À cet égard, les responsables locaux souhaitent que l'expertise régionale soit davantage complémentaire à la gestion locale, dans une perspective de recherche conjointe de solutions, prenant comme point de départ la dynamique interne et les besoins propres à chaque CSSS. Un tel ajustement de l'approche régionale implique un nécessaire élargissement de la notion d'expertise, pour qu'elle tienne compte du point de vue du gestionnaire de CSSS sur sa propre organisation et sur la faisabilité des stratégies d'implantation des activités de prévention.

Dans un tel cadre, le développement des compétences, tant à l'échelle régionale qu'à l'échelle locale, est un aspect essentiel pour que l'exercice de la responsabilité populationnelle ait un réel impact sur l'organisation des services, notamment par rapport à l'élaboration des projets cliniques et à la mise en œuvre des réseaux locaux de services. La majorité des participants sont d'avis que la création des CSSS vient modifier de façon importante les pratiques professionnelles à l'échelle des DSP, lesquelles doivent soutenir étroitement les nouvelles instances locales par de l'animation, de la mobilisation et du transfert des connaissances, et ce, en appui à l'exercice de la responsabilité populationnelle. On souligne également que tant les acteurs régionaux que les acteurs locaux sont, généralement, peu expérimentés en matière d'application de l'approche populationnelle à la gestion des services.

Sur le plan des contenus en santé publique, les responsables locaux se disent satisfaits des productions régionales. Certains d'entre eux utilisent cependant les productions d'autres régions pour avoir une information plus complète. De plus, plusieurs ont dit souhaiter que la production des contenus réponde davantage à des besoins ciblés d'information à l'échelle locale. Enfin, certains font remarquer que la disponibilité des ressources locales n'est pas toujours prise en compte lors de l'élaboration du contenu spécialisé produit pour l'un ou l'autre des domaines d'activité. À ce sujet, les responsables locaux parlent souvent du déséquilibre entre les ressources humaines régionales et celles locales, notamment dans le contexte où les fonctions de programmation et de planification relèvent désormais des CSSS. Cette situation peut créer des difficultés pour l'implantation ainsi que des irritants pour la reddition de comptes.

Enfin, plusieurs participants pensent que les changements produits par la transformation du réseau de la santé et des services sociaux mettent en lumière l'importance du leadership en santé publique, exercé notamment au moyen des communications publiques. À ce sujet, des ajustements sont souhaitables pour que le programme national et les arguments en faveur de la prévention soient davantage diffusés et mis en valeur à l'intérieur du réseau. Au dire des coordonnateurs régionaux, ce travail concernerait, en premier lieu, la Direction générale de la santé publique ainsi que les directeurs de santé publique. Mentionnons également l'importance, pour la majorité des participants, de la diffusion d'un « argumentaire régional », une condition favorable au renforcement de la prévention à l'échelle locale.

« C'est un programme national 2003-2012. Les prochaines années vont être déterminantes, sur le plan politique, des discours. Se rapprocher du réseau sans avoir peur de se faire intégrer, ce sera aussi un des enjeux qu'on aura. »

*Coordonnateur régional*

### **3 Les processus administratifs**

Les changements dans la gouverne du réseau et l'organisation des services sont soutenus par des processus administratifs issus du modèle de gestion par résultats. En santé et services sociaux, ces processus réfèrent aux ententes de gestion entre les agences et le Ministère. Le mode d'allocation des ressources, défini sur une base populationnelle, soutient également les transformations en cours. Les CSSS, quant à eux, ont une obligation d'imputabilité envers les agences, qui allouent et gèrent les ressources financières. Les agences coordonnent l'ensemble des réseaux locaux de services d'une même région et assurent ainsi le maintien d'une vision régionale de l'organisation des services centrée sur l'atteinte des résultats.

#### ***Les ententes de gestion, l'allocation des ressources et l'implantation des activités en santé publique***

Les responsables locaux estiment que les ententes de gestion facilitent la prise en compte des objectifs de prévention à l'intérieur des CSSS, malgré les difficultés attribuables, entre autres, à la collecte de données et à la définition de certains indicateurs. Les coordonnateurs régionaux, eux, s'entendent pour dire que les ententes de gestion, bien qu'elles soient structurées davantage selon les activités cliniques, constituent un levier pour l'implantation des activités du programme national. Pour l'ensemble des participants, les ententes de gestion représentent plus qu'un suivi administratif.

