



Rapport d'analyse sur le déploiement du Programme national de santé publique (PNSP)

PERSPECTIVE SOCIOHISTORIQUE ET D'INNOVATION

Rapport d'analyse sur le déploiement du Programme national de santé publique (PNSP)

PERSPECTIVE SOCIOHISTORIQUE ET D'INNOVATION

Vice-présidence aux affaires scientifiques

Septembre 2014

AUTEUR, RECHERCHE ET RÉALISATION

Marc Lemire, Ph. D., chercheur d'établissement
Vice-présidence aux affaires scientifiques, Institut national de santé publique du Québec

AVEC LE PRÉCIEUX CONCOURS DE

François Benoit
Institut national de santé publique du Québec

Pierre Bergeron
Institut national de santé publique du Québec

Marthe Deschesnes
Institut national de santé publique du Québec

Pierre Joubert
Institut national de santé publique du Québec

Denis A. Roy
Institut national de santé publique du Québec

Hélène Valentini
Institut national de santé publique du Québec

ET LA COLLABORATION DU COMITÉ DE SUIVI CONJOINT

Émilie Dionne
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Lyne Jobin
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Sylvie Kirouac
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Josée Morisset, chef d'unité scientifique
Vice-présidence aux affaires scientifiques, Institut national de santé publique du Québec

RÉVISION

Denise Verville
Vice-présidence aux affaires scientifiques, Institut national de santé publique du Québec

SOUS LA COORDINATION DE

Josée Morisset, chef d'unité scientifique
Vice-présidence aux affaires scientifiques, Institut national de santé publique du Québec

Ce projet a été réalisé avec l'appui financier de la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 4^e TRIMESTRE 2014
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-71676-1 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2014)

Table des matières

Liste des tableaux et des figures	III
Messages clés.....	1
Résumé	3
1 Introduction	7
1.1 Contexte de l'analyse	7
1.2 Un rappel des orientations et priorités du Programme national de santé publique en 2003 et 2008	8
2 But et objectifs	9
3 Méthodologie et angles d'analyse.....	11
4 Analyse de l'évolution de la santé publique et de la contribution du Programme national de santé publique	13
4.1 Une grille pour l'analyse de l'évolution de la santé publique aux différents paliers du système SSS.....	13
4.2 Les mouvements de consolidation de la santé publique, de renforcement de la prévention dans le système SSS et d'accentuation des efforts intersectoriels.....	14
4.3 La contribution du Programme national de santé publique dans cette évolution	18
5 Analyse du PNSP sous l'angle de l'innovation.....	23
5.1 Un cadre d'analyse de l'innovation	23
5.2 L'antériorité du PNSP : des tendances favorables au changement	25
5.3 Les facteurs favorables et défavorables dans les différentes phases de déploiement du Programme national de santé publique	26
5.4 Les enjeux à résoudre pour le déploiement du Programme national de santé publique	30
5.5 Les propositions d'amélioration	32
6 Défis pour l'évolution du Programme national de santé publique.....	35
7 Conclusion	37
Références	41
Annexe 1 Méthodologie	45
Annexe 2 Définitions conceptuelles du cadre d'analyse de l'innovation.....	51
Annexe 3 Liste des participants	55

Liste des tableaux et des figures

Tableau 1	Les différents avantages perçus du Programme	18
Tableau 2	Les avantages et limites perçus de la mise à jour du Programme (2008)	19
Tableau 3	La contribution du Programme par rapport à trois mouvements d'évolution	20
Tableau 4	Tendances antérieures perçues comme ayant été favorables à l'émergence du Programme.....	25
Tableau 5	Principaux facteurs favorables et défavorables lors du déploiement du Programme	28
Tableau 6	Principaux facteurs défavorables à l'adoption et l'implantation du Programme au palier local	29
Tableau 7	Les catégories d'enjeux et leur correspondance avec le cadre d'analyse de l'innovation	30
Tableau 8	Propositions d'amélioration formulées par les répondants	33
Figure 1	La complémentarité des angles d'analyse.....	11
Figure 2	Repères chronologiques	16
Figure 3	Un cadre d'analyse de l'innovation.....	24

Messages clés

- Cette analyse adopte une double perspective, sociohistorique et d'innovation, afin d'apporter un éclairage sur la contribution du Programme national de santé publique (PNSP) à l'évolution de la santé publique au Québec et sur les enjeux auxquels il est confronté. Elle s'adresse en particulier aux acteurs de santé publique, mais plus largement aux décideurs, gestionnaires et professionnels qui exercent un rôle dans la planification, l'organisation et l'évaluation des services aux différents paliers du système de santé et de services sociaux (SSS).
- Les résultats confirment l'influence favorable du PNSP dans l'évolution du secteur de la santé publique au Québec. Depuis son adoption en 2003, il a permis de consolider le champ d'action et les pratiques par 1) le déploiement d'une offre de services commune sur tout le territoire, 2) la valorisation de la pratique fondée sur les données probantes, 3) la clarification des rôles et des responsabilités dans l'action et 4) la légitimation et la protection d'un certain périmètre financier pour le secteur.
- En dehors du secteur de la santé publique, l'appropriation du PNSP demeure encore fragile, surtout au palier local. C'est pourquoi sa contribution spécifique au renforcement de la prévention clinique et de l'action intersectorielle locale apparaît plus limitée. Renforcer la prévention clinique et les efforts intersectoriels sur les déterminants de la santé constituent encore deux défis majeurs à surmonter afin d'accroître l'efficacité de l'action de la santé publique.
- Les répondants signalent plusieurs facteurs qui ont pénalisé le PNSP dans sa mise en œuvre, dont la difficulté 1) de parvenir à une vision et une compréhension des objectifs qui soient plus largement partagées, 2) de formuler les cibles, les stratégies et les actions en termes suffisamment clairs et opérationnels pour les acteurs de terrain et 3) de mobiliser les capacités professionnelles et organisationnelles requises.
- Afin d'accroître l'appropriation du prochain PNSP et ainsi ses retombées, trois catégories d'enjeux devront être considérées :
 - 1) la vision : l'importance de bien clarifier le but recherché et la place que doit occuper le PNSP dans le contexte actuel du système SSS et de s'assurer que cette vision soit portée par des acteurs d'influence à tous les paliers de gouverne, notamment les directeurs et les gestionnaires qui ont la possibilité de jouer un rôle décisif en termes de légitimation, de leadership et de mobilisation;
 - 2) l'instrumentation : l'importance de définir les composantes du PNSP avec le souci de faciliter son intégration au cœur des pratiques intra et inter sectorielles en portant une attention 1) à la cohérence entre le PNSP et les autres dispositifs de gouverne existants (projet clinique, ententes de gestion, etc.), 2) à la compatibilité avec les différents contextes de pratiques (rôles, responsabilités, ressources, etc.), 3) à la clarification de l'espace d'autonomie pour l'adaptation régionale et locale en termes de priorisation et d'expérimentation et 4) à la simplicité de compréhension et de traduction opérationnelle des cibles, des stratégies et des actions identifiées;
 - 3) les capacités de mise en œuvre : l'importance de favoriser le développement des capacités professionnelles et organisationnelles aux différents paliers, en particulier les compétences nécessaires pour maîtriser le nouveau PNSP, réaliser les adaptations régionales et locales nécessaires et soutenir activement sa mise en œuvre. Dans ce contexte est aussi requise une meilleure compréhension des moyens de faire évoluer les organisations du système SSS pour que la mission préventive soit plus solidement portée dans le quotidien de la pratique.

- À la lumière des résultats, enfin, il ressort que trois défis particuliers devront être relevés par les décideurs impliqués dans le processus de renouvellement du PNSP :
 - 1) définir une offre de services commune qui est malgré tout ouverte à l'adaptation aux réalités des contextes et à l'innovation émergeant du terrain;
 - 2) décliner opérationnellement à travers des cibles et des objectifs une vision élargie de la santé publique, sensible à l'ensemble des déterminants de la santé, tout en étant réaliste par rapport aux capacités de les atteindre;
 - 3) enrichir la dynamique participative, de collaboration et d'amélioration continue autour du PNSP tout en inscrivant celui-ci au cœur des mécanismes de gouverne, d'imputabilité (responsabilités) et de reddition de comptes formelle.

Résumé

Contexte

L'exercice de révision du Programme national de santé publique (PNSP) constitue un rendez-vous important, l'occasion de faire un bilan après une décennie d'expérience. Produit dans le cadre d'un mandat en soutien à la stratégie ministérielle d'évaluation du PNSP, ce document de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) présente les résultats d'une analyse permettant d'examiner le déploiement de ce dispositif de gouverne dans une perspective à la fois sociohistorique et d'innovation.

But et objectifs

L'analyse a pour but d'aider à reconnaître les facteurs et les processus ayant influencé le déploiement du PNSP et de situer les défis qui se posent pour assurer sa pérennité et pour contribuer à l'évolution de la santé publique plus largement. De façon plus spécifique, les objectifs sont de mieux comprendre : 1) les origines, les orientations et la contribution du PNSP dans le contexte d'évolution de la santé publique, 2) les défis actuels et les pistes d'amélioration possibles pour le futur PNSP.

Méthodologie

L'analyse s'appuie sur la combinaison de trois méthodes de collecte et sources de données : une recension des écrits, des entrevues individuelles (18 répondants) et trois groupes de discussion (20 répondants). Elle se fonde ainsi sur le regard informé et critique porté par des décideurs, experts et professionnels de la santé publique qui ont accepté de contribuer à l'exercice. Ce regard, qui est donc celui des acteurs de la santé publique, reflète des expériences et observations antérieures issues d'un environnement en constante évolution. Le Programme a lui-même connu diverses transformations au fil des années. Malgré les limites inhérentes à la présente analyse (voir la méthodologie en annexe), la démarche analytique par triangulation des données contribue à la validité interne des résultats.

Deux angles d'analyse des données ont été appliqués pour offrir un regard complémentaire sur le PNSP. Le premier permet d'analyser la contribution du PNSP en fonction de repères chronologiques et d'actions ayant structuré l'évolution du champ de la santé publique. Le deuxième permet de l'appréhender sous l'angle de l'innovation et, plus exactement, par rapport aux enjeux et défis qui ont caractérisé son déploiement jusqu'à aujourd'hui. Ces angles d'analyse se complètent en ce qu'ils offrent une compréhension du déploiement du PNSP à travers le temps et à partir des acteurs et des systèmes d'action en présence.

Résultats

ANALYSE DE L'ÉVOLUTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA CONTRIBUTION DU PNSP

Une recension des écrits a d'abord été réalisée pour cerner les moments charnières de l'histoire de la santé publique au Québec et pour identifier les enjeux qui caractérisent son évolution et auxquels est confronté le PNSP. L'exercice a mis en lumière l'interaction de multiples phénomènes, d'une part ceux liés à l'environnement et la société et, d'autre part, ceux qui surviennent au sein du système de

santé et de services sociaux (ci-après système SSS). Pour la présente analyse, l'intérêt de ces phénomènes est double.

Premièrement, ils permettent de reconnaître les changements qui ont préparé le terrain à l'adoption d'un dispositif comme le PNSP. Certaines transformations ont été particulièrement favorables, telles que l'intégration formelle de la santé publique dans les instances décisionnelles du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et des organismes régionaux, la structuration accrue des trois paliers de gouverne, de même que la consolidation de l'expertise aux paliers régional et national avec notamment la création de l'INSPQ. Certaines démarches d'envergure ont aussi permis d'accroître la réceptivité des acteurs, en particulier la Politique de la santé et du bien-être (PSBE, 1992-2002), les Priorités nationales de santé publique (PN, 1997-2002) et l'élaboration de la Loi sur la santé publique (LSP, 2001). Cette loi a confirmé la diversité des fonctions de santé publique, précisé les responsabilités du directeur national et des directeurs régionaux, et consacré de nouvelles dispositions, dont l'obligation de se doter d'un programme national. L'exercice d'un nouveau leadership en santé publique, dans les années 1990, avait par ailleurs coïncidé avec l'instauration de mécanismes formels ayant permis d'accroître la collaboration et la coordination entre les paliers national et régional et favorisé le partage d'une certaine vision du changement souhaité malgré la persistance de diverses tensions et obstacles qui sont présentés plus en détail dans ce document.

Deuxièmement, ces divers phénomènes permettent de mieux comprendre les intentions des autorités et de mieux circonscrire le contexte d'adoption du PNSP en 2003 et sa mise à jour en 2008. Par rapport aux principaux repères identifiés, il ressort que le PNSP se trouve : 1) en continuité d'une phase de consolidation du secteur de la santé publique, 2) au cœur d'une phase d'évolution visant à renforcer la mission préventive dans le système SSS, et 3) à l'aube d'une nouvelle phase possible visant à accentuer les efforts intersectoriels pour agir plus efficacement sur les déterminants de santé. L'analyse confirme tout d'abord clairement la contribution du PNSP par rapport au premier de ces trois mouvements, la consolidation. D'après les répondants, le Programme a permis de structurer et de positionner l'offre du secteur de la santé publique sur l'ensemble du territoire. Diverses indications suggèrent toutefois qu'il n'a pas contribué de manière aussi importante au renforcement de la prévention dans le système SSS, la principale étant le constat d'une appropriation limitée du PNSP en dehors du secteur de la santé publique, surtout au palier local. L'appropriation réfère ici au processus par lequel les destinataires du PNSP l'adoptent, l'adaptent et l'implantent en fonction de leur contexte de pratique. Quant à la contribution du PNSP à l'accentuation des efforts intersectoriels sur les déterminants de la santé, elle apparaît limitée bien que le Programme ait permis des avancées en termes de travail intersectoriel au sein du MSSS et à l'intérieur du système SSS.

Il est entendu que le PNSP ne peut être envisagé indépendamment des autres dispositifs et leviers en présence dans le système SSS. L'exercice de révision offre d'ailleurs l'occasion de réactualiser la réflexion sur la place et la portée souhaitable du futur PNSP à la lumière du chemin parcouru, des acquis et des nouvelles opportunités en matière de prévention et d'action intersectorielle. Il ressort de notre analyse le besoin d'une vision claire sur ce qui est attendu du PNSP et des arrimages à établir entre ce dernier et les différents autres dispositifs et leviers permettant d'encourager la prévention et l'action intersectorielle.

ANALYSE DU PNSP SOUS L'ANGLE DE L'INNOVATION

Ce deuxième volet de l'analyse a d'abord consisté à identifier, pour chacune des phases de déploiement (conception, dissémination, adoption et implantation, incluant la mise à jour de 2008), les facteurs qui ont influencé le PNSP. L'analyse s'est ensuite intéressée aux enjeux récurrents, c'est-à-dire les enjeux présents depuis la phase initiale de conception qui demeurent toujours d'actualité. Il ressort des données collectées que le Programme n'a pas eu tout l'impact attendu en raison de la

combinaison d'une grande diversité de facteurs qui ont tour à tour affectés : 1) la compréhension du contenu et du but inhérent à l'adoption du PNSP, 2) l'appropriation du PNSP dans la pratique de tous les jours, et 3) l'ancrage et la portée du PNSP à l'intérieur du système SSS et auprès des partenaires externes.

Par rapport au premier élément, la compréhension du PNSP, les enjeux se situent autour de quatre principales questions : 1) la définition des domaines et des actions privilégiées, ce qui renvoie aux défis de délimitation, d'intégration et de justification du contenu, 2) l'opérationnalisation des actions et des stratégies, notamment les activités transversales et avec les partenaires intersectoriels, ce qui vient des difficultés d'application concrète du point de vue des acteurs et par rapport à leur capacité d'action respective, 3) la clarification des rôles et des responsabilités, en termes d'explicitation, mais aussi de délimitation des zones de partage en ce qui concerne les activités transversales et la contribution des partenaires, 4) la priorisation des cibles et objectifs et leur précision au plan opérationnel, un enjeu s'expliquant par le grand nombre de cibles et d'objectifs, leur définition parfois équivoque, leur mesurabilité parfois difficile et l'absence de hiérarchisation.

Par rapport à l'appropriation du Programme, les enjeux se concentrent cette fois autour de : 1) les capacités organisationnelles et professionnelles pour adapter le contenu du PNSP sous forme de plan d'action régional ou local et pour l'implanter non seulement dans l'optique de répondre à une obligation légale, mais de créer une dynamique propice à l'engagement autour d'un projet commun, 2) la collaboration entre les paliers régional et local et avec le milieu communautaire pour assurer les maillages et mieux partager les efforts, 3) le soutien et l'accompagnement nécessaires à la mise en œuvre par les acteurs de terrain, incluant auprès des organismes communautaires, et 4) la stratégie de mise en œuvre ou de gestion du changement (conceptualisation, planification, etc.) du fait de la complexité inhérente à un tel programme.

