











































*l'autorité hiérarchique d'un autre directeur du CISSS-CIUSSS sont des ressources affectées à la santé publique pour réaliser des mandats confiés et que les orientations stratégiques, tactiques et opérationnelles doivent être prises en collaboration avec le directeur de santé publique.*

Ainsi, des plans d'action interdirections et des ententes interétablissements pour les régions avec plus d'un CISSS-CIUSSS ont été établies à l'hiver 2016 pour assurer la gestion fonctionnelle de certains services de santé publique, et ce, en conformité avec les attentes figurant à la fiche 24 du Cahier des charges à l'intention des PDG des CISSS-CIUSSS. Ces plans d'action et ces ententes ont été développés en même temps que se déroulait la réorganisation du réseau de la santé et des services sociaux. Avaient également cours les travaux d'élaboration des PATT et l'application des mesures d'optimisation des services de santé publique, lesquels sont venus préciser le partage des rôles et responsabilités au regard des services du PNSP aux différents paliers. Les Plans d'action régionaux (PAR) sont venus par la suite préciser l'offre de services de santé publique pour chacune des régions et les contributions attendues des autres directions.

Cette évaluation s'inscrit en cohérence avec les balises permettant d'encadrer l'organisation des services de santé publique formulée en juin 2015 par le MSSS. Celles-ci prévoyaient une évaluation formelle des modes d'organisation des services de santé publique, plus précisément d'évaluer l'impact de la réorganisation du réseau et des nouveaux mécanismes de gouvernance associés au PNSP en vue de porter un jugement sur le PNSP en tant qu'outil de planification et de gouvernance pour les acteurs de santé publique. Cette évaluation s'inscrit également dans le cadre de la stratégie globale d'évaluation du Programme national de santé publique (PNSP) 2015-2025 (à paraître) qui contribue à soutenir la mise en œuvre du PNSP, son amélioration continue ainsi que l'évolution de l'action de santé publique aux différents paliers de gouverne. Elle permet également de fournir des connaissances pour la planification et la prise de décision à l'égard de l'offre de services de santé publique, en plus de répondre à l'obligation de reddition de comptes auprès des autorités et de la population. Ce rapport présente donc les résultats de cette évaluation réalisée dans le cadre du mandat plus général de l'évaluation de la mise en œuvre du PNSP confié à l'INSPQ par la direction générale de la santé publique du MSSS.

Nous préciserons d'abord le contexte général dans lequel la mise en œuvre du PNSP s'effectuait, les objectifs de la démarche d'évaluation, les repères théoriques et la démarche méthodologique retenue. Puis nous livrerons nos observations concernant le contenu des Plans d'action régionaux, les éléments de contexte, l'impact des mécanismes sous-jacents à la mise en œuvre et le degré de réussite dans la mise en œuvre comme telle de certains services ou initiatives en lien avec le PNSP.











## 3. Démarche méthodologique

### 3.1. Analyse des plans d'action régionaux

---

Une analyse de contenu des PAR des seize régions sociosanitaires à l'étude a été réalisée. Une grille de collecte d'information a été élaborée en collaboration avec la Direction générale adjointe de la santé publique du MSSS. Les thèmes suivants ont guidé l'analyse :

- finalité des PAR;
- axes d'intervention;
- principes directeurs;
- enjeux transversaux;
- intégration des PATT et adaptation des services et initiatives aux réalités régionales;
- mobilisation des partenaires et mécanismes de coordination;
- stratégies de mise en œuvre et d'évaluation.

### 3.2. Groupe de discussion

---

La stratégie générale d'évaluation prévoyait la tenue de groupes de discussion semi-dirigés d'une durée approximative de 90 minutes auprès des comités de gestion des directions régionales de santé publique ainsi qu'auprès de professionnels et médecins, dont au moins une infirmière en milieu scolaire, affectés aux services ou programmes suivants servant de traceurs :

- les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance;
- les activités de promotion et de prévention en milieu scolaire;
- la démarche Prendre soin de notre monde;
- les services de vaccination;
- le développement des communautés et l'action intersectorielle;
- la réduction des inégalités sociales de santé.