On souligne le caractère structurant des ententes de gestion, compte tenu du fait qu'elles sont signées par le PDG de l'agence et compte tenu des obligations de résultats qui en découlent. Les coordonnateurs régionaux, plus particulièrement, estiment que les ententes de gestion sont encore plus importantes depuis l'instauration du mode de financement par enveloppe globale parce qu'elles permettent de savoir si les sommes de développement sont investies au bon endroit. En effet, plusieurs soulignent qu'en raison de l'allocation des ressources par budget global, certaines régions et certains territoires locaux peuvent éprouver plus de difficulté à dégager de l'argent pour la réalisation d'activités de santé publique, particulièrement en promotion de la santé et en prévention des problèmes psychosociaux et des problèmes de santé. À cet égard, plusieurs responsables locaux souhaitent que l'agence exerce un suivi plus systématique de l'utilisation des budgets en santé publique à l'échelle locale. Malgré leur aspect structurant, les ententes de gestion sont souvent vues comme un mécanisme lourd qui exige du temps. Tout en reconnaissant qu'il est nécessaire qu'on effectue un suivi de l'implantation des activités, les participants croient qu'il importe de prioriser l'information à collecter.

Toutefois, on souhaite voir évoluer le processus des ententes de gestion de manière qu'on puisse mieux apprécier les efforts déployés à l'échelle locale en matière de gestion des services de santé et des services sociaux. À cet effet, la définition d'indicateurs qualitatifs, complémentaires aux indicateurs quantitatifs de prestation de services, permettrait la mise en lumière de l'adoption de nouvelles pratiques professionnelles et de nouvelles pratiques de gestion en soutien à la responsabilité populationnelle.

## **4 Le résumé des résultats**

### **4.1 L'appropriation du *Programme national de santé publique 2003-2012***

L'élaboration du *Programme national de santé publique 2003-2012* constitue un moment important de la consolidation du réseau de la santé publique. Le programme national est venu définir le champ d'intervention en santé publique en fonction de la diversité des modèles, des approches et des problématiques jugées prioritaires. La traduction du programme à l'intérieur des PAR et des PAL a, par ailleurs, pris forme à travers un effort de concertation plus ou moins étendu à l'échelle intersectorielle et auprès des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, selon les régions et les territoires. Dans le contexte de la transformation du réseau, l'approche et les valeurs portées par le programme, ainsi que les bases scientifiques de son contenu, fournissent des orientations solides pour soutenir l'exercice de la responsabilité populationnelle.

Cette solidité du programme national ainsi que le cadre légal de son application sont, toutefois, des conditions insuffisantes pour assurer l'atteinte des objectifs. Si les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux connaissent certainement l'existence du programme, ils y verraient peu d'avantages pour leur propre action. Les intervenants en santé publique eux-mêmes seraient souvent réticents par rapport au programme, jugeant des activités trop rigides par rapport à certaines particularités régionales ou locales et considérant le manque de financement comme un frein à l'implantation. Enfin, la création d'alliances ministérielles est un facteur essentiel à la réalisation de projets intersectoriels menés à l'échelle régionale ou locale.

### **4.2 La planification locale**

L'élaboration du projet clinique joue un rôle important dans la mobilisation des acteurs de CSSS à l'égard des objectifs de prévention et dans la consolidation des partenariats intersectoriels. En effet, le projet clinique peut offrir aux acteurs locaux l'occasion de se réapproprier la planification nationale, régionale et locale en santé publique. De même, la diffusion des données sur l'état de santé permet d'élargir la vision quant aux perspectives d'intervention en faveur de l'amélioration de la santé et du bien-être des populations locales. Malgré cela, on constate un recul dans la manière dont est considérée la planification en santé publique dans certains CSSS où les changements organisationnels, créés par les fusions d'établissements, retiennent davantage l'attention des décideurs et l'énergie du personnel en place. Dans ces circonstances, la prise en compte des objectifs de prévention par les décideurs y est plutôt incertaine, particulièrement par rapport aux impératifs de soins. Cette situation suscite des inquiétudes quant à son impact possible sur la réalisation du PAL.

La création récente des CSSS pose donc un défi important pour la coordination des actions de l'ensemble des acteurs locaux. En effet, indépendamment des particularités locales et de l'absence de modèle d'implantation, on souhaite que les autorités du CSSS soient davantage investies de la planification en santé publique et qu'une ligne claire d'imputabilité soit établie selon cet engagement.