Enfin, par rapport à l'ancrage et la portée du Programme, les enjeux identifiés sont les suivants : 1) la direction politique ou stratégique aux différents paliers du système SSS qui n'a pas toujours été claire, continue et effectivement soutenue, 2) l'alignement et la visibilité du PNSP par rapport aux ressources, outils et autres priorités dans le système SSS (ententes de gestion, projet clinique, programmes clientèles), 3) le partage de la vision de santé publique et des objectifs du PNSP ainsi que la mobilisation des acteurs autour de cette vision, tant dans le système SSS (médecins, etc.) que dans les autres secteurs d'activités, et 4) l'avantage relatif d'une programmation sectorielle par rapport à une possible politique gouvernementale.

Les propositions d'amélioration formulées par les répondants font écho à ces enjeux en suggérant de : 1) reconfigurer le contenu pour renforcer sa compréhensibilité et son caractère opérationnel du point de vue des acteurs qui doivent le mettre en œuvre; 2) créer les conditions pour mieux soutenir son appropriation dans la pratique en portant attention aux divers processus en aval (dissémination, adaptation, etc.), et 3) chercher à accroître son ancrage et sa portée en agissant sur l'environnement dans lequel il sera déployé, notamment en s'assurant que la vision soit portée par les acteurs d'influence et en veillant aux arrimages nécessaires avec les autres dispositifs de gouverne. Ainsi, il s'agit de s'intéresser non seulement aux attributs du nouveau PNSP, mais aussi aux processus de mise en œuvre et à l'environnement dans lequel il sera déployé. Pour consolider son ancrage et sa portée, des défis de légitimation, de leadership et de mobilisation doivent être abordés. Quant à la nécessaire appropriation au palier local, elle pose des défis de capacités, de collaboration, de soutien et, plus largement, de gestion du changement.

Conclusion

Cette analyse convie les décideurs à une réflexion de portée systémique. Tout en permettant d'identifier les enjeux auxquels il est confronté et des améliorations souhaitables pour sa pérennité, elle conduit à un questionnement sur la contribution du PNSP par rapport à deux défis encore à surmonter pour accroître l'efficacité de l'action de la santé publique : 1) le renforcement de la mission préventive dans le système SSS et 2) l'accentuation des efforts intersectoriels sur les déterminants de la santé. Pour relever ces défis, un meilleur arrimage du PNSP aux autres dispositifs et leviers en présence apparaît comme condition nécessaire. Accroître les retombées du PNSP requiert avant tout une plus grande appropriation du PNSP au palier local. S'inspirant des propositions d'amélioration formulées par les répondants, ce rapport identifie plusieurs façons d'y arriver. Sur le plan des connaissances, il reste le besoin d'approfondir la compréhension des approches et des mécanismes les plus appropriés pour susciter les changements attendus par un tel programme. Ainsi, la gestion du changement est une problématique indissociable de l'avenir du PNSP.

1 Introduction

1.1 Contexte de l'analyse

Le Programme national de santé publique 2003-2012 (PNSP), publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en 2003[1] et mis à jour en 2008[2] apparaît comme un document phare dans l'évolution de la santé publique au Québec. Présenté initialement comme étant la contribution des acteurs du système de santé et de services sociaux (ci-après système SSS) à l'engagement collectif en faveur de la prévention, il constitue le tout premier programme de portée nationale pour harmoniser et renforcer les actions de santé publique et ainsi mieux remplir la mission préventive sur l'ensemble du territoire québécois. La démarche de révision entreprise en 2014 constitue de ce fait un rendez-vous important. Elle offre l'occasion de faire un bilan critique après une décennie d'expérience et d'envisager les améliorations souhaitables et réalisables pour le prochain Programme.

Dans le cadre d'un mandat de soutien convenu avec la Direction générale de la santé publique (DGSP) du MSSS, l'Institut national de santé publique (INSPQ) participe à la stratégie d'évaluation ministérielle qui appuie l'exercice de révision. Cette stratégie ministérielle inclut l'évaluation des fonctions, l'évaluation des processus d'implantation, le suivi de l'implantation des activités, l'évaluation de la performance, le suivi des indicateurs sociosanitaires et les études évaluatives portant sur des initiatives particulières. L'analyse livrée dans le présent document constitue l'une des contributions de l'Institut dans le cadre de ce mandat. Les projets d'évaluation confiés à l'INSPQ visent une meilleure compréhension des contextes, facteurs et processus associés à la mise en œuvre du PNSP et à l'évolution des pratiques de santé publique.

Comme le suggèrent différents écrits, l'évolution de la santé publique (en matière de gouverne, d'instrumentation, d'intervention, etc.) est le fait d'un ensemble de mouvements, forces ou facteurs dont les fondements ne sont pas seulement scientifiques, mais aussi sociaux, politiques et économiques[3-7]. À l'instar de nombreux pays occidentaux, le Québec a adopté une définition large et inclusive de la santé publique[1, 8]. Le PNSP traduit bien cette conception en définissant les pratiques de santé publique comme « l'action sur les déterminants de la santé et du bien-être, au niveau de la population et des systèmes qui la régissent ». Mais au-delà d'une telle définition, c'est dans l'action ancrée dans les organisations et sur le terrain que la santé publique prend forme et qu'elle évolue. Il en va de même pour le PNSP, alors que son déploiement progressif s'est réalisé à travers de multiples efforts et divers ajustements de la part d'une diversité de groupes d'acteurs, lesquels œuvrent dans des contextes et des environnements variés qui ont été soumis à d'importantes transformations au fil des années[4, 7]. En outre, les instances régionales et locales ont été amenées à traduire le Programme sous forme de plans d'action régionaux (PAR) et locaux (PAL) qui ont par la suite été mis en œuvre dans chacun des territoires concernés. Une mise à jour a aussi été réalisée à mi-mandat[2], précédée d'une évaluation des processus d'implantation[9], nécessitant à son tour de nouvelles formes d'adaptation et de changement. Ce fut donc tout au long de ce déploiement, et ce, à partir de la phase d'élaboration initiale, que le PNSP s'est développé, que ses orientations se sont cristallisées et que ses objectifs ont pu être actualisés dans la pratique au quotidien.

Pour la présente analyse, le PNSP sera donc appréhendé dans son caractère dynamique et évolutif en tenant compte des transformations du système SSS et de l'évolution du champ de la santé publique. Le postulat est à l'effet qu'en portant l'analyse sur une période longue et sur les pratiques intra et inter sectorielles dans lesquelles le PNSP s'insère, il sera possible de mieux appréhender les

origines, les débats soulevés, les obstacles surmontés et les défis qui sous-tendent toujours le Programme.

1.2 Un rappel des orientations et priorités du Programme national de santé publique en 2003 et 2008

En rendant public le Programme national de santé publique dans sa première version en 2003, le MSSS concrétisait la principale mesure prévue par la Loi sur la santé publique (LSP) adoptée en décembre 2001 pour orienter les activités en santé publique aux différents paliers du système SSS. Avec cette loi et avec le Programme, le Québec se dotait de deux importants leviers pour remplir les fonctions de santé publique, et ce, dans une certaine continuité par rapport aux buts fixés dans la Politique de la santé et du bien-être 1992-2002 et des Priorités nationales de santé publique 1997-2002[1]. Il faisait aussi le choix de délimiter l'action du secteur de la santé publique autour de quatre fonctions essentielles (la surveillance de l'état de santé de la population, la promotion de la santé, la prévention et la protection) et de trois fonctions de soutien (réglementation, législation et politiques publiques; recherche et innovation; développement et maintien des compétences). Cinq stratégies d'action étaient aussi identifiées pour atteindre les objectifs de santé. Elles les invitaient à renforcer le potentiel des personnes, à soutenir le développement des communautés, à participer aux actions intersectorielles favorisant la santé et le bien-être, à soutenir les groupes vulnérables et à encourager le recours aux pratiques cliniques préventives efficaces. Enfin, le Programme de 2003 énonçait les objectifs à réaliser au cours des prochaines années et les activités à mettre en œuvre pour y arriver. Le tout étant structuré en fonction de six grands domaines d'intervention, à savoir : développement, adaptation et intégration sociale; habitudes de vie et maladies chroniques; traumatismes non intentionnels; maladies infectieuses; santé environnementale; et santé en milieu de travail.

Reconnaissant le caractère dynamique du PNSP, la mise à jour rendue publique en 2008 intègre une série d'ajustements jugés nécessaires pour répondre aux difficultés constatées lors de la mise en œuvre des activités et pour s'adapter aux transformations qui ont marqué le système SSS depuis 2003[1]. Par rapport à la première édition, celle-ci comporte un nouveau chapitre de mise en contexte dans lequel est soulignée la création des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS) et des centres de santé et de services sociaux (CSSS) et où est décrit le nouvel encadrement administratif, la reddition de compte et l'allocation budgétaire. Un autre chapitre a également été ajouté pour décrire, cette fois, les conditions de mise en œuvre à créer dans les régions et dans les organisations locales pour atteindre les objectifs. Celui-ci précise les différents leviers, les rôles et responsabilités, la démarche d'accompagnement attendue de la part des régions et, plus largement, les différentes fonctions de soutien. Pour l'essentiel toutefois, le PNSP demeure structuré autour des mêmes fonctions et domaines, seules les fonctions de soutien ayant été réexaminées. On y souligne davantage l'importance de structurer et de soutenir le développement de la recherche, et d'appuyer plus efficacement les pratiques de santé publique par la formation, le transfert de connaissances et l'innovation. Enfin, on interpelle plus directement les acteurs du système SSS pour une planification régionale et locale concertée, pour le développement d'actions transversales et intersectorielles, et pour l'intégration accrue de la prévention dans les activités du système SSS.

2 But et objectifs

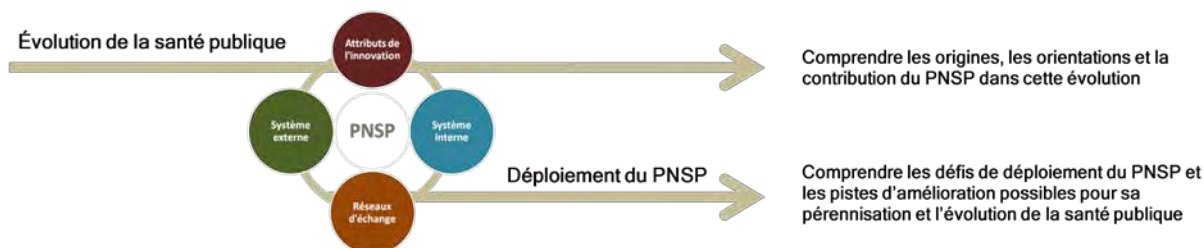
Ce document présente les résultats d'une analyse permettant de questionner le déploiement du PNSP par rapport à l'évolution de la santé publique au Québec et sous l'angle de l'innovation. Produit pour éclairer la réflexion et la décision dans le cadre du processus de révision du Programme, l'analyse a pour but d'aider à reconnaître les facteurs et les processus ayant influencé le déploiement jusqu'à ce jour et de situer les défis qui se posent pour assurer sa pérennité et, plus largement, pour contribuer à l'évolution de la santé publique. De façon spécifique, les objectifs ayant guidé cette analyse sont de : 1) mieux comprendre les origines, les orientations et la contribution du PNSP dans le contexte d'évolution de la santé publique, 2) mieux comprendre les défis actuels et les pistes d'amélioration possibles pour le futur PNSP.

3 Méthodologie et angles d'analyse

L'analyse s'appuie sur la combinaison de trois méthodes de collecte et sources de données : une recension des écrits publiés depuis 1990, des entrevues individuelles (18 répondants) et trois groupes de discussion (20 répondants). Elle se fonde ainsi sur le regard informé et critique porté par des décideurs, experts et professionnels du réseau de la santé publique qui ont accepté de contribuer à l'exercice. Ce regard qui est d'abord celui des acteurs de santé publique reflète des expériences et observations antérieures issues d'un environnement en constante évolution. Le Programme a lui-même connu diverses transformations depuis 2003 à travers les processus d'adaptation régionale et locale et avec la mise à jour de 2008. En ce sens, les principales limites de l'analyse viennent de la difficulté de cerner a posteriori des phénomènes qui ont constamment évolué ainsi que de la plus faible présence de points de vue extérieurs aux acteurs nationaux et régionaux de la santé publique parmi nos répondants. La démarche analytique par triangulation aide cependant à accroître la validité interne des résultats. La méthodologie plus détaillée, ses forces et limites, les définitions conceptuelles et la liste des répondants sont présentées en annexe (pages annexes 1, 2 et 3).

Deux angles d'analyse des données ont été appliqués pour offrir un regard complémentaire sur le PNSP. À chacun correspond une grille ou un cadre d'analyse particulier (voir plus loin), mais les deux se complètent en ce qu'ils offrent une compréhension du déploiement du PNSP à travers le temps et à partir des acteurs et systèmes d'action en présence (voir figure 1).

Figure 1 La complémentarité des angles d'analyse



Le premier vise à mieux comprendre les origines, les orientations et la contribution du PNSP dans l'évolution de la santé publique au Québec. Nous l'avons analysé en fonction de repères chronologiques liés à des actions ayant structuré l'évolution du champ de la santé publique. Le second vise à mieux comprendre les défis actuels et les pistes d'amélioration possibles. Nous avons cette fois examiné sous l'angle de l'innovation les facteurs ayant influencé le PNSP à chacune de ses phases de déploiement, les enjeux qui sont restés présents et les propositions d'améliorations formulées par les répondants. La présentation des résultats est structurée autour de ces deux angles d'analyse. Soulignons que la notion de déploiement est utilisée pour désigner l'ensemble des processus par lesquels le PNSP est passé, de sa phase initiale de conception à son implantation sur le terrain, voire à sa pérennisation dans la pratique au jour le jour. On réfère aussi à la notion d'appropriation pour désigner les processus par lesquels les destinataires (individus ou organisations) adoptent, adaptent et implantent le PNSP en fonction de leur pratique et de leur contexte particulier.

4 Analyse de l'évolution de la santé publique et de la contribution du Programme national de santé publique

4.1 Une grille pour l'analyse de l'évolution de la santé publique aux différents paliers du système SSS

Une recension des écrits a été réalisée pour cerner les moments charnières de l'histoire de la santé publique au Québec et pour identifier les enjeux qui caractérisent son évolution et auxquels est confronté le PNSP. L'exercice a mis en lumière l'interaction de multiples phénomènes, d'une part ceux liés à l'environnement et la société et, d'autre part, ceux qui surviennent au sein du système SSS.

La première catégorie réfère à des phénomènes macro-sociaux, parfois internationaux ou mondiaux, qui marquent en profondeur non seulement la santé publique, mais la société en général. On observe ainsi l'influence des transitions démographique et épidémiologique sur la composition de la population du Québec et la nature de ses besoins, et celle des innovations technologiques, pharmacologiques et organisationnelles sur les capacités du système de santé et les coûts d'intervention pour traiter la maladie ou répondre aux problématiques[3, 4, 10]. S'ajoutent le développement des connaissances sur les déterminants de santé et sur les logiques et modes d'intervention les plus efficaces pour soigner et réduire l'apparition de certaines maladies[3, 6, 11-15], ainsi que la tenue successive de commissions d'études ou d'enquête[3, 12, 16, 17] qui, de diverses façons, ont contribué à légitimer la prévention et à induire un changement des perceptions au sein de l'appareil public. La santé publique a cependant rencontré de multiples obstacles au fil du temps. On souligne la pression découlant de la médiatisation des problèmes dans le réseau hospitalier[6], favorisant de ce fait la recherche de solutions à court terme. Une pression fut aussi exercée par la situation des finances publiques et les attentes du public pour une meilleure gestion des ressources collectives investies en santé[4, 10, 18], avec cette fois une influence mixte : à la fois pour une compression des dépenses et pour une valorisation de nouvelles modalités de gestion et d'intervention pour réduire la pression sur le système SSS. Au total, malgré des assises et une légitimité sociale et scientifique accrues, la santé publique n'a pu s'affirmer aussi fortement qu'auraient pu le souhaiter ses plus ardents défenseurs. En dépit des gains réalisés, elle fait face à d'importants défis, dont la nécessité d'accroître l'impact populationnel de ses interventions, que ce soit face aux inégalités sociales de santé, au fardeau des maladies chroniques, aux risques liés aux épidémies et aux menaces environnementales, ou aux problèmes psychosociaux dans la population[19].

La seconde catégorie regroupe plusieurs phénomènes, parfois convergents parfois antagonistes, qui sont liés plus spécifiquement au système SSS. Six orientations de changement au moins peuvent être dégagées des écrits, celles-ci ayant exercé une forte influence dans l'évolution de la santé publique jusqu'à ce jour : 1) l'intégration structurelle des diverses missions relatives à la santé et au bien-être, et ce, jusqu'au palier local[3, 4, 19, 20], 2) la décentralisation administrative du système SSS, accompagnée d'une régionalisation de l'autorité de santé publique en complément de l'autorité nationale[3, 21, 22], 3) la structuration et la formalisation de la santé publique comme champ d'action spécifique, autrement dit son institutionnalisation[3, 6, 23-25], 4) la place prépondérante du modèle médical et de l'approche curative qui s'est maintenue sur les orientations et les décisions dans le système SSS[5, 26, 27], 5) la redéfinition des modalités de gouvernance axée sur les résultats et sur la santé de la population conduisant, entre autres, à l'introduction du principe de responsabilité populationnelle[6, 10, 13, 14, 16, 19, 20, 22, 28], et 6) l'introduction, dans la législation, la gestion et

les pratiques du système SSS, de divers dispositifs favorables à l'exercice de la mission préventive de la santé publique[5, 6, 11, 19, 23, 28-33].

Alors que certains phénomènes ont pu concourir à renforcer la place de la santé publique, d'autres ont plutôt contribué à la fragiliser ou à limiter son ancrage et sa portée. Par exemple, on remarque la place ambiguë et incertaine de la santé publique dans la gouvernance des centres de santé et de services sociaux (CSSS) malgré la décentralisation assez récente de responsabilités vers le palier local[4, 5, 23], de même que la difficulté d'y consolider les services préventifs et de promotion[5, 26, 27] du fait, notamment, de la tendance à focaliser l'attention et à investir les ressources vers l'organisation des services cliniques[27]. La définition distincte et non intégrée des rôles de la santé publique par rapport à ceux du réseau SSS serait aussi en cause[7]. Une tension permanente s'exercerait toujours entre le réseau de santé publique et le réseau SSS[21, 23, 25], l'une des premières explications étant la différence intrinsèque entre les logiques d'intervention en présence : alors que le réseau SSS cible essentiellement les utilisateurs de services au plan individuel, la santé publique s'intéresse à la prévention et l'amélioration de la santé de la population en général et cible donc à cet effet les groupes et communautés[4, 10]. Par ailleurs, la capacité d'agir efficacement sur l'ensemble des déterminants de la santé et de mobiliser les autres juridictions ou les autres secteurs est également questionnée malgré une Loi sur la santé publique relativement ambitieuse qui offre des assises et un cadre pour consolider la santé publique dans le système SSS et lui permettre d'agir sur les autres politiques publiques grâce à ses articles 54 et 55[12, 30].

L'intérêt de considérer ces phénomènes dans la présente analyse est double, comme nous pourrions l'observer dans les pages suivantes. D'une part, leur identification permet de reconnaître les principaux changements ayant préparé le terrain à l'émergence d'un dispositif comme le PNSP et surtout de mieux circonscrire le contexte et les intentions des autorités. D'autre part, l'exercice permet de poser les éléments constitutifs de notre grille pour analyser le PNSP dans une perspective sociohistorique. Il s'agira d'analyser celui-ci à travers son déploiement aux différents paliers du système SSS et surtout par rapport à trois principaux mouvements d'évolution qui seront explicités dans la partie suivante.

4.2 Les mouvements de consolidation de la santé publique, de renforcement de la prévention dans le système SSS et d'accentuation des efforts intersectoriels

« Il fallait se donner une façon d'exercer notre rôle » (gestionnaire au palier national)

« Il y avait une forme de consensus social à ce moment-là qui faisait que la prévention... Il y avait vraiment beaucoup de choses qui se disaient sur les déterminants sociaux, sur les habitudes de vie, comme quoi c'était plus important que le système de soins » (gestionnaire au palier régional)

« Il faut dire qu'à ce moment-là on pensait beaucoup à la mise en œuvre de la Charte d'Ottawa, et l'intersectoriel commençait à se pointer beaucoup (...) on commençait même à penser à une politique de santé qui serait vraiment gouvernementale pour l'ensemble du Québec » (décideur au palier national)

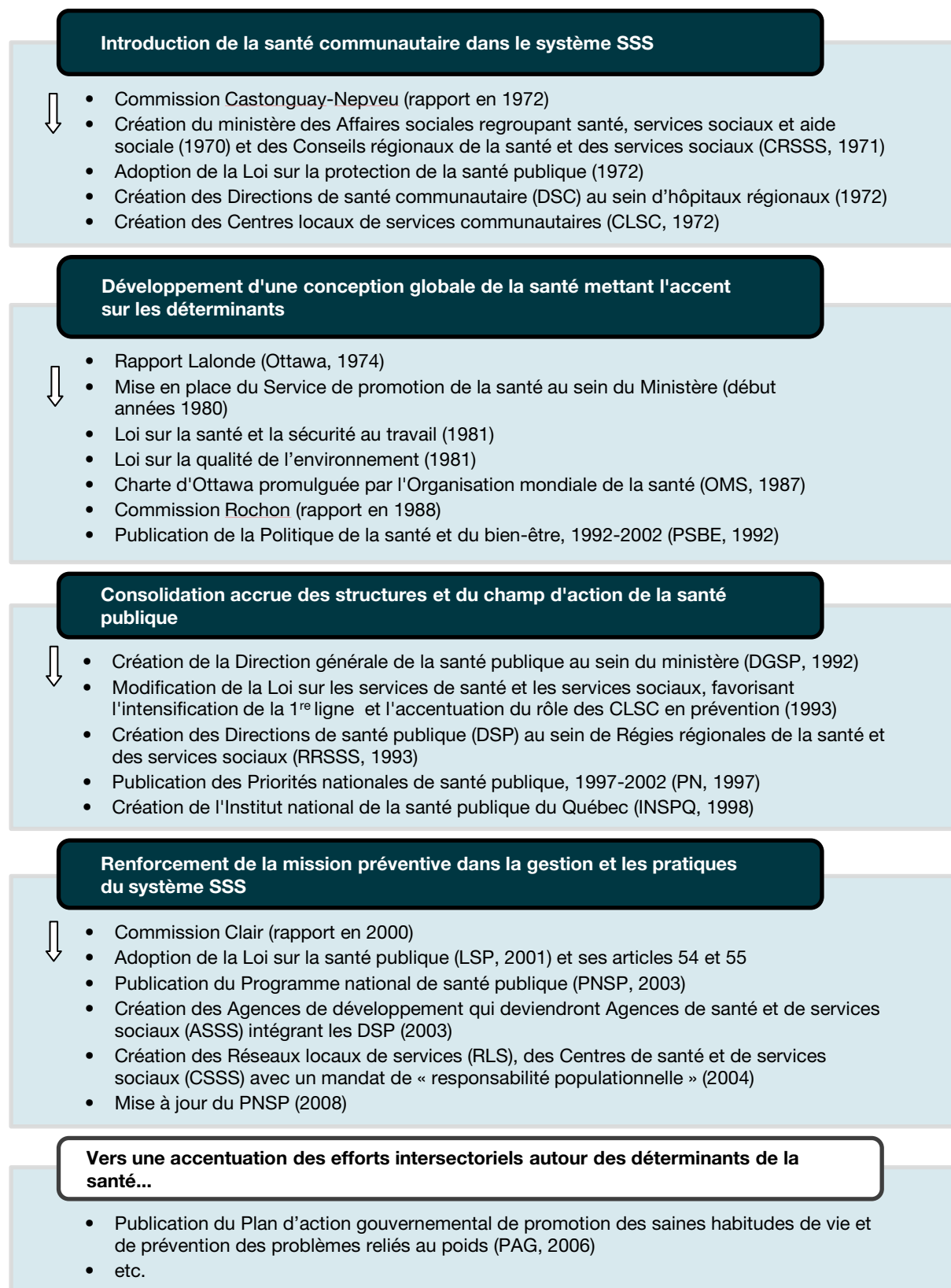
« On a convenu que le Programme national n'était pas un programme intersectoriel. (...) je pense qu'on n'aurait pas eu l'aval des autorités du Ministère si on avait fait un choix différent » (professionnel au palier national)

L'émergence du PNSP se situe dans le cadre d'une institutionnalisation progressive de la santé publique sur plusieurs décennies. Un des aspects qui caractérise le mieux cette évolution est la structuration et la formalisation progressive de la santé publique à l'intérieur d'un système plus large intégrant à la fois la santé et les services sociaux[17, 29, 34]. Depuis l'adoption de la Loi sur la

protection de la santé publique en 1972, le cadre législatif et réglementaire a été précisé, la structure de gouverne et de fonctionnement a été reconfigurée et une instrumentation s'est développée, le tout contribuant à délimiter la place spécifique du secteur de la santé publique et à consolider peu à peu ses assises au plan institutionnel.

La figure 2 offre des repères chronologiques pour situer cette évolution sur plusieurs décennies. Inspirée d'une analyse sur la place de la prévention au Québec publiée en 2009 par un collectif œuvrant en santé publique[3], elle permet de distinguer quatre grandes phases, allant de l'introduction de la santé communautaire dans le système de soins à partir des années 1970, jusqu'au renforcement de la mission préventive dans la gestion et les pratiques du système SSS au cours des années 2000. La mission préventive étant définie au sens large comme recouvrant la prévention, la promotion, la protection et la surveillance.

Figure 2 Repères chronologiques



La préoccupation pour le renforcement de la prévention dans le système SSS remonte aux années 1980 avec la valorisation d'une vision large et inclusive du champ d'action de la santé publique, laquelle s'est ensuite reflétée dans plusieurs actions structurantes comme la Politique de santé et de bien-être (PSBE), l'incorporation des missions curatives et préventives dans les dispositifs de gouverne du système SSS, l'introduction d'une responsabilité populationnelle à l'échelle des territoires et l'adoption de la Loi sur la santé publique[3, 6, 10, 14, 19]. Moment charnière, l'adoption de cette loi en 2001 a confirmé la diversité des fonctions de santé publique (surveillance, promotion, prévention et protection), octroyé d'importantes responsabilités de protection et de surveillance au directeur national et aux directeurs régionaux de la santé publique, et consacré un ensemble de dispositions dont l'obligation de se doter d'un programme national, de l'évaluer et de le mettre à jour.

Par ailleurs, la figure 2 suggère l'avènement d'une nouvelle phase en faveur cette fois d'une accentuation des efforts intersectoriels pour agir plus efficacement sur les déterminants de la santé. On réfère alors aux efforts consacrés par les acteurs de différents secteurs d'activités pour le partage d'une même compréhension des déterminants de la santé et pour agir ensemble en mettant en commun des ressources et des expertises variées. Préexistante depuis des années, cette volonté d'accroître l'action intersectorielle a commencé à prendre une forme plus concrète au palier national dans la dernière décennie avec entre autres, en 2006, l'adoption du Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids (PAG 2006-2012), les travaux préparatoires à une éventuelle politique intersectorielle en 2013 et la stratégie ministérielle de soutien à l'action intersectorielle annoncée dans le Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux 2010-2015. D'autres travaux s'inscrivent aussi dans cette mouvance, tels que ceux portant sur le développement durable et sur l'évaluation d'impacts sur la santé.

Au total, ces différents repères nous permettent de situer l'introduction du PNSP par rapport à trois mouvements d'évolution de la santé publique au Québec. D'une part, le PNSP apparaît dans la continuité d'un mouvement de consolidation de la santé publique et au cœur d'une autre phase durant laquelle on a cherché à mieux ancrer la prévention dans le système de SSS. La façon dont le ministre délégué de la Santé et des Services sociaux présentait le PNSP en 2003 est révélatrice à cet égard : « Ce programme présente la contribution du réseau de la santé et des services sociaux à l'engagement collectif en faveur de la prévention. J'y vois un outil indispensable pour harmoniser et renforcer les services de santé publique, dans toutes les régions du Québec, dans un esprit de partenariat avec les différents secteurs d'activité de notre société » (Avant-propos, p. III[1]). Il s'agissait tout autant de clarifier ce que le système SSS pouvait offrir en matière de prévention que d'introduire plus de cohérence et d'efficacité dans l'action. Autrement dit, l'ambition était à la fois de positionner la prévention et de poursuivre la consolidation des structures et du champ d'action du secteur de la santé publique.

D'autre part, tout en demeurant rattaché à cette double mouvance, le PNSP dans sa version mise à jour de 2008 apparaît aussi à l'aube de cette possible phase nouvelle caractérisée par l'intention d'accentuer les efforts intersectoriels. Ce document débute par une introduction qui souligne d'entrée de jeu « la nécessité pour tous les acteurs visés de collaborer pour une action concertée sur les déterminants » et qui pose d'emblée la responsabilité populationnelle comme nouveau levier à la disposition des établissements pour agir conjointement avec leurs partenaires sur le territoire local : « Cette nouvelle responsabilité interpelle de façon importante les acteurs de santé publique. La mise à jour tient compte de cette donnée centrale. Celle-ci représente une occasion unique de renforcer la prévention, autant au sein du système de santé et de services sociaux qu'auprès des autres secteurs d'activité qui ont une influence sur la santé et le bien-être » (p. 7,[2]). On souligne explicitement l'importance pour les acteurs de santé publique de miser sur la responsabilité populationnelle pour

accroître la prévention et l'action intersectorielle, en particulier à travers l'élaboration des projets cliniques et leur mise en œuvre à travers les réseaux locaux de services (RLS). On précise les différentes formes que peut prendre la contribution du réseau de la santé publique à l'exercice de cette responsabilité populationnelle. Enfin, soutenir l'action intersectorielle est présenté comme une stratégie indispensable à la mise en œuvre du PNSP et s'impose à travers plusieurs activités inscrites au PNSP qui nécessitent une collaboration étroite entre les acteurs du système SSS ainsi que leurs partenaires intersectoriels.

4.3 La contribution du Programme national de santé publique dans cette évolution

« un exercice de synthèse, de clarification, de structuration de l'offre de services de santé publique » (gestionnaire au palier national)

« C'est le premier grand effort de discipline, et ça c'est très positif (...) faire converger les énergies sur des objectifs partagés » (gestionnaire au palier national)

« Dans le fond ç'a été majeur pour consolider, pour la visibilité, pour orchestrer les moyens de mise en œuvre des grandes actions de santé publique » (décideur au palier national)

« en l'absence d'une politique de santé gouvernementale qui aurait été logiquement la suite de la Politique de santé et du bien-être, le PNSP est venu combler un vide » (gestionnaire à l'INSPQ)

« Heureusement qu'il y a le programme national, le PAR, le PAL (...) parce que sinon la santé publique, elle serait en voie de disparition dans les CSSS » (gestionnaire au palier régional)

« De façon générale, dans une direction comme ici en tout cas, au-delà du PNSP pas beaucoup de salut » (gestionnaire au palier régional)

Sans se substituer à une évaluation de l'impact du PNSP, il est possible de dégager de grands constats sur la contribution du PNSP à la lumière des données que nous avons collectées. Celles-ci nous permettent de cerner les avancées qu'a permis de réaliser le Programme au fil des années tout autant que ses limites. L'analyse confirme tout d'abord l'importance que représente le Programme dans l'évolution de la santé publique au Québec, celui-ci étant reconnu après une décennie d'existence comme ayant contribué à clarifier, structurer et positionner l'action du secteur de la santé publique sur l'ensemble du territoire. Le tableau 1 présente les différents avantages que les répondants associent au déploiement du PNSP, les cinq premiers confirmant les effets du PNSP en faveur de la consolidation du secteur de la santé publique.

Tableau 1 Les différents avantages perçus du Programme

<ul style="list-style-type: none">■ Définition et structuration d'une première offre commune de services en santé publique pour l'ensemble des régions■ Affirmation et positionnement de la santé publique dans le système SSS■ Clarification des rôles et responsabilités des acteurs de santé publique dans le système SSS■ Légitimation et protection d'un périmètre financier dédié à la santé publique dans le système SSS■ Valorisation des pratiques basées sur les preuves d'efficacité et les données probantes■ Reconnaissance accrue de l'importance de l'organisation des soins, et de l'action intersectorielle comme stratégie nécessaire en prévention
--

Ainsi, l'ambition affichée par le ministre délégué de la Santé et des Services sociaux en 2003 et partagée par les principaux défenseurs du PNSP semble avoir été récompensée. Les répondants, même les plus critiques dans leur propos, reconnaissent l'importance du PNSP pour la consolidation du secteur de la santé publique. Plusieurs notent qu'il s'est aussi graduellement imposé comme outil pour la planification, la coordination et les suivis de gestion de l'action de santé publique. En ce sens, le PNSP aurait aussi contribué à la formalisation de la mission préventive dans le système.