### **4.3 La création des CSSS**

La création des CSSS est généralement perçue comme un levier pour l'action en santé publique en raison du cadre légal lié à la responsabilité populationnelle et de la création, de façon générale, d'une fonction de gestionnaire du PAL. La prise en compte des objectifs de prévention varie toutefois souvent en fonction de la mission d'origine et du nombre d'établissements fusionnés. À la dimension budgétaire, en raison de laquelle on tend à accorder plus d'importance aux objectifs de soins qu'aux objectifs de prévention, s'ajoute l'éloignement des anciennes directions de CLSC par rapport aux centres de décision des nouvelles structures. Ces aspects sont d'autant plus préoccupants que les objectifs de prévention demeurent encore parfois cantonnés, aux yeux des acteurs de CSSS, à la mission CLSC. On souligne la définition souvent restreinte qu'on a, à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux, de la responsabilité populationnelle. Celle-ci tend à ne pas inclure l'action sur les déterminants de la santé et à être limitée à l'accessibilité, à la continuité et à la qualité des services.

Les fusions d'établissements constituent cependant un levier là où la gestion du PAL s'insère à l'intérieur des processus décisionnels du CSSS et des mécanismes de coordination inter-directions. En effet, les actions du responsable local en santé publique et son influence pour assurer la prise en compte des objectifs de prévention à l'échelle locale dépendent de la place qu'il occupe dans la structure hiérarchique du CSSS. Par ailleurs, l'action locale en santé publique, sous la gouverne du CSSS, ne peut être pensée de manière entièrement isolée par rapport aux DSP. Sur ce point, les résultats d'évaluation montrent toute l'importance de la collaboration régionale-locale pour le renforcement de la prévention à l'échelle locale.

### **4.4 Le rôle du palier régional**

La création des CSSS et la responsabilité populationnelle impliquent un élargissement de la notion d'expertise en santé publique afin que celle-ci tienne compte des nouveaux impératifs de mise en œuvre des activités coordonnées à l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux, impératifs illustrés, entre autres, par l'interdépendance des planifications locales (PAL, projet clinique). Concrètement, cet ajustement peut se faire par l'adoption conjointe des stratégies d'implantation et par un accompagnement des acteurs locaux en fonction des contraintes et des occasions à l'intérieur même des CSSS. Dans un tel cadre, le développement des compétences, tant régionales que locales, est un élément essentiel afin que la responsabilité populationnelle ait un réel impact sur l'organisation des services, particulièrement quant aux projets cliniques et à la mise en œuvre des réseaux locaux de services.

Par ailleurs, la cohérence des actions menées aux niveaux régional et local est parfois mise en doute, laissant pressentir l'absence d'une stratégie concertée entre les deux paliers relativement aux visées de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux. À ce sujet, une ouverture des lieux d'échanges régionaux-locaux aux autres acteurs du réseau apparaît souhaitable si l'on veut élargir la portée des discussions. Enfin, la



transformation du réseau met en évidence l'importance de l'influence nationale et régionale, exercée, notamment, par les communications publiques.

#### **4.5 Les processus administratifs**

La reddition de comptes, définie dans les ententes de gestion, est un levier important pour l'implantation des activités du programme et l'atteinte des résultats. Par ailleurs, le nouveau mode d'allocation des ressources par budget global permet des discussions au niveau régional afin que soient financées certaines activités de santé publique et tout particulièrement celles en promotion de la santé et en prévention des problèmes psychosociaux et des problèmes de santé. Il s'agit d'un enjeu particulièrement important dans les CSSS incluant une mission CH.

Les changements attendus dans le cadre de la transformation du réseau de la santé et des services sociaux impliquent des modifications importantes aux pratiques de gestion et aux pratiques professionnelles. Or, les ententes de gestion n'incluent aucun indicateur pour mesurer l'atteinte des résultats attendus de cette transformation. La mesure des résultats de prestation de services est insuffisante pour rendre compte des efforts fournis au sein du réseau et suivre l'évolution des pratiques, ce qui peut être un facteur de démobilisation non négligeable.

## TROISIÈME PARTIE : PISTES D'AMÉLIORATION

---

La dernière étape du processus d'évaluation consistait à présenter les résultats des entrevues de groupe aux experts de manière que soient dégagées des pistes d'amélioration pour la poursuite du programme national. Les pistes d'amélioration ici présentées incluent l'analyse du matériel recueilli auprès des experts et des discussions entourant les présentations préliminaires des résultats d'évaluation en cours de processus d'évaluation.