Les répondants sont toutefois nuancés dans leur appréciation du PNSP. Ils rappellent les débats qui ont entouré son déploiement, évoquent les contraintes rencontrées lors de la mise en œuvre et soulignent la fragile appropriation en dehors du secteur de la santé publique, surtout au palier local. Comme nous pourrions l'observer plus en détail dans la section 5, les contraintes et les limites du PNSP sont en partie liées à l'environnement dans lequel il a été déployé. À titre d'exemple, son déploiement aura été affecté par la conjoncture politique, le niveau d'appui dans l'appareil gouvernemental, les transformations structurelles dans le système SSS ainsi que la culture et les modes de collaboration préexistants entre les paliers.

Tout en s'appuyant sur les acquis d'une première phase d'implantation, entre 2003 et 2008, la mise à jour du PNSP[2] fut l'occasion de corriger le tir en tenant compte notamment de l'évolution de son environnement. Elle comporte deux nouveaux chapitres, l'un offrant une mise en contexte du Programme adaptée aux nouvelles réalités du système SSS et l'autre, un approfondissement des fonctions de soutien. Plusieurs avantages sont d'ailleurs associés à cette mise à jour bien que diverses limites demeurent présentes du point de vue des répondants (tableau 2).

Tableau 2 Les avantages et limites perçus de la mise à jour du Programme (2008)

Avantages	Limites
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implication de représentants du palier local et implication d'acteurs dits intersectoriels dans le processus de mise à jour ▪ Souci manifeste de rapprochement vers l'organisation des soins et d'ouverture de la santé publique vers les autres secteurs d'activités ▪ Efforts de précision, de raffinement et de structuration du contenu en ce qui a trait aux rôles et responsabilités, ainsi qu'aux fonctions de soutien pour la mise en œuvre du PNSP ▪ Élaboration d'une stratégie de mise en œuvre pour une meilleure implantation du PNSP sur le terrain ▪ Volonté manifeste de suivre et d'évaluer la mise en œuvre du Programme et ses diverses activités 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Une imprécision qui demeure quant aux façons d'opérationnaliser de façon concrète les objectifs et les activités ciblées ▪ Une imprécision qui demeure quant aux aspects transversaux et quant au partage des rôles et responsabilités dans l'action intersectorielle ▪ Une prise en compte insuffisante des capacités des organisations locales et de la diversité des contextes d'application sur le terrain ▪ Un exercice de priorisation des objectifs et des cibles à poursuivre pour clarifier et hiérarchiser les actions requises selon les acteurs ▪ Des objectifs, des activités et des cibles dont les assises empiriques demeurent questionnées parfois et dont le niveau de précision demeure inégal

Les répondants reconnaissent les ajustements réalisés dans le contenu du document pour s'arrimer aux transformations et préciser les conditions de mise en œuvre. Selon plusieurs, l'exercice de mise à jour n'a cependant pas conduit à revoir fondamentalement les domaines et les activités ni à clarifier suffisamment le contenu au plan opérationnel et par rapport aux dimensions transversales. Au-delà du contenu, ce sont aussi les processus et les capacités de mise en œuvre qui demeurent questionnés. De sorte qu'une partie des observations formulées lors de l'évaluation des processus d'implantation en 2008 demeure valide. On constatait alors que la solidité des orientations et du cadre légal d'application du PNSP n'étaient pas une condition suffisante pour une appropriation de

ses objectifs dans la pratique des acteurs, que la poursuite des objectifs par les acteurs du système de SSS se limitait souvent aux obligations légales et administratives, et que la complexité du Programme et ses nombreux objectifs et activités n'en favorisaient pas la connaissance à l'extérieur du secteur de la santé publique[9].

Au final, trois grands constats peuvent être formulés au sujet de la contribution du PNSP dans le cadre de l'évolution de la santé publique au Québec. Chacun de ces constats s'appuie sur une série d'observations que l'on retrouve résumée dans le tableau 3. Certaines de ces observations seront davantage approfondies dans le deuxième volet de l'analyse.

Premièrement, il ressort de l'analyse que le PNSP a directement contribué à la consolidation du champ d'action et des pratiques du secteur de la santé publique par le déploiement d'une offre commune de services en santé publique dans l'ensemble des régions du Québec. Grâce à ce Programme qui aura permis de rendre visible des pratiques s'appuyant sur des preuves d'efficacité et des données probantes et qui aura contribué à clarifier les rôles et responsabilités des acteurs de santé publique dans le système SSS, c'est aussi la légitimation et la protection d'un périmètre financier dédié qui auront été facilitées. Des contraintes sont néanmoins rapportées dans les processus d'adaptation (PAR et PAL) et d'expérimentation sur le terrain, ce qui renvoie à la problématique plus large de l'appropriation du PNSP.

Tableau 3 La contribution du Programme par rapport à trois mouvements d'évolution

Mouvements	Constats
1 Consolidation de la santé publique	<ul style="list-style-type: none"> + Déploiement d'une offre commune de services + S'appuyant sur preuves d'efficacité et données probantes + Contribuant à clarifier les rôles et responsabilités + Contribuant à légitimer et protéger un périmètre financier - Contraintes pour l'adaptation et l'expérimentation sur le terrain
2 Renforcement de la prévention dans le système SSS	<ul style="list-style-type: none"> + Appropriation significative dans le réseau SP - Appropriation plus limitée ailleurs dans le système SSS, surtout au palier local (problèmes de réceptivité, d'adaptation, etc.) + Reconnaissance accrue de son utilité, par les gestionnaires locaux, pour la planification et la reddition de compte - Arrimage problématique avec la responsabilité populationnelle et d'autres dispositifs et leviers de prévention
3 Accentuation des efforts intersectoriels sur les déterminants de santé	<ul style="list-style-type: none"> + Avancées dans les directions du Ministère et à l'intérieur du système SSS - Portée limitée auprès des partenaires externes - Peu utilisé comme outil de mobilisation des partenaires externes - Demeure un programme ministériel centré sur l'action de SP - Arrimage problématique avec d'autres dispositifs et leviers d'action intersectorielle

Deuxièmement, le PNSP n'a pas contribué de manière aussi importante au renforcement de la prévention dans le système SSS bien qu'il fût présenté initialement comme étant « la contribution de tout le réseau de la santé et des services sociaux ». C'est principalement à l'intérieur du secteur de la santé publique qu'il est parvenu à s'imposer, une situation s'expliquant entre autres par la réceptivité mitigée des établissements hospitaliers lors de la première phase de déploiement et, plus largement, par l'appropriation qui est demeurée plus faible au palier local. Le fait que les gestionnaires des

CSSS semblent à présent reconnaître et apprécier l'importance du PNSP pour la planification et la reddition de compte suggère que le dispositif s'impose de plus en plus dans les organisations locales. Pour qu'il puisse contribuer davantage à renforcer la mission préventive dans le système SSS, une plus grande appropriation est nécessaire dans les CSSS et dans les pratiques sur le terrain. Comme nous l'expliquerons dans la prochaine section du document, l'adaptation locale à travers le PAL, de même que l'arrimage du PAL au projet clinique constituent des enjeux importants.

Troisièmement, enfin, la contribution du PNSP à l'accentuation des efforts intersectoriels dans le but d'agir plus efficacement sur les déterminants de la santé apparaît limitée. Le PNSP n'avait pas été conçu initialement comme un programme intersectoriel et il ne l'est pas devenu malgré les efforts d'ouverture vers les autres secteurs d'activités qui se sont concrétisés dans la réécriture de certaines parties du document en 2008. La mise à jour apporte des précisions importantes sur les formes variées que l'action intersectorielle peut emprunter et explicite comment les acteurs de santé publique peuvent y contribuer à chacun des paliers d'action. Toutefois, selon notre analyse, la portée du Programme se limite toujours pour l'essentiel à l'intérieur du système SSS. Dans la plupart des régions, il ne semble pas avoir été utilisé pour la mobilisation des partenaires externes. Sa contribution spécifique à l'accentuation des efforts intersectoriels apparaît donc limitée ou à tout le moins indirecte. Il aurait surtout permis des avancées au sein du MSSS et à l'intérieur du système SSS. Comme le PNSP est avant tout un programme ministériel centré sur l'action de santé publique, sa contribution potentielle au renforcement des efforts intersectoriels apparaît indissociable de son alignement et de sa complémentarité avec d'autres dispositifs ou leviers de mobilisation des partenaires, dont ceux visant à assurer l'exercice de la responsabilité populationnelle. À cet égard, l'arrimage entre le PAL et le projet clinique demeure un enjeu. Rappelons que c'est dans le cadre du RLS que doit s'exercer la responsabilité populationnelle au palier local; les CSSS sont appelés à y définir conjointement avec leurs partenaires un projet clinique axé sur l'interdisciplinarité et la complémentarité.

En replaçant ces observations dans la trame sociohistorique qui est celle de l'évolution de la santé publique au Québec, le regard se déplace vers les nouvelles opportunités qui apparaissent au palier national pour contribuer à la poursuite des efforts visant à renforcer la prévention dans le système SSS et accentuer l'action intersectorielle sur les déterminants de la santé. Il est alors pertinent de considérer non seulement la démarche de révision du PNSP comme un rendez-vous important, mais aussi d'autres chantiers nationaux à travers lesquels de nouvelles avancées sont possibles.

5 Analyse du PNSP sous l'angle de l'innovation

5.1 Un cadre d'analyse de l'innovation

Ce deuxième volet de l'analyse s'appuie sur un cadre conceptuel permettant de dégager les facteurs ayant influencé le PNSP dans ses différentes phases de déploiement jusqu'à aujourd'hui, pour ainsi mieux comprendre les défis qui se présentent pour le futur PNSP (figure 3). Dérivé des théories de l'innovation, il offre des assises conceptuelles permettant de suivre le déploiement du PNSP en considérant les grandes dimensions et les principaux facteurs qui interviennent dans les innovations (voir l'annexe 2 pour les définitions conceptuelles des 24 facteurs potentiels appliqués à cette analyse). Largement inspiré d'une revue systématique réalisée par Greenhalgh & collab.[37], le cadre d'analyse s'appuie également sur les travaux de Monnier[38] et de Callon & Latour[39] pour concevoir les environnements de l'action et les interactions entre les acteurs. Cette perspective de l'innovation a déjà été adoptée pour étudier d'autres interventions d'envergure en santé publique au Québec (ex. [20, 35, 36]).

Dans le cas présent, il ne s'agit pas de voir l'innovation comme résultat, mais comme processus. Autrement dit, le PNSP n'est pas synonyme d'innovation bien que l'on reconnaisse d'emblée son potentiel de changement. On réfère plutôt à la mise en œuvre d'une nouvelle façon de concevoir, d'organiser et de réaliser l'action de santé publique. Dans l'esprit de Greenhalgh & collab.[37], l'innovation désigne un nouvel ensemble de comportements, routines et méthodes mis en œuvre par des actions planifiées et coordonnées afin de générer un changement perçu comme une valeur ajoutée ou une amélioration. Le PNSP est en effet un dispositif de gouverne déployé sous l'initiative d'une autorité publique centrale pour générer du changement aux différents paliers de gouverne d'un système complexe. Son déploiement implique des adaptations et des ajustements à tous les paliers de la part de tous les acteurs concernés par les objectifs de santé publique. Ces derniers ont l'obligation d'adopter le dispositif, une prescription légale de traduire le PNSP en plans d'action régional (PAR) et local (PAL), mais ils disposent aussi d'une marge de manœuvre dans son appropriation. La notion d'appropriation désigne ici le processus par lequel les destinataires non seulement adoptent, mais implantent et adaptent le PNSP en fonction de leur pratique et contexte particulier. Les définitions correspondant aux cinq phases d'innovation identifiées dans le cadre d'analyse (conception, dissémination, adoption, implantation, pérennisation) se trouvent en annexe.

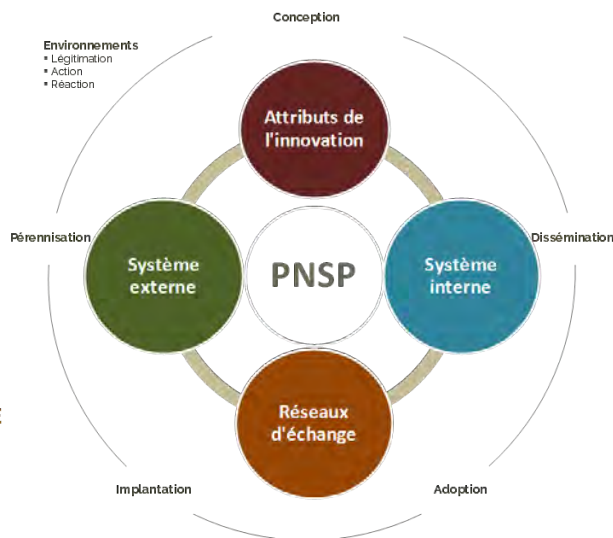
Figure 3 Un cadre d'analyse de l'innovation

SYSTÈME EXTERNE

- Science et connaissances
- Climat sociopolitique
- Rôle des médias
- Direction politique et stratégique
- Soutien d'acteurs de l'externe

RÉSEAUX D'ÉCHANGE

- Réseaux sociaux
- Réseaux inter-organisationnels
- Leaders d'opinion, champions et acteurs pivots



ATTRIBUTS DE L'INNOVATION

- Avantage relatif
- Risques/enjeux
- Visibilité
- Complexité
- Compatibilité
- Expérimentation
- Adaptation
- Connaissances

SYSTÈME INTERNE

- Tensions pour le changement
- Adéquation du contexte pour l'innovation
- Acteurs réceptifs au changement
- Stratégie de dissémination
- Soutien à la mise en œuvre
- Capacités et compétences professionnelles
- Financement, ressources et temps dédié
- Évaluation de l'innovation et de ses effets

Sources : Greenhalgh & coll. (2004), Callon & Latour (1986), Monnier (1992)

Bien que la recherche sur l'innovation offre un outillage théorique et pratique intéressant pour concevoir, soutenir et évaluer l'innovation, le cadre retenu pour cette analyse n'a pas de visée prescriptive ou de prétention à pouvoir guider le changement. En outre, il ne se substitue pas à un outillage plus adapté à la gestion du changement en situation de complexité. Il s'est toutefois révélé approprié pour examiner le déploiement du PNSP sous ses diverses facettes. Les différents concepts associés aux quatre dimensions théoriques (attributs de l'innovation, système interne, système externe et réseaux d'échange) couvrent l'ensemble des éléments abordés par les répondants en entrevue et groupe de discussion. Les attributs de l'innovation et les facteurs associés au système interne et aux réseaux d'échange sont les mieux documentés, alors que certains facteurs du système externe comme le rôle des médias et le climat sociopolitique le sont moins. Soulignons qu'à des fins de communication, les résultats sont organisés et présentés dans ce document sans toujours se rattacher directement au cadre d'analyse.

5.2 L'antériorité du PNSP : des tendances favorables au changement

« Ce n'est pas quelque chose qui a été fait par hasard (...) une maturité et une prise de conscience de la capacité qu'avait la santé publique, et le besoin de s'organiser. Ils avaient besoin également d'atteindre des objectifs qui correspondaient à leur positionnement structurel différent : on devenait maintenant des partenaires au niveau des Agences régionales, on avait rationalisé l'utilisation des ressources (...) on se dotait d'expertises et on voulait montrer qu'on était capables d'obtenir des résultats » (gestionnaire au palier national).

« Les Priorités [nationales] ça a permis de faire vivre ça à tout le monde et de voir que ce n'était quand même pas la dictature. Ça a permis un apprivoisement des résistances et une meilleure compréhension » (gestionnaire au palier national)

« Le contexte de la Commission Clair a forcé la production de quelque chose de plus substantiel que les Priorités [nationales] (...) On n'avait pas encore de CSSS, mais il y avait un mouvement de transformation en cours qui impactait tout le monde, y compris la santé publique » (gestionnaire à l'INSPQ).

« Le fait qu'on ait créé une grande cohésion avec la Loi [sur la santé publique], c'est devenu un événement porteur » (gestionnaire à l'INSPQ)

« On avait déjà intégré les trois paliers (...) ça s'était bonifié passablement par la Loi sur la Santé publique, mais la liaison entre le régional et le local, c'était un point faible » (gestionnaire à l'INSPQ)

Tel qu'évoqué dans le premier volet de l'analyse, plusieurs phénomènes antérieurs au PNSP ont contribué à la structuration et la formalisation du secteur de la santé publique. Certains ont été particulièrement favorables à l'émergence du projet de se doter d'un programme national. Dans le tableau 4 sont identifiées les tendances antérieures au PNSP qui sont perçues par nos répondants comme ayant été favorables à son émergence. En lien aux dimensions du cadre d'analyse, ce tableau met en lumière la convergence de plusieurs facteurs favorables issus du système interne, du système externe et des réseaux d'échange parmi les acteurs.

Tableau 4 Tendances antérieures perçues comme ayant été favorables à l'émergence du Programme

Par rapport aux acteurs et à leurs relations	Par rapport au système SSS et à son environnement
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Capacités et compétences accrues en santé publique à l'échelle du Québec (consolidation de l'expertise dans les régions, création de l'INSPQ, etc.) ▪ Émergence d'un leadership national et régional en santé publique ▪ Expérience accrue de collaboration entre les paliers national et régional ▪ Réceptivité accrue des acteurs de santé publique pour un effort collectif en prévention (à la suite de travaux précurseurs, surtout ceux entourant la PSBE, les Priorités nationales et la Loi de SP) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Existence de diverses tensions favorables à l'introduction de changements pour de meilleurs résultats (à la suite de commissions d'études, de compressions budgétaires, etc.) ▪ Développement de dispositifs et modalités de gouverne favorisant l'intégration de la santé publique dans le système (avec la création d'une direction générale de la santé publique au sein du MSSS, des directions régionales de santé publique, etc.)

D'une part, il ressort que diverses initiatives et expériences ont permis d'accroître la réceptivité des acteurs de santé publique à l'égard d'une structuration accrue des actions et pour un effort collectif à l'échelle du Québec, dont la Politique de la santé et du bien-être (PSBE, 1992-2002), les Priorités nationales (PN, 1997-2002) et l'élaboration de la Loi sur la santé publique (LSP, 2001). De diverses

façons, celles-ci ont encouragé la mobilisation, suscité le débat, permis l'apprentissage et encouragé une plus grande ouverture à l'égard d'une approche plus systémique et coordonnée de la santé publique.

D'autre part, on observe l'importance des changements réalisés dans le système SSS avec, entre autres, la structuration accrue des trois paliers de gouverne, l'intégration formelle de la santé publique dans les instances décisionnelles aux paliers national et régional, la consolidation de l'expertise dans les régions et la création de l'INSPQ pour mutualiser les connaissances en santé publique au Québec.

Cependant, toujours du point de vue des répondants, les conditions à l'extérieur du système SSS sont longtemps demeurées défavorables avant l'émergence du Programme. Ceux-ci rappellent le manque d'engagement politique en faveur de la santé publique, et ce, en raison de l'agenda des élus au gouvernement, du manque de continuité dû à la succession de ministres et de gouvernements, de la forte médiatisation des problèmes hospitaliers ou du manque d'intensité du lobbying pour la prévention, tant dans la société qu'auprès des élus. L'arrivée d'un nouveau leadership national et régional en santé publique, à partir des années 1990, a coïncidé avec l'instauration de mécanismes formels ayant permis d'accroître la collaboration et la coordination entre les paliers national et régional, un environnement qui a aussi favorisé le partage d'une certaine vision sur les changements à opérer pour l'évolution de la santé publique.

5.3 Les facteurs favorables et défavorables dans les différentes phases de déploiement du Programme national de santé publique

« Il y avait un grand leadership, une volonté de réalisation, une direction assez ferme, mais beaucoup d'écoute et donc il avait une bonne relation avec les gens du réseau et la capacité de les faire cheminer et de faire les arbitrages nécessaires » (gestionnaire au palier national)

« Le Programme national, ça s'est joué très fort au point de départ entre le national et le régional. On a toujours eu de la difficulté à trouver la bonne place du local là-dedans » (professionnel au palier national)

« Il y avait une crainte que ce soit trop contraignant et que ça vienne brimer la liberté de choix qu'il y avait dans chacune des régions » (professionnel au palier national)

« Il était nécessaire que la démarche permette le développement d'un consensus le plus large possible et l'adhésion d'un grand nombre d'acteurs qui deviennent autant de vendeurs dans l'implantation » (gestionnaire au palier national)

« On aurait aimé restreindre et intégrer davantage [le contenu]. Mais les gens n'embarquaient plus. On était rendus au bout de ce qu'on pouvait faire » (gestionnaire au palier national)

« Il était loin d'être parfait le Programme, mais il fallait qu'il sorte parce qu'on aurait pu le perdre. Faire sortir un programme d'une telle ampleur, signé par un ministre, c'est un défi » (gestionnaire au palier national)

« Je me dis qu'à partir du moment où tu mets ça sur la table comme plan d'action sur 10 ans, mais que tu n'alignes pas les ressources en conséquence, tu ne deviens pas solide » (décideur au palier national)

« La vraie implantation du PNSP a commencé avec la mise à jour. Avant ça c'était un peu, comme je te dis : il faut le faire parce qu'on a une demande » (gestionnaire à l'INSPQ)

Une des étapes centrales de l'analyse a consisté à identifier, pour chacune des phases de déploiement, les facteurs qui ont influencé le PNSP du point de vue des répondants. L'exercice a ensuite permis de mettre en lumière les facteurs qui ont agi tout au long, de la conception à

l'implantation. En raison de leur interrelation plutôt grande, nous résumons les principaux constats en regroupant, d'une part, les facteurs associés aux phases de conception et de dissémination et, d'autre part, ceux relatifs aux phases d'adoption et d'implantation. Le tableau 5 identifie les principaux facteurs favorables et défavorables qui ressortent de l'analyse. Les années d'édition (2003 et 2008) sont précisées lorsque le constat correspond à une période plus particulière. Quant au tableau 6, il indique les facteurs jugés défavorables pour le palier local en particulier. Ce sont ces derniers facteurs qui expliquent le mieux le faible niveau d'appropriation du PNSP dans les CSSS.

Phases de conception et de dissémination

Une série de facteurs ont exercé une influence favorable durant la phase initiale de conception, qu'il s'agisse de l'avantage conjoncturel d'un programme dit sectoriel par rapport à une politique gouvernementale, de la possibilité d'ancrer le Programme dans l'instrumentation de gouverne existante et en particulier dans la législation, de la compatibilité recherchée entre ce Programme et les valeurs et normes préexistantes parmi les acteurs de la santé publique, du caractère mobilisateur et structurant du processus de conception avec la mise en place de groupes de travail, de la présence de leaders et d'acteurs réceptifs et soutenant dans plusieurs instances du réseau, ainsi que du soutien décisif obtenu alors dans la sphère politique.

Cependant, d'autres facteurs ont exercé une influence plutôt défavorable dans cette phase initiale. Outre la complexité à définir, organiser et détailler les multiples composantes du Programme ainsi que la lourdeur et le caractère exigeant du processus de conception pour les acteurs qui y ont participé, on observe que des tensions ont surgi autour des choix relatifs à l'étendue du champ d'action du PNSP (organisation des soins, action intersectorielle, etc.) et au caractère des pratiques intégrées et donc légitimées (assises scientifiques, preuves empiriques, etc.). Des craintes quant au contenu du Programme ont aussi été attribuées à la culture d'autonomie préexistante dans les régions, au désir de protéger certains acquis et à la compréhension problématique de certains rôles et responsabilités en santé publique.

Tableau 5 Principaux facteurs favorables et défavorables lors du déploiement du Programme

Favorables	Défavorables
Réseaux d'échange : les acteurs et leurs relations	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direction politique claire et déterminante (2003) ▪ Importance de leaders d'opinion et acteurs pivots ▪ Importance des collaborations aux paliers national et régional 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Implication réduite des acteurs locaux et intersectoriels dans la conception (surtout 2003) ▪ Exigences du processus de conception et conditions de participation non facilitantes pour les acteurs consultés ▪ Manque de collaboration entre les paliers régional et local et soutien insuffisant pour la mise en œuvre
Systèmes interne et externe : le réseau de santé publique et son environnement	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apport de la science et des connaissances pour justifier et préciser les composantes du PNSP (2003) ▪ De nouvelles modalités de gouverne et une plus grande cohérence découlant des récentes transformations dans le système SSS avec notamment la responsabilité populationnelle (2008) ▪ Ancrage possible du PNSP sur l'instrumentation de gouverne existante et visibilité relative offerte à travers la Loi et les ententes de gestion 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contexte politique forçant à conclure l'exercice de consultation et empêchant d'accompagner le PNSP d'une stratégie de dissémination appropriée (2003) ▪ Transformations dans le système limitant la compréhension des conditions de changement et des besoins d'accompagnement (2003) ▪ Visibilité du PNSP affectée par d'autres priorités, de nouveaux programmes et un alignement problématique avec les ententes de gestion ▪ Défis d'adaptation aux réalités régionales et locales découlant du caractère prescriptif ou d'une mauvaise compréhension du but inhérent à la démarche et de la marge de manœuvre accordée ▪ Complexité d'opérationnalisation et déficit de capacités et compétences adaptées pour bien soutenir la mise en œuvre au palier local ▪ Préoccupations sur le financement et les ressources ▪ Incertitudes liées à l'absence d'une politique gouvernementale ou autre dispositif visant à mieux intégrer les efforts intersectoriels en prévention
Attributs de l'innovation : le Programme	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Caractère mobilisateur et structurant du processus de conception du PNSP (2003) ▪ Compatibilité relative du PNSP avec les normes et valeurs préexistantes (conception des déterminants de la santé, position défendue par les instances régionales, rôles traditionnellement assumés sur le terrain, définitions de la Loi de SP, etc.) (2003) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Craintes diverses face aux implications possibles du PNSP et tensions autour de la reconnaissance possible de nouvelles pratiques et la préservation des actions et ressources préexistantes (2003) ▪ Complexité à définir et structurer les composantes et tensions autour de l'étendue du champ d'action couvert et de la légitimation des pratiques inscrites ▪ Limites observées dans le contenu entraînant une réceptivité inégale selon les contextes de mise en œuvre

En raison de la conjoncture politique, une période préélectorale, les travaux de consultation prévus dans la phase initiale ont pris fin prématurément, il n'y a pas eu de période de familiarisation suffisante au sein des diverses instances concernées et la stratégie formelle de dissémination par le MSSS a aussi été compromise. Ceci peut expliquer pourquoi, au contraire de ce qui était attendu, le Programme a souvent été perçu comme s'il relevait d'une logique d'imposition de la part du MSSS. La conception de la mise à jour, publiée en 2008, fut l'occasion de corriger certaines lacunes, en particulier avec l'implication accrue des acteurs locaux et intersectoriels, la définition d'une stratégie de mise en œuvre plus adaptée et l'arrimage plus explicite du Programme au nouvel environnement de la santé publique (CSSS, RLS, responsabilité populationnelle, etc.). Compte tenu de l'importance

des transformations engagées dans le système au début des années 2000, de sérieux défis s'étaient initialement posés pour la compréhension de l'environnement dans lequel le Programme allait être déployé.

Tableau 6 Principaux facteurs défavorables à l'adoption et l'implantation du Programme au palier local

Réseaux d'échange : les acteurs et leurs relations
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manque de collaboration et de soutien entre les paliers régional et local ▪ Manque de porteurs ou de champions dans les organisations locales
Systèmes interne et externe : le réseau de santé publique et son environnement
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diversité des exigences, des priorités et des logiques d'action en présence dans les CSSS ▪ Transformations structurelles (fusion ou création des CSSS, etc.) affectant la réceptivité ▪ Confusion générée par l'introduction du projet clinique et de la responsabilité populationnelle, dans le contexte de la création des RLS, ensuite gérés en parallèle au PNSP plutôt que de façon intégrée ▪ Cohérence insuffisante entre le Programme et les ententes de gestion ▪ Rotation importante du personnel des CSSS posant des problèmes de continuité et de capacités professionnelles ▪ Manque de capacités organisationnelles et d'expertises professionnelles pour la mise en œuvre du PNSP, en lien à la formation disponible et au soutien en présence dans les établissements
Attributs de l'innovation : le Programme
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Risques ou craintes d'une remise en question des pratiques existantes et d'une perte d'autonomie ▪ Compréhension inexacte de la démarche du PNSP et du but visé, ce qui a marqué de façon durable les perceptions et la réceptivité des acteurs dans les CSSS ▪ Difficultés à maîtriser le contenu, notamment la compréhensibilité de certaines composantes, leur compatibilité avec les réalités du terrain et la complexité de les traduire opérationnellement

Phases d'adoption et d'implantation

Édictée par la Loi sur la santé publique, l'adoption du PNSP à travers la mise en œuvre des plans d'action régionaux et locaux a donné lieu à diverses réactions, tant positives que négatives. Les limites perçues par les répondants concernent principalement les assises empiriques inégales du contenu, la maturité variable des domaines ou actions retenus, le caractère fragmenté et non matriciel des actions et des stratégies énoncées et le manque de précision quant aux rôles et responsabilités, surtout au palier local et pour l'action intersectorielle. Différents facteurs ont ensuite exercé une influence sur l'implantation. Les facteurs favorables sont la visibilité du Programme offerte à travers la Loi et les ententes de gestion, la compatibilité relativement grande constatée entre ce Programme et les normes et valeurs des acteurs de santé publique, les nouvelles obligations associées à la responsabilité populationnelle, la plus grande cohérence découlant des récentes transformations dans le système et les collaborations établies entre les paliers national et régional, et parfois entre le régional et le local.

Cependant, toujours pour les phases d'adoption et d'implantation du Programme, plusieurs facteurs ont été plutôt défavorables. Les acteurs ont été inégalement réceptifs dans les différents contextes, ce qui s'est traduit par une appropriation inégale selon les régions, les organisations et les individus. L'implantation a été influencée par leur perception des risques et enjeux, par les défis d'adaptation aux réalités régionales et locales, par la complexité à opérationnaliser et à mettre en œuvre le contenu du Programme et par un cloisonnement des pratiques qui s'est maintenu malgré les améliorations entre paliers et domaines. La forte attraction des ententes de gestion et la coexistence d'autres priorités et de programmes ont également limité la visibilité du contenu spécifique du Programme et introduit une certaine distorsion en raison d'un manque apparent de cohérence

d'ensemble quant aux attentes. Toujours au niveau systémique, on note les incertitudes qui ont caractérisé la vision et le leadership national dans la phase initiale de dissémination. Enfin, les problèmes d'implantation sont aussi attribués au niveau d'effort qui fut consacré à soutenir le changement, aux ressources disponibles et au type de compétences qu'il aurait fallu pouvoir mobiliser pour mettre en œuvre le Programme, ce qui pose l'enjeu des capacités professionnelles et organisationnelles.

5.4 Les enjeux à résoudre pour le déploiement du Programme national de santé publique

- « On a quelque chose d'extrêmement important dans les mains en termes de structure, mais qui est d'une rigidité par rapport au système qu'il faut améliorer » (gestionnaire au palier national)
- « Je dirais qu'il y a des lacunes dans le PNSP initial, même dans la mise à jour, c'est qu'on a procédé davantage par addition de ce qui se faisait déjà que par une véritable intégration et par une lecture vraiment critique des interventions de santé publique » (gestionnaire à l'INSPQ)
- « Le Programme n'a pas vraiment permis d'aller au-delà des connaissances existantes et d'ouvrir des voies prometteuses parce qu'on s'était mis ce frein-là, qu'il fallait qu'on ait les preuves sur l'efficacité » (professionnel au palier national)
- « Un des éléments c'est la difficulté chronique qu'ont les directions régionales à soutenir le local et à donner de l'espace au local » (gestionnaire au palier national)
- « Il y a une résistance naturelle sur le terrain à plusieurs endroits pour travailler avec la santé publique, surtout quand c'est conçu de façon prescriptive » (gestionnaire au palier national)

Pour le processus de révision du Programme, l'attention doit plus spécialement porter sur les enjeux récurrents. Ce sont des enjeux observés depuis la phase initiale de conception qui demeurent d'actualité après une décennie de déploiement et qui sont donc toujours à résoudre. Ces enjeux peuvent être regroupés en trois catégories, comme l'indique le tableau 7. Celui-ci permet d'identifier les dimensions du cadre d'analyse auxquelles correspondent ces trois catégories d'enjeux.