### **1 Les pistes sur le plan des contenus**

#### **1.1 Présenter le *Programme national de santé publique 2003-2012* d'une manière plus opérationnelle**

Le programme doit être présenté d'une manière plus opérationnelle si l'on veut soutenir son appropriation, et ce, autant par les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux que par les partenaires externes. Cela signifie, notamment, qu'il faut préciser les stratégies d'action, clarifier les objectifs et les groupes ciblés ainsi que mieux définir les rôles et responsabilités des différents niveaux d'intervention. En soutien à l'action intersectorielle, cela revient particulièrement à se donner des objectifs et des priorités communes pour favoriser la mobilisation, dans le respect des missions de chacun des secteurs.

#### **1.2 Situer le programme en soutien à la responsabilité populationnelle**

La prévention est une dimension importante de l'action des CSSS dans le cadre de la responsabilité populationnelle. Bien qu'il s'agisse d'un concept à mieux comprendre, la responsabilité populationnelle représente une occasion de renforcer la prévention, et ce, à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux de même que dans les autres secteurs d'activité. Le contenu du programme national doit donc être orienté de manière à soutenir davantage les responsabilités locales, particulièrement à l'égard de l'action sur les déterminants de la santé. Dans cette perspective, le soutien à la responsabilité populationnelle s'exerce également par la fonction de surveillance continue de l'état de santé de la population, une fonction cruciale pour la planification, l'établissement de priorités et, plus largement, la prise de décision en gestion des services de santé.

#### **1.3 Favoriser une plus grande ouverture du programme**

L'amélioration du contenu du programme suppose une plus grande ouverture à l'innovation, au moyen de l'évaluation et de la diffusion des pratiques prometteuses, en promotion de la santé particulièrement. Dans une perspective d'équilibre entre l'aspect prescriptif du programme et l'expérience du terrain, l'évolution du

programme doit reposer sur la diversité des savoirs, incluant la perspective des acteurs locaux. Une plus grande ouverture du programme suppose également la consultation des partenaires intersectoriels.

## **2 Les pistes sur le plan organisationnel**

### **2.1 Valoriser le PAL auprès des autorités des CSSS**

La reconnaissance du rôle de la santé publique à l'échelle locale constitue un enjeu majeur dans le contexte de la création des CSSS. Il importe que le rôle des responsables locaux en santé publique soit soutenu par les conseils d'administration et les directions générales, lesquels sont imputables par rapport au PAL. Une attention particulière devrait être portée aux actions entreprises pour l'atteinte des objectifs de prévention dans un contexte où les missions en santé et services sociaux sont fréquemment considérées comme concurrentes. De plus, en vertu de leur rôle, les agences devraient clarifier les attentes liées à la responsabilité populationnelle. L'action sur les déterminants de la santé est un aspect qui devrait davantage être mis de l'avant.

### **2.2 Confier la gestion du PAL à une direction du CSSS**

Confier la responsabilité du PAL à un lieu décisionnel supérieur faciliterait la prise en compte et le suivi des objectifs de prévention à l'intérieur des CSSS. Par ailleurs, compte tenu de la diversité des modèles organisationnels adoptés par les CSSS et de la place variable accordée au PAL à l'intérieur des CSSS, il s'avère important d'accroître l'influence du responsable local en santé publique auprès des autres directions lorsque celui-ci n'est pas en position d'autorité.

### **2.3 S'assurer d'avoir une coordination interne du programme de santé publique**

Les mécanismes de coordination et les lieux d'échanges inter-directions où sont traités les objectifs du PAL sont importants pour l'atteinte des résultats en prévention. La contribution des organisateurs communautaires est une piste à envisager pour dynamiser les échanges entourant la stratégie d'action intersectorielle. Dans une perspective de coordination des activités de prévention offertes à la population, la mise sur pied de mécanismes de liaison entre les divers intervenants des équipes est aussi à considérer.

## **3 Les pistes sur le plan de la mise en œuvre**

### **3.1 Faire en sorte que les objectifs de prévention soient portés par l'ensemble des acteurs locaux**

Il apparaît important d'accentuer, à l'intérieur des orientations ministérielles, la diffusion d'une conception élargie de la responsabilité populationnelle qui tienne compte, à la fois, des objectifs d'accessibilité, de continuité et de

qualité des services ainsi que de ceux de prévention. De la même manière, il importe que la conception de la responsabilité populationnelle, au sens large, soit portée à l'échelle régionale et intégrée à l'intérieur des planifications stratégiques des agences. Par ailleurs, les liens à faire entre le PAL et le projet clinique sont à clarifier si l'on veut mieux orienter les équipes locales responsables de l'élaboration, de la mise en œuvre et du suivi des planifications locales.