Tableau 7 Les catégories d'enjeux et leur correspondance avec le cadre d'analyse de l'innovation

Catégories d'enjeux	Attributs du PNSP	Réseaux d'échange	Système interne	Système externe
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compréhension du contenu et du but inhérent au PNSP 				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Appropriation du PNSP dans la pratique de tous les jours 				
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ancrage et portée dans le système SSS et auprès des partenaires intersectoriels 				

Par rapport à la compréhension du PNSP, les enjeux identifiés par les répondants concernent principalement les attributs du Programme. Les réseaux d'échange entre les acteurs pourraient aussi être questionnés si l'on tenait compte de la stratégie de dissémination, laquelle est indissociable dans les faits. Les enjeux explicitement mentionnés par les répondants se concentrent autour des questions suivantes :

- 1) la définition des domaines et des actions, ce qui renvoie aux difficultés dans la délimitation, l'intégration et la justification du contenu en raison, d'une part, de la complexité des objets à définir et, d'autre part, de la sensibilité des acteurs du fait des implications potentielles sur leur pratique;
- 2) l'opérationnalisation des actions et des stratégies, notamment les activités transversales et avec les partenaires intersectoriels, ce qui vient des difficultés d'application concrète du Programme du point de vue des acteurs et par rapport à leur capacité d'action respective;
- 3) la clarification des rôles et des responsabilités, en termes d'explicitation, mais aussi de délimitation des zones de partage, surtout en ce qui concerne les activités transversales et la contribution des partenaires à l'intérieur du système SSS comme à l'extérieur;
- 4) la priorisation des cibles et objectifs et leur précision au plan opérationnel, un enjeu s'expliquant par le grand nombre de cibles et d'objectifs, leur définition parfois équivoque, leur mesurabilité parfois difficile et l'absence de hiérarchisation.

Par rapport à l'appropriation du PNSP, les enjeux identifiés par les répondants concernent cette fois les réseaux d'échanges entre les acteurs et les caractéristiques du système interne. Puisque l'appropriation est indissociable du contenu même du PNSP, les attributs de ce dernier pourraient aussi être revus. Les enjeux explicitement mentionnés par les répondants se concentrent autour des quatre éléments suivants :

- 1) les capacités organisationnelles et professionnelles dans les instances régionales et locales pour adapter le contenu du PNSP sous la forme d'un plan d'action et l'implanter dans leur contexte respectif, non seulement dans l'optique de répondre à une obligation légale, mais de créer des conditions propices à l'engagement grâce à des ressources et une dynamique de mobilisation autour d'un projet commun;
- 2) la collaboration entre les paliers régional et local et avec le milieu communautaire pour assurer les maillages et partager les efforts nécessaires, une collaboration qui demeure influencée par la culture et l'historique des organisations;
- 3) les capacités et les compétences plus spécifiques à tous les paliers pour offrir le soutien et l'accompagnement nécessaires auprès des acteurs de terrain, eux qui ont la responsabilité de réaliser les activités inscrites et d'actualiser le PNSP dans la pratique, incluant les organismes communautaires;
- 4) la stratégie de mise en œuvre ou de gestion du changement (conceptualisation, planification, etc.), un enjeu qui s'explique par le niveau de complexité que représente la mise en œuvre d'un tel programme dans la diversité des contextes d'action concernés.

Enfin, par rapport à l'ancrage et la portée du PNSP, les enjeux identifiés par les répondants concernent tout autant les attributs du PNSP, les réseaux d'échange, le système interne et le système externe. Ils se rapportent aux éléments suivants :

- 1) la direction politique ou stratégique aux différents paliers du système qui n'a pas toujours été claire, continue et effectivement soutenue;
- 2) l'alignement et la visibilité du PNSP par rapport aux ressources, outils et autres priorités dans le système SSS, en particulier les ententes de gestion, le projet clinique et les programmes clientèles qui ont engendré de la distorsion par le passé;
- 3) le partage de la vision de santé publique et des objectifs du PNSP ainsi que la mobilisation des acteurs autour de cette vision, tant dans le système SSS (médecins, etc.) que dans les autres secteurs d'activités concernés;
- 4) l'avantage relatif d'une programmation sectorielle par rapport à une politique gouvernementale, laquelle aurait pu remplacer la PSBE qui n'a pas été renouvelée à terme et aurait pu aider à clarifier la place et le but spécifique de cette programmation sectorielle.

En somme, plusieurs des enjeux à résoudre ne concernent pas strictement les attributs du PNSP quant à son contenu, mais les processus inhérents au PNSP et l'environnement dans lequel il se déploie. Ce faisant, ils obligent à porter simultanément attention à ces autres facettes pour réfléchir au PNSP et à sa pérennisation.

5.5 Les propositions d'amélioration

Les répondants ont été invités à s'exprimer sur les perspectives d'amélioration possibles et souhaitées. Sans prétendre à des positions toujours unanimes parmi eux, il a été possible de faire ressortir les positions convergentes et celles qui recueillent donc un niveau d'appui élevé (tableau 7). Elles sont regroupées en fonction des catégories d'enjeux qui ont été précédemment identifiés. Ainsi, les répondants suggèrent tout à la fois de 1) reconfigurer le contenu même du Programme pour accroître sa compréhensibilité et son caractère opérationnel en fonction des acteurs et de leur contexte, 2) créer les conditions pour mieux soutenir son appropriation dans la pratique en portant attention aux processus en aval, 3) créer les conditions dans l'environnement du Programme pour accroître son ancrage et sa portée.

Tableau 8 Propositions d'amélioration formulées par les répondants

Reconfigurer le contenu du Programme en fonction des acteurs et leur contexte
<p><i>Clarification / priorisation / opérationnalité</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Accroître la compréhensibilité, la hiérarchisation et le caractère opérationnel du Programme en fonction des acteurs qui auront à l'appliquer aux différents paliers : <ul style="list-style-type: none"> ▪ en resserrant le contenu et en priorisant les objectifs et les cibles en fonction des contextes d'action et des capacités de mise en œuvre; ▪ en structurant le contenu selon une vision matricielle plutôt que segmentée (ex. : en situant les actions et les cibles d'après les rôles et responsabilités des différents acteurs); ▪ en explicitant les activités transversales et en clarifiant les rôles et responsabilités pour l'action intersectorielle, le soutien des partenaires et l'accompagnement des acteurs de terrain. <p><i>Validation / cohérence / fondement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Privilégier les actions reconnues pour leur efficacité, mais encourager l'expérimentation et valoriser les interventions prometteuses issues du terrain ▪ Privilégier des cibles mesurables et cohérentes par rapport aux ententes de gestion pour favoriser l'engagement et la reddition de comptes
Créer les conditions pour favoriser l'appropriation du Programme dans la pratique
<p><i>Capacités / collaboration / soutien / gestion du changement</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Réviser le PNSP à travers des processus délibératifs et inclusifs et des stratégies de mobilisation et de communication ▪ Favoriser l'adaptation du PNSP aux réalités régionales et surtout locales en communiquant bien la vision et les objectifs et en clarifiant la marge de manœuvre en termes de priorisation et d'expérimentation, pour inciter les instances concernées à passer d'un mode réactif à proactif ▪ Accompagner le futur PNSP d'une stratégie de soutien et d'accompagnement basée sur une compréhension des capacités organisationnelles et professionnelles aux paliers régional et local et des compétences à développer ▪ Promouvoir le développement d'une culture et de pratiques de collaboration à tous les paliers pour enrichir les dynamiques régionales et locales et favoriser les relations entre le réseau et les organismes communautaires ▪ Accompagner la version révisée du PNSP de stratégies adaptées de suivi, d'évaluation et de recherche
Créer les conditions pour accroître l'ancrage et la portée du Programme
<p><i>Légitimation / leadership / mobilisation</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ S'assurer à tous les paliers de gouverne d'un appui stratégique de haut niveau pour le PNSP, pour sa mise en œuvre (PAR et PAL) et pour les stratégies d'action transversales/intersectorielles ▪ Faire valoir dans les médias et sur d'autres tribunes les avantages de la santé publique et du PNSP pour accroître la mobilisation citoyenne et influencer l'engagement des autorités ▪ Mobiliser les partenaires et autres secteurs d'activités autour des objectifs du PNSP en les intégrant dans la révision et en créant des mécanismes de concertation élargis autour de la prévention <p><i>Instrumentation / incitatifs</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Viser un alignement optimal entre le PNSP et les leviers d'action et dispositifs de gouverne du système pour favoriser sa visibilité, sa crédibilité et sa cohérence dans les pratiques au quotidien

À travers les propositions détaillées dans le tableau 8, les répondants convient les décideurs à une réflexion de portée systémique. En effet, il s'agit non seulement de revoir le contenu du PNSP (attributs), mais d'examiner l'environnement dans lequel il est déployé (système interne et système externe) et les processus grâce auxquels il sera possible d'encourager une meilleure appropriation (système interne et réseaux d'échange). En considérant l'ensemble des propositions, trois principaux messages sont à retenir en regard du futur PNSP.

Premièrement, la complexité du Programme gagnerait à être réduite en travaillant l'organisation et le contenu du document. En raison de sa nature intrinsèque et du contexte dans lequel il est déployé, le PNSP comportera toujours un niveau de complexité, mais les répondants suggèrent différents moyens pour l'atténuer. D'une part, il s'agit d'aider à la compréhension et à la priorisation des objectifs et des cibles, de clarifier davantage les rôles et responsabilités, surtout pour l'action intersectorielle et les stratégies transversales, et de rendre le tout plus facile à opérationnaliser sur le terrain. Ceci implique de tenir compte des capacités variables des acteurs concernés et d'être suffisamment réalistes quant aux cibles ou objectifs qui seront fixés. D'autre part, il s'agit de poursuivre le travail de validation et de mise en cohérence de l'ensemble du contenu tout en offrant aux acteurs régionaux et locaux la possibilité d'adapter le PNSP à leur contexte et même d'expérimenter des voies prometteuses ancrées dans leur milieu.

Deuxièmement, la complexité de mise en œuvre rencontrée par le passé implique de redoubler les efforts pour une stratégie d'ensemble suffisamment dynamique en soutien à l'implantation et au développement des capacités organisationnelles et professionnelles. À travers une stratégie appropriée de gestion du changement, il s'agit notamment de prévoir comment encourager une plus forte collaboration entre les différents paliers, le développement des compétences nécessaires et la mise à profit de l'expertise disponible pour mieux soutenir les instances régionales et locales dans leurs efforts d'adaptation et d'implantation respectifs. Assurer les interfaces nécessaires avec les différents partenaires est également requis. Sans perdre de vue les objectifs partagés et la recherche d'efficacité, il s'agit enfin de clarifier la marge de manœuvre pour l'adaptation régionale et locale en termes de priorisation et d'expérimentation.

Troisièmement, pour ancrer plus solidement le Programme et lui conférer une légitimité et une portée accrues dans le système SSS et éventuellement dans d'autres secteurs d'activité, c'est l'appui politique et stratégique des hauts dirigeants qu'il importe d'obtenir. La valorisation de la contribution du secteur de la santé publique et du Programme est l'une des avenues pour y parvenir, tant dans l'espace médiatique que politique. Toujours selon les répondants, il faut également pouvoir assurer l'alignement et la cohérence nécessaires entre le PNSP et les différents dispositifs et leviers stratégiques en présence dans le système SSS.

6 Défis pour l'évolution du Programme national de santé publique

Il est possible de compléter l'analyse en essayant de voir comment les décideurs pourraient arrimer leurs réflexions relatives à la pérennisation du PNSP à celles, plus larges, visant à orienter l'évolution du secteur de la santé publique en lui permettant de mieux réaliser sa mission préventive. Un tel exercice semble d'autant plus pertinent que le PNSP constitue l'un des dispositifs et non le seul pour contribuer à accroître la prévention dans le système de SSS et éventuellement dans les autres secteurs d'activités de l'État.

À travers les écrits issus de notre recension, nous avons dégagé quatre grands défis dans la réalisation de la mission préventive[3, 4-6, 10-12, 19, 23, 30, 31, 34, 40]. Il en ressort que pour mieux réussir cette mission, il faut parvenir à la fois à :

- 1) renforcer la place de la prévention à tous les paliers du système de SSS, incluant dans l'offre de services définie par les organisations locales, et ce, en tenant compte de la synergie nécessaire entre les différents paliers;
- 2) accentuer la mobilisation et la convergence des efforts de différents secteurs d'activités autour d'une vision partagée des changements à réaliser et autour des responsabilités à assumer face aux déterminants de la santé, et ce, en prenant en considération la mission de chacun et les leviers à leur disposition;
- 3) soutenir le changement des pratiques professionnelles et organisationnelles afin qu'elles répondent plus efficacement aux grandes problématiques de santé et aient l'impact populationnel attendu, et ce, en s'appuyant sur le développement des connaissances issues de l'expérience sur le terrain ainsi que de la recherche et l'évaluation;
- 4) assurer la plus grande cohérence possible parmi les instruments et dispositifs de gouverne et une adéquation accrue des ressources (humaines, financières et informationnelles) pour favoriser un alignement optimal des pratiques vers les objectifs de prévention.

Soulignons que les deux premiers défis correspondent aux deux mouvements d'évolution mis en lumière dans le premier volet de notre analyse et pour lesquels nous avons observé des difficultés significatives dans le contexte particulier du PNSP. Le troisième défi, pour sa part, fait référence aux capacités nécessaires, dont les compétences professionnelles, pour surmonter les deux premiers. Enfin, le quatrième traduit un défi lié à l'instrumentation de gouverne pour mieux orienter et faire converger les efforts autour des objectifs de prévention. Ces derniers font donc écho à plusieurs facteurs favorables et défavorables identifiés dans le deuxième volet de notre analyse en lien aux réseaux d'échange et aux systèmes interne et externe.

C'est à la lumière de ces défis que nous pouvons maintenant envisager les propositions d'amélioration déjà formulées par les répondants. En effet, ils offrent l'opportunité de replacer ces propositions en fonction non seulement de la pérennité souhaitable du PNSP, mais aussi des objectifs plus larges de réalisation de la mission préventive. Ainsi, quatre pistes d'amélioration peuvent être dégagées de notre analyse :

- 1) viser l'intégration des actions et des cibles du futur PNSP dans l'offre de services des établissements et dans les pratiques des divers intervenants sur le terrain, notamment par un soutien dans la réalisation des plans d'action locaux et leur arrimage au projet clinique;
- 2) viser la mobilisation des partenaires intersectoriels en favorisant le partage d'une compréhension des rôles et responsabilités de chacun en lien aux missions respectives, de façon à faire converger les efforts des différents acteurs pouvant contribuer aux objectifs du futur PNSP;
- 3) viser le développement des capacités professionnelles et organisationnelles en cherchant à insuffler à tous les paliers une culture d'apprentissage et des stratégies de développement de compétences qui sont arrimées aux actions et aux stratégies que commande le futur PNSP;
- 4) viser la cohérence entre le PNSP et l'instrumentation du système, dont les ententes de gestion et le projet clinique (lié à la responsabilité populationnelle), et l'adéquation des ressources allouées dans les organisations et sur le terrain par rapport aux objectifs et aux cibles du futur PNSP.

En somme, ce sont ces pistes de réflexion alignées aux quatre grands défis de la mission préventive que l'exercice nous incite à proposer en complément des propositions d'amélioration déjà formulées par les répondants. C'est autour de ce type de réflexion, en effet, que pourrait aussi s'amorcer la démarche de révision du PNSP. Une étape subséquente au présent exercice pourrait être de formuler ces pistes dans une perspective opérationnelle, c'est-à-dire en considérant de façon plus précise les diverses actions qu'il est possible de mettre en œuvre, du point de vue des décideurs, pour cheminer dans cette direction.

7 Conclusion

Le déploiement du PNSP a suivi un cheminement complexe, non linéaire, caractérisé par l'interaction de multiples acteurs et facteurs. Comme le montre ce rapport, il a aussi été marqué par la complexité de ses enjeux. C'est dans ce contexte que la présente analyse convie les décideurs à une réflexion de portée systémique. Les défis soulignés dans le dernier chapitre offrant l'occasion de repositionner la réflexion autour des objectifs de prévention que l'on cherche à mieux intégrer dans les pratiques à la fois intra et inter sectorielles. Au final, les questions qui émergent se concentrent donc autour de la façon de faire cheminer la réflexion sur le futur PNSP en lien à ces deux défis majeurs pour accroître l'efficacité de l'action du secteur de la santé publique : le renforcement de la prévention dans le système SSS et l'accentuation des efforts intersectoriels sur les déterminants de la santé.

Concernant le premier défi, l'analyse conduit à s'interroger sur la façon de faire pour que le PNSP serve à renforcer l'action préventive dans la pratique clinique au sein du système SSS. Les propositions d'amélioration formulées par les répondants offrent plusieurs réponses pertinentes à cet égard, dont certaines pointant en faveur d'une reconfiguration du contenu du PNSP. Néanmoins, une majorité de propositions suggèrent que les solutions se trouvent plutôt du côté des conditions de mise en œuvre et, donc, dans le réseau de santé publique et son environnement. Ainsi, les décideurs devraient être attentifs simultanément à ces autres questions : quelles sont les conditions à créer pour une plus grande appropriation du PNSP au palier local, non seulement dans le secteur de SP où le Programme s'est déjà démarqué, mais dans le système SSS plus largement? Au-delà du futur PNSP, quels sont les autres dispositifs de gouvernance et les autres leviers à utiliser pour mieux intégrer l'action préventive dans la pratique clinique? Et, plus largement, quelle est la stratégie de gestion la plus prometteuse pour susciter les changements requis? Cette dernière question conduit à s'interroger sur la meilleure façon de parvenir aux changements que requiert le futur PNSP, ce qui renvoie en définitive aux approches en gestion du changement susceptibles d'être utiles pour la mise en œuvre d'un tel Programme.