En soutien à l'action intersectorielle, les partenaires visés par les objectifs de prévention doivent être clairement identifiés. Un plus grand rapprochement entre le Ministère et les autres ministères est également souhaitable pour favoriser la réussite des actions intersectorielles menées aux niveaux régional et local. À ce sujet, le potentiel des fonctions de soutien en santé publique, particulièrement celles portant sur les politiques publiques et la recherche, est à mettre en valeur.

### **3.2 Définir des objectifs, des priorités et des mécanismes de suivi**

La mise en œuvre du Programme national de santé publique pourrait être facilitée si son déploiement, aux niveaux régional et local, était centré sur des objectifs prioritaires. Ainsi, la pertinence de définir des priorités nationales, soutenues par un financement accru, est soulignée. À l'échelle régionale, la détermination de priorités à l'intérieur du PAR facilite la mise en œuvre et le suivi des planifications locales. De plus, on devrait préciser les effets attendus de l'action intersectorielle en définissant, aux niveaux national, régional et local, des objectifs et des priorités pour la mise en œuvre de cette stratégie d'action.

### **3.3 S'assurer d'une plus grande cohérence entre les programmes-services**

Le renforcement des liens entre la Direction générale de la santé publique et les autres directions ministérielles, d'une part, et, d'autre part, entre les DSP et les autres directions des agences apparaît essentiel compte tenu de la nécessaire complémentarité entre les objectifs de prévention et ceux d'accessibilité, de continuité et de qualité des services. Une meilleure cohérence entre les programmes-services est également à rechercher, particulièrement lors de l'élaboration des cadres de référence ministériels qui influencent directement les planifications régionales et locales.

### **3.4 Tenir compte de l'arrimage du PAL et du projet clinique dans les exercices de planification**

Les liens entre la planification locale en santé publique et le projet clinique doivent être clarifiés. Sans pencher en faveur d'un modèle unique, on doit mettre à jour le *Programme national de santé publique 2003-2012* en tenant compte de l'interdépendance des planifications locales. Lors de cette mise à jour, on devrait en profiter pour actualiser l'information au sein du réseau de la santé et des services sociaux concernant la contribution du PAL selon les changements organisationnels et cliniques apportés par la Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives.

### **3.5 Revoir la structure et le fonctionnement des mécanismes de concertation en santé publique**

Si le déploiement du programme national par le partage des responsabilités nationales, régionales et locales demeure essentiel, un assouplissement des structures de concertation nationale est souhaitable afin que la perspective locale en santé publique soit partie prenante aux développements. Une telle ouverture favoriserait la prise en compte des réalités locales lorsque vient le temps de s'entendre sur les orientations à prendre pour soutenir l'évolution du programme, solidifiant ainsi les assises de la prévention dans le contexte de création des CSSS.

Les acteurs régionaux, outre leur rôle d'animation de la concertation à l'égard des objectifs de prévention, doivent investir les lieux de concertation en santé et services sociaux. Les directeurs de santé publique, plus précisément, sont appelés à exercer leur rôle d'influence, à l'intérieur et à l'extérieur de l'agence, pour soutenir le renforcement régional de la prévention. Par ailleurs, toutes les directions de l'agence devraient s'assurer de la prise en compte des objectifs de prévention, de façon systématique et continue, dans leurs rapports avec le CSSS et les acteurs du développement régional.

### **3.6 Soutenir les acteurs des CSSS quant à la formation et au développement des compétences**

À l'échelle locale, il importe d'offrir aux acteurs des CSSS des contenus de formation visant le développement des connaissances sur l'approche populationnelle et son application locale. Dans cette perspective, les éléments de formation devraient permettre aux acteurs des CSSS de couvrir la responsabilité populationnelle, incluant l'action sur les déterminants et, à cet égard, d'outiller les acteurs locaux dans leur fonction de planification. Plus particulièrement, pour les responsables locaux en santé publique, des outils et des contenus de formation sont à créer. Ces outils et contenus porteraient, entre autres, sur des aspects ciblés de la communication publique, de la planification stratégique et de la mise en œuvre des stratégies d'action en santé publique, dont l'action intersectorielle fait partie.