Concernant le deuxième défi, la première question qui ressort de l'analyse porte inévitablement sur la contribution du PNSP à l'action intersectorielle, mais elle peut être formulée de trois façons différentes : comment faire en sorte que le PNSP contribue à accentuer les efforts intersectoriels pour agir sur les déterminants de la santé? Dans quelle mesure le Programme est-il le meilleur dispositif pour y arriver? Et quelle peut être sa contribution spécifique en complémentarité d'autres dispositifs et leviers de l'appareil public? Au-delà d'une réflexion rattachée spécifiquement au futur PNSP, il serait pertinent pour les décideurs de réactualiser la vision sur l'action intersectorielle en fonction de l'état de situation d'aujourd'hui et par rapport à d'autres chantiers nationaux à travers lesquels de nouvelles avancées sont possibles. Cette réactualisation de la vision sur l'action intersectorielle est d'autant plus nécessaire si l'on choisit de limiter l'ancrage et la portée du Programme au secteur de la santé publique et à l'intérieur du système SSS. Des interrogations générales aux implications éminemment pratiques se posent donc ici : comment parvenir à mobiliser les autres secteurs d'activités et les partenaires intersectoriels pour mieux réaliser la mission préventive de la santé publique? Et comment maintenir leur engagement dans la durée et faire converger les efforts de chacun? Ces dernières interrogations demeurent ouvertes bien que l'on conviendra que la mobilisation intersectorielle est difficile à concevoir sans une implication accrue des différents partenaires et secteurs d'activités dans la définition des projets et sans une compréhension accrue de leurs réalités et des leviers à leur disposition. La mobilisation intersectorielle semble par ailleurs difficile à réaliser sans avoir au préalable cherché à dégager une compréhension partagée de ce que sont les déterminants de la santé et des approches et modalités d'intervention les plus efficaces pour agir sur ces déterminants dans le cadre d'une démarche impliquant différents secteurs d'activités.

Dans le but d'éclairer la réflexion et la décision quant au futur PNSP, ce rapport suggère quatre pistes possibles d'amélioration, dont une qui traduit le besoin d'un meilleur arrimage entre le PNSP et les autres dispositifs et leviers en présence dans le système SSS. Le manque d'alignement et de visibilité du Programme s'est avéré l'une des grandes difficultés rencontrées depuis 2003. Le problème fut plus clairement constaté dans les pratiques au palier local. Pour les gestionnaires et les intervenants locaux, tant les ententes de gestion, le projet clinique et les autres programmes clientèles ont introduit par le passé une importante distorsion en brouillant leur compréhension et leurs capacités à accorder toute l'importance nécessaire au Programme en termes de priorisation et d'actualisation dans les pratiques au jour le jour. L'importance de susciter une plus grande appropriation du Programme au palier local implique donc un meilleur arrimage de l'instrumentation de gouverne, par exemple grâce à un alignement des futures ententes de gestion aux objectifs et aux cibles du futur Programme. Il est entendu que de nombreux autres facteurs pourront contribuer à une plus grande appropriation du Programme et ce rapport permet d'en identifier plusieurs. De nouveau, l'implication des différents groupes d'acteurs qui auront à s'approprier le futur PNSP apparaît comme condition de succès.

Finalement, il ressort de l'ensemble de notre analyse que la gestion du changement est une problématique indissociable de l'avenir du PNSP, tant pour son appropriation au palier local que pour une cohérence accrue des actions de santé publique dans le contexte du futur PNSP. Ce constat rejoint l'une des pistes d'amélioration suggérées dans ce rapport, laquelle fait référence aux capacités nécessaires pour mener les changements souhaités dans le cadre de la mise en œuvre du futur PNSP. L'un des problèmes fréquemment soulevés par les répondants est l'approche de changement qui fut privilégiée dès les tous débuts, une approche classique de changement planifié que l'on reconnaît par son mode prescrit et sa perspective de réalisation hiérarchique, ses processus formels et séquencés, ainsi que par ses exigences d'opérationnalisation rigoureuse. Plusieurs répondants attribuent à cette approche une partie des difficultés d'appropriation observées au palier local, que ce soit en raison de son impact sur la compréhension de la démarche du PNSP et du but visé, des craintes suscitées quant à une remise en question des pratiques existantes et à une perte d'autonomie dans l'action sur le terrain, ou son impact sur les capacités d'adaptation aux réalités locales à travers l'élaboration du PAL et sa mise en œuvre. Compte tenu de la complexité d'un tel programme, des pratiques à mettre en œuvre pour l'actualiser sur le terrain et même des contextes d'action de la santé publique, certains suggèrent directement de revoir la façon d'introduire le futur PNSP et la façon de gérer le changement inhérent à sa mise en œuvre.

Pour pouvoir intervenir en situation de complexité comme celles-ci, d'après Roy et collab.[41], il est nécessaire d'augmenter les degrés de certitude et d'accord parmi les acteurs concernés, et ce, en améliorant la compréhension et la vision commune sur le changement à réaliser et sur où faire le changement dans le système. C'est donc en quelque sorte la compréhension du PNSP et de son environnement qu'il faut continuer de développer et surtout de partager. Pour intervenir en situation de complexité, ajoutent ces derniers, il faut également accepter la créativité et les comportements adaptatifs parmi les acteurs, notamment en appuyant l'action émergente et l'expérimentation. Une telle orientation stratégique pourrait suggérer d'encourager et de soutenir davantage les processus d'adaptation du Programme aux réalités régionales et locales, de telle sorte que l'élaboration et la mise en œuvre des PAR et des PAL deviennent un espace où puisse s'exercer une plus grande part d'autonomie, tout en respectant les règles minimales qui seraient établies à travers, par exemple, les orientations et les objectifs prioritaires du PNSP auxquels seraient d'ailleurs arrimés les mécanismes de suivi et d'imputabilité. En d'autres termes, cela signifierait de poursuivre les efforts pour sortir le PNSP d'une logique administrative pour en faire un dispositif de gouverne stratégique, à la fois plus dynamique, plus utile à la mobilisation, mieux adapté aux réalités régionales et locales, et plus ancré dans l'action sur le terrain. De nouveaux travaux de recherche ou d'évaluation pourraient être d'une

contribution utile pour approfondir notre compréhension au sujet de ce type de dispositif de gouverne stratégique qui semble plus porteur de changement. Il serait aussi pertinent d'envisager d'autres travaux pour mieux comprendre comment soutenir l'implantation d'un tel dispositif et comment parvenir à susciter davantage les changements attendus dans la pratique de santé publique sur le terrain.

Références

1. MSSS (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec). *Programme national de santé publique 2003-2012*. Québec; 2003.
2. MSSS (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec). *Programme national de santé publique 2003-2012, mise à jour*. Québec; 2008.
3. Morisset J, Jobin L, Valentini H, Joubert P. La prévention dans les systèmes de santé québécois. In: *Traité de prévention*. Boudillon F (editor). Paris: Flammarion; 2009. pp. 386-393.
4. Breton M, Lévesque J-F, Pineault R, Lamothe L, Denis J-L. L'intégration de la santé publique à la gouverne locale des soins de santé au Québec : enjeux de la rencontre des missions populationnelle et organisationnelle. *Pratiques et organisation des soins* 2008; 39(2):113-124.
5. St-Pierre L, Richard L. Le sous-système de santé publique québécois et la promotion de la santé entre 1994 et 2006 : progrès certains, ambiguïtés persistantes. In: *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*. O'Neill M, Dupéré S, Pederson A, Rootman I (editors); 2006. pp. 184-203.
6. Colin C. La santé publique au Québec à l'aube du XXIe siècle. *Santé publique* 2004; 16(2):185-195.
7. Lévesque J-F, Bergeron P. De l'individuel au collectif : une vision décloisonnée de la santé publique et des soins. *Ruptures* 2003; 9(2):73-89.
8. MSSS (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec). *Des priorités nationales de santé publique 1997-2002*. Québec; 1997.
9. MSSS (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec). Rapport d'évaluation. L'implantation du Programme national de santé publique. La perspective des acteurs en santé publique. Québec; 2008.
10. Breton M, Denis J-L, Lamothe L. Incorporating Public Health More Closely Into Local Governance of Health Care Delivery: Lessons From the Québec Experience. *Canadian journal of public health* 2010; 101(4):314-317.
11. Carlier P, Cognet M. Les défis de la nouvelle politique de santé publique au Québec. *ADSP : actualité et dossier en santé publique* 2005(51):9-13.
12. Bernier NF. La politique de santé publique et les aspects sociaux de la santé : vers un management techno-scientifique de l'État providence québécois? *Lien social et Politiques* 2006(55):13-23.
13. Lamarche P. L'atteinte des objectifs de santé : un nécessaire engagement des milieux de recherche. In: *La politique de la santé du bien-être 10 ans plus tard : dialogue avec le monde de la recherche*. Bolduc N, Desbiens F (editors). Québec: Conseil de la santé et du bien-être; 2003. pp. 15-23.
14. Bilodeau A. Les conditions de réussite de l'intersectorialité aux niveaux régional et local. *Promotion & Éducation* 2005; 12. (Suppl. 3):20-21.

15. White D. L'action intersectorielle : pas seulement une affaire locale. In: La politique de la santé du bien-être 10 ans plus tard : dialogue avec le monde de la recherche. Bolduc N, Desbiens F (editors). Québec: Conseil de la santé et du bien-être; 2003. pp. 71-78.
16. Pineault R, Lamarche P-A, Champagne F, Contandriopoulos A-P, Denis J-L. The Reform of the Quebec Health Care System: Potential for Innovation? *Journal of Public Health Policy* 1993; 14(2):198-219.
17. Desrosiers G, Gaumer B. Réformes et tentatives de réformes du réseau de la santé du Québec contemporain : une histoire tourmentée. *Ruptures : revue transdisciplinaire en santé* 2004; 10(1):8-20.
18. Agence de la santé publique du Canada. *La promotion de la santé au Canada. Étude de cas*; 1997.
19. Massé R, Morisset J. Enjeux et défis en santé publique. *Santé, Société et Solidarité* 2008(2):83-90.
20. Jobin L. Élaboration et mise en œuvre d'une stratégie de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle. *Rapport d'étape 1 du projet d'intervention FORCES* 2009.
21. Bergeron P, Gagnon F. La prise en charge étatique de la santé au Québec : émergence et transformations. In: *Le système de santé au Québec. Organisation, acteurs et enjeux*. Lemieux V., Bergeron P, Bégin C, Bélanger G (editors). Saint-Nicolas: Presses de l'Université de Montréal; 2003. pp. 7-34.
22. Breton M. L'incorporation de la responsabilité populationnelle dans la gestion des CSSS. Montréal: Université de Montréal; 2009.
23. Laberge A, Morisset J, Imbleau M. Une lecture stratégique des conditions de mise en œuvre. Québec; 2007.
24. Massé R. Promotion de la santé et développement des capacités de recherche : l'expérience du Québec. *Promotion & Éducation* 2008; 15(1):29-30.
25. Bergeron P, Gaumer B. Une participation croissante de la santé publique à la gouverne du système de santé québécois? In: *Le système socio-sanitaire au Québec. Gouvernance, régulation et participation*. Fleury M, Tremblay M, Nguyen H, Bordeleau L (editors). Montréal: Gaëtan Morin; 2007. pp. 51-62.
26. Gaumer B, Desrosiers G. L'histoire des CLSC au Québec : reflet des contradictions et des luttes à l'intérieur du Réseau. *Ruptures : revue transdisciplinaire en santé* 2004; 10(1):52-70.
27. O'Neill M, Cardinal L. Les ambiguïtés québécoises dans le domaine de la promotion de la santé. *Recherches sociographiques* 1998; 39(1):9-37.
28. Trottier L-H. Le territoire des CSSS, la responsabilité populationnelle et la gouvernance locale. *Infolettre* 2010:2-6.
29. Bernier NF. Quebec's Approach to Population Health: An Overview of Policy Content and Organization. *Journal of Public Health Policy* 2006(27):22-37.
30. Pineault R. In What Direction Is the Canadian Healthcare System Evolving? *Journal of Public Health Policy* 2006; 27(2):190-195.

31. Comtois MA. Santé publique : réflexion sur les enjeux éthiques portés par la nouvelle loi québécoise. *Ruptures : revue transdisciplinaire en santé* 2003; 9(2):56-72.
32. Roy D, Fortin L, Potvin L, Valentini H. L'évaluation des priorités nationales de santé publique dans un contexte de gestion par résultats. *Ruptures : revue transdisciplinaire en santé* 1998; 5(2):166-172.
33. MSSS (Ministère de la santé et des services sociaux du Québec). Priorités nationales de santé publique 1997-2002 - Vers l'atteinte des résultats attendus : 5^e bilan. Québec; 2003.
34. Guérard. *Histoire de la santé au Québec*. Québec: Boréal Express; 1996.
35. Dagenais C, Desbiens F, Joubert P. L'expérience du Fonds d'adaptation des services de santé (FASS) au Québec : une occasion d'apprentissage sur les processus d'introduction de l'innovation et de gestion du changement. *La Revue de l'innovation dans le secteur public* 2005; 10(3).
36. Deschesnes M, Couturier Y, Laberge S, Trudeau F, Kébé M, Campeau L, et collab. Les facteurs influençant la dissémination et l'adoption de l'approche École en santé. Institut national de santé publique du Québec; 2008.
37. Greenhalgh T, Robert GMF, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of Innovations in Service Organization: Systematic review and Recommendations. *Milbank Quarterly* 2004; 82(4):581-629.
38. Monnier É. Évaluation de l'action des pouvoirs publics. Paris; 1992.
39. Callon M, Latour B. Les paradoxes de la modernité : comment concevoir les innovations? *Prospective et santé* 1986; 36:13-25.
40. Riddle V. Une analyse comparative entre le Canada, le Québec et la France : l'importance des rapports sociaux et politiques eu égard aux déterminants et aux inégalités de la santé. *Recherches sociographiques* 2004; 45(2):343-364.
41. Roy D, Litvak É, Paccaud F. Des réseaux responsables de leur population. Moderniser la gestion et la gouvernance en santé. Mascouche: Les éditions du Point; 2013.
42. Thurmond VA, The Point of Triangulation. *Journal of Nursing Scholarship* 2001 ; 33(3): 253-258.
43. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A-P, Hartz Z. *L'évaluation : concepts et méthodes*: Presses de l'Université de Montréal; 2009.
44. Patton MQ. *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Thousand Oaks, CA; 2002.
45. Bardin L. *L'analyse de contenu*. Presses universitaires de France. Paris; 1986.
46. Oldenburg B, Parcel GS. Diffusion of innovations. In: Health Behavior and Health Education: Theory, research, and Practice. Glanz K, Rimer BK, Lewis FM (editors). San Francisco: Jossey-Bass; 2002. pp. 312-334.

Annexe 1
Méthodologie

Méthodologie

La recherche s'appuie sur la combinaison de méthodes de collecte et sources de données. Leur triangulation[42] vise à accroître la validité interne des résultats. Les stratégies employées sont : 1) recension des écrits, 2) entrevue individuelle et 3) groupe de discussion. Outre les sources documentaires, les données proviennent de décideurs, d'experts et de professionnels du réseau de la santé publique identifiés aux environnements de la légitimation et de l'action[38]. Le choix de ces acteurs fut privilégié pour obtenir un regard informé et critique sur le PNSP et son évolution comme dispositif de gouverne.