### **3.7 Développer une expertise régionale relativement à l'implantation de programmes**

La nécessité de développer une expertise régionale quant à l'implantation de programmes apparaît essentielle dans le contexte des responsabilités locales en matière de prévention et, à cet égard, des processus de planification. Ce changement implique une transformation des pratiques professionnelles régionales, tant à l'intérieur des DSP qu'au sein des autres directions régionales. Dans une perspective de développement des compétences transversales, soutenu par de la formation, des communautés de pratique et des lieux d'échanges, le soutien des ressources régionales dans leur rôle d'accompagnement des ressources locales serait d'une importante contribution. Par ailleurs, l'implantation locale nécessite, notamment pour les DSP, de situer les fonctions régionales de connaissance et de surveillance en appui aux responsabilités des CSSS en matière de planification et d'établissement des priorités. De plus, le déploiement de l'expertise en santé publique dans une

perspective de soutien aux CSSS est un point majeur à retenir. À cet égard, la contribution de l'expertise en santé publique doit dépasser largement la diffusion unilatérale de l'information par des activités dynamiques de transfert favorables à l'appropriation locale des connaissances et des orientations. Enfin, les directeurs de santé publique devraient être sensibilisés à l'importance du changement des pratiques professionnelles dans le contexte de la transformation du réseau.

### **3.8 Adopter une stratégie de communication dans une perspective de mobilisation des acteurs du réseau et des partenaires intersectoriels**

Une communication claire, à l'intérieur et à l'extérieur du réseau de la santé et des services sociaux, soulignant la contribution de la prévention à l'atteinte des objectifs en santé contribuerait à la mise en œuvre du programme national. Cette stratégie, tout en incluant des outils de communication adaptés aux acteurs à mobiliser, ne doit pas se limiter à la seule diffusion de documents, mais reposer sur des formules dynamiques comme l'organisation de forums sur le programme et son actualisation à l'intérieur des planifications locales. Des actions pour susciter les échanges concernant les réalisations régionales en action intersectorielle devraient aussi être envisagées. Enfin, une stratégie de communication est à mettre en œuvre auprès des autres ministères. Il demeure toutefois crucial de faire connaître aux partenaires intersectoriels leurs nécessaires contributions à la santé et au bien-être de la population en misant davantage sur la fonction de la réglementation, de la législation et des politiques publiques ayant des effets sur la santé.

### **3.9 Suivre l'évolution de la prévention, à l'échelle locale particulièrement**

La poursuite d'activités de recherche et d'évaluation, en soutien aux changements induits et aux acteurs touchés par la transformation du réseau de la santé et des services sociaux, constitue une voie à privilégier pour suivre l'évolution de la prévention à l'échelle locale. À cet égard, la réalisation de projets conjoints de recherche et d'évaluation est à considérer pour soutenir l'évolution des pratiques professionnelles et des pratiques de gestion au regard de la responsabilité populationnelle, d'une part, et de l'action intersectorielle, d'autre part.

## **4 Les pistes sur le plan administratif**

### **4.1 Contribuer à l'évolution des processus des ententes de gestion**

Il importe de parvenir à couvrir un champ plus large de l'action en santé et services sociaux, de manière à tenir compte des résultats atteints au-delà des mesures quantitatives de la prestation de services. Pour ce faire, il importe d'améliorer les systèmes d'information pour mieux suivre l'évolution des pratiques professionnelles et des pratiques de gestion attendues dans le cadre de la responsabilité populationnelle.

## **4.2 Suivre les dépenses en santé publique**

Le suivi des dépenses en santé publique est une condition importante pour assurer l'implantation des activités du programme. Il importerait également de distinguer le programme national du programme-services Santé publique.

## CONCLUSION

---

Les résultats d'évaluation mettent en évidence la nécessité d'accroître la portée des orientations du programme de santé publique sur l'intervention en santé et services sociaux de même que sur l'action intersectorielle, un défi qui semble de taille en raison des changements attendus dans les pratiques et les façons de voir. Il faut toutefois se rappeler que le développement continu et la consolidation de la santé publique au Québec s'inscrivent dans un mouvement, amorcé à la fin des années 1960, qui témoigne des efforts d'intégration des activités de prévention dans la structure administrative des soins de santé. La transformation du réseau avec accent sur la responsabilité populationnelle s'inscrit à l'intérieur de ce courant tout en permettant de franchir un pas de plus. En effet, le terrain est actuellement propice à la mise à profit de la santé publique et du modèle des déterminants de la santé dans l'organisation même des services de santé et des services sociaux<sup>ix</sup>.

De plus, l'évaluation permet de conclure que la transformation du réseau est loin de compromettre la mise en œuvre du programme de santé publique : cette mise en œuvre elle-même, par le biais des CSSS, peut être un levier important pour accroître la capacité des acteurs en santé publique d'influencer le processus actuel de redéfinition des frontières organisationnelles<sup>15</sup> favorables à l'action en santé publique, à la prévention ainsi qu'à l'action intersectorielle. Cette transformation implique, toutefois, un rôle actif des acteurs, lui-même appelé à évoluer pour que l'expertise en santé publique puisse influencer et soutenir la réalisation du plein potentiel de la responsabilité populationnelle à l'échelle locale.

Enfin, les années à venir seront l'occasion d'aller plus loin dans la mise en œuvre du programme national sur la base des responsabilités redéfinies à l'échelle du réseau de la santé et des services sociaux. Une stratégie d'évaluation permettra de suivre cette évolution et de rendre compte des améliorations apportées.

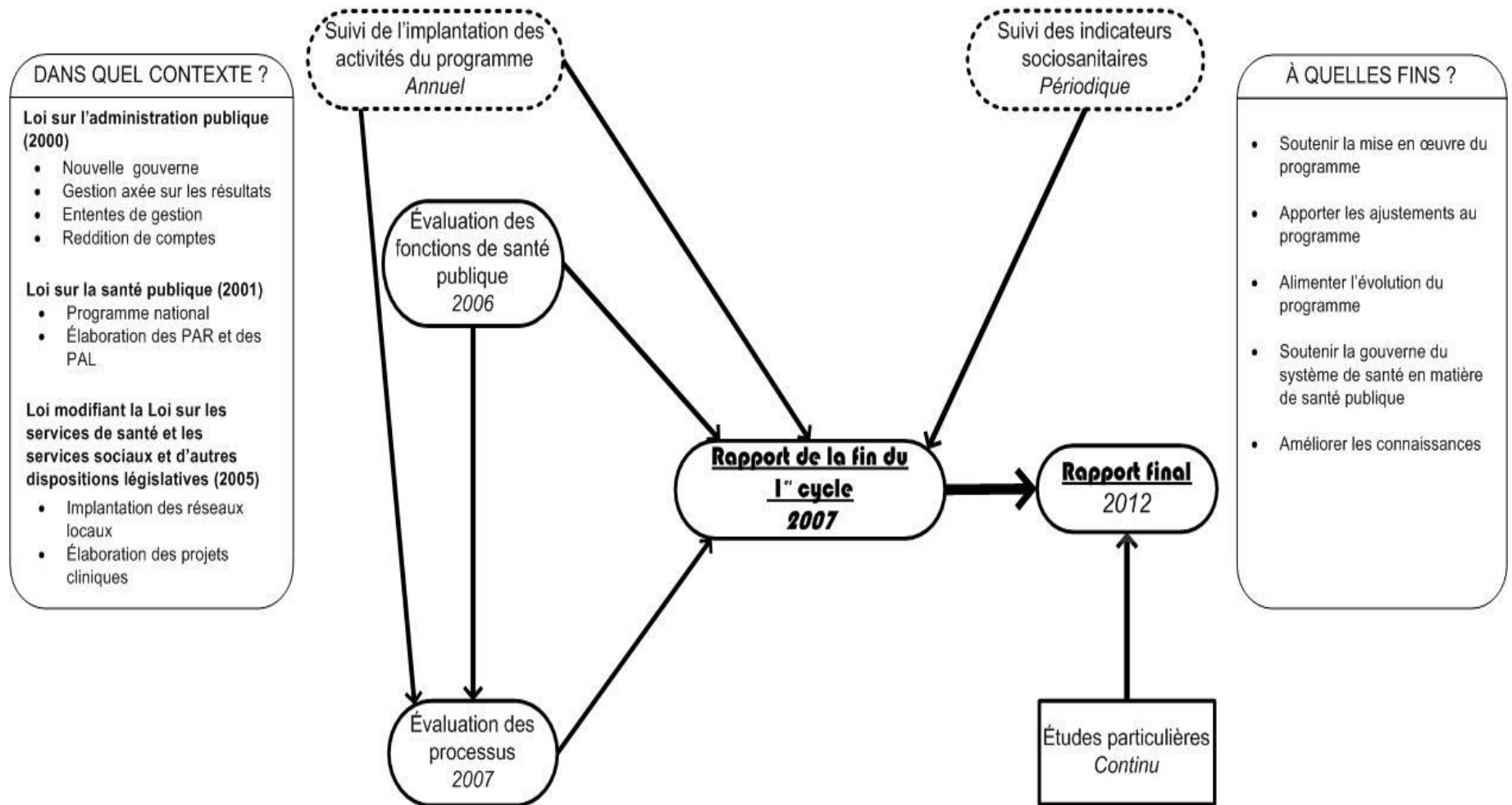
---

ix. Au sujet du rôle de la santé publique vu, à la fois, comme complémentaire et spécifique aux objectifs des systèmes de santé, voir entre autres LÉVESQUE, J.-F., et P. BERGERON (2003), « De l'individuel au collectif : une vision décloisonnée de la santé publique et des soins », *Ruptures : revue transdisciplinaire en santé*, vol. 9, n° 2, p. 73-89.





**ANNEXE : STRATÉGIE D'ÉVALUATION DU PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE 2003-2012**





## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

---

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003), *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 133 p.
  2. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005a), *Suivi de l'implantation des activités du Programme national de santé publique 2003-2012 : bilan 2004-2005*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 36 p. et annexes. [Document interne].  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006a), *Suivi de l'implantation des activités du Programme national de santé publique 2003-2012 : bilan 2005-2006*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 34 p. et annexes. [Document interne].  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006b), *Évaluation des fonctions de santé publique et autres fonctions de gouverne, de planification et d'évaluation*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 110 p. [Document interne].  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007a), *Programme national de santé publique 2003-2012 : suivi des indicateurs sociosanitaires – Tableau de bord*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 59 p. [Document interne].  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008), *Suivi de l'implantation des activités du Programme national de santé publique 2003-2012 : bilan de la fin du premier cycle*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 53 p. et annexes. [Document interne].
  3. LABERGE, A., J. MORISSET et M. IMBLEAU (2007), *Le Programme national de santé publique : une lecture stratégique des conditions de mise en œuvre*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et Institut national de santé publique du Québec, p. 23-24.