Stratégies de collecte de données

- **Recension des écrits** : une recension ciblée pour cerner les moments charnières de l'histoire contemporaine de la santé publique au Québec et les enjeux qui caractérisent son évolution. Cette recension répond à des considérations pratiques : à la fois guidée par des besoins d'information et circonscrite par des contraintes de réalisation, elle vise à effectuer un survol de l'information afin de dégager des repères chronologiques et situer les enjeux relatifs à l'évolution de la santé publique auxquels est confronté le PNSP. Seules des sources secondaires publiées depuis les années 1990, offrant des éléments d'analyse ou relatant des faits et enjeux caractérisant le contexte québécois, ont été sélectionnées, que ce soit des articles scientifiques, des livres, des rapports d'analyse ou des études évaluatives. Leur repérage a été effectué dans le catalogue des collections du Réseau Santécom et dans les bases de données PubMed, Medline et Ovid à partir du moteur de recherche 360 Search.
- **Entrevues individuelles semi-structurées** : des entrevues individuelles (n = 18) réalisées de mars à juin 2011 auprès de 18 acteurs clés du réseau de la santé publique, spécifiquement des personnes reconnues pour leur contribution comme décideur (politique ou administratif) ou comme chargé de dossier dans la conception, la mise à jour ou la mise en œuvre du PNSP (voir la liste des répondants en annexe). Pour la sélection, les critères suivants ont été appliqués : représentativité des acteurs ayant joué un rôle clé dans la conception et la mise à jour du PNSP, notamment à l'égard de son contenu; et inclusion de décideurs actuels exerçant un rôle clé dans la mise en œuvre du PNSP ou dans les choix sur l'évolution du champ de la santé publique au Québec. Pour les entrevues, d'une durée moyenne de 75 minutes, les participants répondaient à une série de questions ouvertes. Des entrevues exploratoires avaient préalablement été menées auprès d'un nombre limité de personnes et le matériel alors recueilli a offert une mise en contexte permettant de mieux cerner les acteurs impliqués et les processus qu'il y aurait lieu de documenter dans le cadre de l'analyse.
- **Groupes de discussion** : des groupes de discussion (n = 3) ont été réalisés à Québec (28 et 29 septembre 2011) et à Montréal (7 octobre 2011) pour un total de 20 participants. Il s'agit d'acteurs reconnus pour leur contribution au sein des groupes de travail mis sur pied lors de la conception ou de la mise à jour du PNSP (voir la liste des répondants en annexe). Pour la sélection des participants, les critères suivants ont été appliqués : représentativité des acteurs ayant participé à la conception ou à la mise à jour du PNSP dans l'un ou l'autre des groupes de travail; priorisation des acteurs reconnus pour avoir exercé un rôle actif dans les travaux et échanges au sein de ces groupes; représentativité des acteurs du palier national (MSSS et INSPQ) et du palier régional

**Répartition des répondants
(entrevues et groupes de discussion)**

	National	INSPQ	Régional
Décideur politique	2		
Gestionnaire	8	7	5
Professionnel	5	5	6

(Agences et DSP) compte tenu de leur prépondérance antérieure dans les groupes de travail; et regroupement des participants en trois groupes de discussion, d'abord par domaines d'intervention similaires ou familiers, puis en fonction des disponibilités respectives pour les dates suggérées. Pour chacun des groupes de discussion, d'une durée de 3 heures, les participants étaient invités à répondre à quatre principales questions qui leur avaient été préalablement envoyées.

La non-représentativité des acteurs du palier local dans les entrevues et groupes de discussion, que souligne le tableau ci-contre, est le reflet de leur relative absence dans les processus de conception du PNSP (2003 et 2008). Bien que leur point de vue ait pu être reflété à travers les observations de plusieurs répondants œuvrant en proximité des établissements locaux, il s'agit d'une limite que nous reconnaissons plus loin dans la section sur les forces et limites.

Validation et analyse

Un comité de suivi conjoint, formé de représentants de la Direction générale de la santé publique du MSSS et de l'équipe d'évaluation de l'INSPQ, a été mis sur pied dans le cadre du mandat de soutien à l'évaluation du PNSP. Ce faisant, il s'agissait de renforcer la démarche de réalisation et s'assurer que la production des connaissances réponde adéquatement aux besoins de prise de décision[43, 44]. Pour la présente analyse, le groupe s'est réuni à diverses reprises pour préciser les objectifs, valider l'approche méthodologique, identifier les répondants potentiels et discuter des résultats.

La codification initiale des verbatims d'entrevues et des comptes rendus de groupes de discussion a été réalisée au moyen du logiciel NVivo. Pour le traitement de ces données, l'approche s'inspire de l'analyse thématique de contenu[45]. Il s'agit de repérer les différents « noyaux de sens » jugés significatifs en regard du questionnement. Le cadre d'analyse de l'innovation élaboré aux fins du présent mandat a servi à la codification et à l'interprétation. Les résultats issus des entrevues et groupes de discussion ont été interprétés en fonction de l'appui relatif à ces noyaux de sens, c'est-à-dire en tenant compte du nombre de répondants individuels sur 18 ($n/18$) ou de groupes (G) sur 3 ($nG/3$) qui ont exprimé l'idée correspondante. Une démarche de triangulation des sources a été privilégiée pour assurer la validité des résultats issus des entrevues et groupes de discussion[42, 44]. Ainsi, une idée devait avoir été soutenue par au moins trois sources différentes (en entrevue ou groupe de discussion) pour être retenue aux fins de l'analyse.

Cinq étapes ont ponctué l'analyse des données : 1) identification des facteurs prépondérants selon les phases de déploiement d'une innovation (seuls les répondants des entrevues individuelles ont été amenés à identifier les facteurs relatifs à l'antériorité du PNSP, les autres phases étant aussi documentées par les groupes de discussion), 2) les catégories de facteurs de déploiement d'une innovation (attributs intrinsèques, système interne, système externe, réseaux d'acteurs) toutes phases confondues, 3) les enjeux récurrents dans une perspective d'innovation, 4) les perspectives d'amélioration pour la pérennisation de l'innovation, 5) et la mise en relation de ces résultats avec ceux de la recension des écrits. Nous avons eu recours à la même grille d'analyse pour identifier et regrouper les moments charnières ainsi que les facteurs et enjeux d'influence discutés dans les écrits. Les éléments issus de la littérature ont ensuite été mis en relation avec les résultats des entrevues et des groupes de discussion.

Forces et limites

L'originalité de cette analyse est sa perspective sociohistorique et d'innovation qui permet de porter un regard sur le PNSP comme dispositif de santé publique en lien à l'évolution du champ de la santé publique. Sa force réside dans : 1) le regard informé et critique porté par un ensemble de

décideurs, d'experts et de professionnels du réseau de la santé publique ayant accepté de contribuer à l'exercice, 2) le recours à un cadre d'analyse issu de la théorie de l'innovation, lequel permet d'évaluer le PNSP en considérant plusieurs facteurs d'influence potentiels (*i.e.* 24) qui sont regroupés autour de quatre dimensions relatives au déploiement du PNSP : ses attributs, les réseaux d'échange, le système interne et le système externe, 3) la mise en perspective du déploiement du PNSP à partir d'une grille d'analyse portant sur l'évolution de la santé publique au Québec et 4) l'application de méthodes scientifiques à des fins évaluatives, soit la combinaison de méthodes de collecte et sources de données et la démarche analytique par triangulation. Dans le cas présent, la triangulation des sources de données permet d'assurer une plus grande validité interne des résultats.

L'analyse comporte certaines limites. Dans la mesure où elle vise à comprendre de façon rétrospective une diversité de processus et de facteurs qui se sont produits sur une période de plus d'une décennie, une première limite vient de la difficulté de cerner a posteriori des phénomènes changeants. L'analyse cherche à refléter au mieux les expériences et les observations formulées par les répondants à propos d'un objet qui s'est transformé (le PNSP qui a été adapté à partir de 2003 en PAR et en PAL aux paliers régional et local, et qui a ensuite été mis à jour en 2008 en vue d'une nouvelle phase de déploiement) dans un environnement qui a lui-même connu plusieurs transformations durant la dernière décennie. Une autre limite vient de la relative absence de points de vue extérieurs aux acteurs nationaux et régionaux de la santé publique. Ainsi, l'analyse s'appuie sur le point de vue de répondants qui, pour la plupart, ont été parties prenantes des processus de conception, dissémination, adoption et implantation du PNSP. Ce biais de sélection a été opéré en accord au but inhérent à la perspective sociohistorique, laquelle impliquait de solliciter des acteurs nous permettant de comprendre les choix ayant été posés en regard du PNSP. Il a toutefois induit une sous-représentativité des acteurs du palier local et des autres secteurs partenaires de la santé publique puisque ces derniers ont été peu impliqués dans les travaux de conception et de dissémination. Malgré la richesse du point de vue informé et critique offert par les répondants sollicités, notamment au sujet de la réalité locale, il y a lieu de reconnaître la sous-représentativité des autres points de vue dans l'appréciation des résultats de cette analyse, notamment en ce qui concerne les facteurs favorables et défavorables à l'adoption et à l'implantation au palier local ainsi que les enjeux relatifs à l'ancrage et la portée du PNSP dans le système SSS et à l'extérieur de celui-ci. De nouvelles études pourraient donc mettre à contribution de façon appropriée l'expérience et les observations des acteurs du palier local, tout comme il serait important de mettre à contribution les acteurs du système de soins à tous les paliers. De même, le point de vue des autres secteurs partenaires de la santé publique serait à solliciter pour de nouvelles études visant à approfondir la compréhension de l'action intersectorielle.

Annexe 2

Définitions conceptuelles du cadre d'analyse de l'innovation

Définitions conceptuelles du cadre d'analyse de l'innovation

ATTRIBUTS DE L'INNOVATION		
1	Avantage relatif	L'innovation comporte un avantage clair, non ambigu, notamment dans l'exercice des responsabilités ou l'exécution des tâches
2	Risques/enjeux	L'innovation ne comporte pas un degré élevé d'incertitude quant aux résultats et n'est pas perçue comme étant risqué ou problématique
3	Visibilité	L'innovation est visible ou se traduit par des bénéfices visibles
4	Complexité	L'innovation n'est pas perçue comme étant complexe et peut être facilement utilisée
5	Compatibilité	L'innovation est compatible aux valeurs, normes et besoins perçus
6	Expérimentation	L'innovation peut être expérimentée sur une base temporaire, limitée
7	Adaptation	L'innovation peut être adaptée, affinée ou modifiée pour répondre à des besoins plus spécifiques, du moins dans ses aspects périphériques
8	Connaissances	Les connaissances requises pour l'utilisation sont codifiées et transférables
SYSTÈME INTERNE		
9	Stratégie formelle de dissémination	La dissémination de l'innovation s'appuie sur une stratégie planifiée et un monitoring adéquat des actions en vue de favoriser l'échange et le transfert de connaissances
10	Soutien à la mise en œuvre	L'innovation consiste ou s'accompagne d'un soutien accru, en termes de formation et d'assistance, pour augmenter les capacités des destinataires
11	Capacités et compétences	Les capacités et les compétences requises pour implanter l'innovation et l'utiliser dans l'action sont adéquates
12	Financement, ressources et temps dédiés	Le budget et l'allocation des ressources sont appropriés et alignés adéquatement à l'innovation; des ressources sont allouées pour soutenir l'implantation dans son ensemble
13	Évaluation de l'innovation et ses effets	Une stratégie et des processus permettent un suivi et une évaluation soutenue de l'implantation de l'innovation et de ses effets
14	Tensions pour le changement	L'innovation survient dans un environnement où les acteurs perçoivent la situation courante ou précédente comme intolérable ou inacceptable
15	Adéquation du contexte pour l'innovation	L'innovation survient dans un environnement propice, notamment pour l'expérimentation, du fait par exemple de l'existence d'une culture et de pratiques favorables
16	Acteurs réceptifs au changement	Les acteurs ou destinataires sont réceptifs à l'innovation, témoignent d'un engagement à l'égard du changement proposé et mettent en œuvre des actions par lesquelles ils s'approprient l'innovation
SYSTÈME EXTERNE		
17	Climat sociopolitique	La situation sociale et politique contribue à faire prendre conscience de l'importance de l'innovation ou de ses retombées potentielles ou avérées
18	Rôle des médias	Les médias de masse et d'autres canaux impersonnels de communication contribuent à faire prendre conscience de l'innovation ou de ses retombées potentielles ou avérées
19	Science et état des connaissances	La recherche et les données probantes diffusées à l'échelle nationale ou internationale contribuent à faire prendre conscience de l'innovation ou de ses retombées potentielles ou avérées
20	Directive politique	L'innovation est soutenue clairement par une directive ou autorité politique de haut niveau
21	Soutien d'autres acteurs externes	L'innovation est soutenue par d'autres acteurs qui œuvrent en dehors des systèmes directement concernés par l'innovation

Définitions conceptuelles du cadre d'analyse de l'innovation (suite)

RÉSEAUX D'ÉCHANGE		
22	Réseaux sociaux	L'innovation s'appuie sur des réseaux sociaux formels et informels, horizontaux et verticaux qui favorisent, d'une part, les influences par les pairs et le partage d'un système de valeurs et de références communes et, d'autre part, le déploiement de l'innovation
23	Réseaux inter-organisationnels	L'innovation s'appuie sur des réseaux de collaboration entre organisations partageant des valeurs, buts ou structures et qui, par leurs échanges, favorisent le déploiement de l'innovation
24	Leaders d'opinion, champions et acteurs pivots	L'innovation s'appuie sur des individus pouvant 1) influencer les croyances et actions de leurs pairs dû à leur autorité, leur statut, leur représentativité ou leur crédibilité (leaders d'opinion); 2) soutenir fortement l'innovation dans leurs réseaux sociaux respectifs (champions); ou 3) établir des liens entre organisations et l'environnement en y captant les idées soutenant l'innovation (acteurs pivots)

Source : définitions largement inspirées de Greenhalgh et collab.[37].

PHASES DE DIFFUSION D'UNE INNOVATION
<p>La conception réfère aux décisions et activités (et leurs impacts) s'amorçant par l'émergence d'une idée jusqu'à son développement et sa production. Cette phase est généralement omise dans la réflexion sur la diffusion d'une innovation. Pourtant, les décisions et activités qui s'y rapportent influencent toutes les autres phases. Cette phase devrait impliquer activement les utilisateurs potentiels de façon à leur permettre d'influencer la conception et à contribuer à son développement ultérieur.</p>
<p>La dissémination est l'approche active d'échange et de transfert pour faire connaître l'intervention et favoriser son adoption auprès des destinataires. Cette phase implique de la part des responsables l'identification des canaux de communication et des systèmes qui sont les plus propices à la dissémination des connaissances sur l'innovation.</p>
<p>L'adoption est le processus à travers lequel les destinataires de l'innovation évaluent et prennent une décision quant à son implantation. Cette phase se traduit par des choix concernant des changements requis pour soutenir l'implantation de l'innovation.</p>
<p>L'implantation se rapporte à l'utilisation initiale de l'innovation dans la pratique des destinataires. Une innovation peut être utilisée telle qu'elle ou être adaptée (adaptation), de sorte que l'utilisation qui en est faite peut s'éloigner de l'idée qu'en avaient initialement ses concepteurs. Des acteurs de liaison peuvent jouer un rôle de facilitateur pour soutenir les destinataires.</p>
<p>La pérennisation consiste à l'intégration de l'innovation dans les opérations courantes sur une période suffisamment longue pour produire un changement dans les normes de pratique. On peut distinguer la maintenance et l'institutionnalisation comme deux aspects différents de la pérennisation, la maintenance supposant l'utilisation continue, alors que l'institutionnalisation implique une réelle intégration dans les routines courantes.</p>

Source : définitions largement inspirées d'Oldenburg et Parcel[46] et de Greenhalgh et collab.[37].

Annexe 3

Liste des participants

Liste des participants

Entrevues individuelles

Pierre Bergeron

Roger Bertrand

Luc Boileau

Léonard Gilbert

Marthe Hamel

Juan Roberto Iglesias

Lyne Jobin

Pierre Joubert

Réal Lacombe

Richard Lessard

Marc-André Maranda

Richard Massé

Roger Paquet

Alain Poirier

Jean Rochon

Denis Roy

Jocelyne Sauvé

Hélène Valentini

Groupes de discussion

Lilianne Bertrand

Daniel Bolduc

Lise Cardinal

Aline Émond

Anne Fortin

Danièle Francoeur

Maryse Guay

Édith Guilbert

Monique Imbleau

Brigitte Lachance

Johanne Laverdure

Michel Lavoie

Aimé Lebeau

Diane Morin

Réal Morin

Christine Pakenham

Marjolaine Pigeon

Louis Poirier

Yolaine Rioux

Terry Nan Tannenbaum

services maladies infectieuses santé services
et innovation microbiologie toxicologie prévention des maladies chroniques
santé au travail innovation santé au travail impact des politiques publiques
impact des politiques publiques développement des personnes et des communautés
promotion de saines habitudes de vie recherche services
santé au travail promotion, prévention et protection de la santé impact des politiques
sur les déterminants de la santé recherche et innovation services de laboratoire et diagnostic
recherche surveillance de l'état de santé de la population

www.inspq.qc.ca