  4. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004a), *Projet clinique : cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux – Document principal*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 7.
  5. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005b), *Implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux : devis d'évaluation*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 65 p.
  6. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006c), *Cadre d'évaluation des processus d'implantation du Programme national de santé publique*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 25 p. [Document interne].
  7. ALLARD, D. (1996), *De l'évaluation de programme au diagnostic socio-systémique*, Thèse (D. Sociologie), Université du Québec à Montréal, 252 p.  
CHAMBERLAND, C., et A. BILODEAU (2000), « Identité et légitimité de la promotion de la santé : la nécessaire conjugaison des paradigmes de recherche et d'action », *Ruptures : revue transdisciplinaire en santé*, vol. 7, n° 1, p. 138-149.  
BILODEAU, A., et autres (2003), *Les priorités nationales de santé publique 1997-2002 : une évaluation de l'actualisation de leurs principes directeurs – Le cas du protocole sociojudiciaire en matière de violence conjugale de la région du Bas-Saint-Laurent*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 96 p.  
MARCHAND, Y., et A. BILODEAU (2002), « Renouveler la planification en santé publique : l'expérience des priorités régionales 1995-1998 », *Rapport synthèse*, vol. 6, n° 2, p. 1-4.
  8. JOUBERT, P. (sous la direction de), F. DESBIENS et C. DAGENAIS (2002), *De l'innovation au changement : les leçons tirées des projets québécois financés par le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS)*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 21.
  9. BÉGIN, C., et autres (sous la direction de) (1999), « L'évaluation dans le domaine de la santé : conceptions, courants de pensée et mise en œuvre », dans *Le système de santé québécois : un modèle en transformation*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, p. 275. (Politique et économie).
  10. PINEAULT, R., et C. DAVELUY (1995), *La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies*, Montréal, Éditions Nouvelles, p. 66.
  11. RICHARD, M.-C. (2005), « Enjeux de la configuration des Centres de santé et de services sociaux : recension des écrits », *Cahier du Centre d'étude et de recherche en intervention sociale*, n° 05-14, p. 1-66.
  12. BILODEAU, A., et autres (2003), *op. cit.*, p. 2, note 6.
  13. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004b), *L'intégration des services de santé et des services sociaux : le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 7 et 19.
  14. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007b), *Cadre d'orientation pour le développement et l'évolution de la fonction de surveillance au Québec*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 51 p.
  15. LABERGE, A., J. MORISSET et M. IMBLEAU (2007), *op. cit.*
-

[www.msss.gouv.qc.ca](http://www.msss.gouv.qc.ca)