Les grilles de discussion utilisées lors de ces rencontres sont présentées à l'annexe 1.

Nous avons dû faire des adaptations à cette approche générale pour tenir compte des conditions particulières dans les trois régions sociosanitaires où la direction régionale de santé publique est associée à plus d'un CIUSSS-CIUSSS, soit les régions de Montréal, de Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et de la Montérégie. Pour la région de Montréal, il a été convenu de tenir les groupes de discussion suivants :

- un avec le comité de direction de la direction régionale de santé publique;
- un avec des médecins et professionnels de l'équipe-conseil régionale;
- pour chacun des CIUSSS ainsi que pour la Clinique communautaire de Pointe-Saint-Charles, une rencontre réunissant les gestionnaires du programme de santé publique et des professionnels (le)s de l'équipe de proximité.

Pour la région de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, nous n'avons pas rencontré les professionnels du CISSS Îles-de-la-Madeleine, mais la coordonnatrice locale de santé publique de ce CISSS a participé à la rencontre avec le comité de direction. Pour la Montérégie, les rencontres avec le comité de direction et avec les professionnels et médecins réunissaient des personnes des trois CISSS du territoire.

Enfin, pour la région de l'Abitibi-Témiscamingue, nous n'avons rencontré que les membres du comité de direction étant donné que l'essentiel des ressources des équipes de proximité est resté sous l'autorité hiérarchique de la DSPub et que peu de changements ont été apportés à l'organisation des services, outre les défis logistiques que posait la dispersion des équipes de proximité sur un territoire de cette étendue.

Au total, donc, nous avons tenu 38 groupes de discussion composés en moyenne de dix personnes. Avec l'accord des participants, ces entrevues faisaient l'objet d'un enregistrement retranscrit par la suite, ce qui a produit 1040 pages de verbatim. Toutes les entrevues ont été animées par l'auteur principal accompagné par un ou des membres de l'équipe projet. La période de collecte de données s'est étendue du 16 novembre 2017 au 18 avril 2018.

Nous avons aussi recueilli le point de vue d'un président-directeur général et d'un président-directeur général adjoint de CIUSSS et de cinq gestionnaires de services confiés en autorité fonctionnelle, soit lors des rencontres de groupe à Montréal, soit lors d'entrevues téléphoniques individuelles d'une durée moyenne de 20 minutes. Les questions abordées portaient sur la genèse des décisions ayant mené à l'organisation des services de santé publique dans leur établissement, sur les avantages et les désavantages de confier certains de ces services à d'autres programmes-services, sur l'intégration des équipes-conseils et de proximité, sur les mécanismes de reddition de comptes et, de façon plus générale, sur leur appréciation globale des transformations apportées aux services de santé publique au cours des trois dernières années. Ces entrevues avaient pour but de recueillir le point de vue d'acteurs extérieurs à la santé publique dont les responsabilités et l'expérience faisaient en sorte qu'ils bénéficiaient d'une perspective d'ensemble et d'une relative distance par rapport aux enjeux à l'étude. Cet exercice a permis une certaine triangulation des résultats.

### 3.3. Cotation

---

Deux grilles d'analyse, une pour les groupes de professionnels et médecins et une pour les rencontres avec les comités de direction, ont été appliquées à la transcription de chaque groupe de discussion de façon indépendante par trois membres de l'équipe projet. Les dimensions abordées dans ces grilles correspondent à celles du cadre général d'analyse.

Pour chacune de ces dimensions et pour chacun des établissements, une cote de 1 à 5 a été attribuée de façon indépendante par trois des membres de l'équipe projet selon l'échelle de gradation suivante :

1. Impact très négatif ou degré de réussite très faible;
2. Impact négatif ou degré de réussite faible;
3. Impact neutre ou degré de réussite moyen;
4. Impact positif ou degré de réussite élevé;
5. Impact très positif ou degré de réussite très élevé.

Les critères sur lesquels reposait cette appréciation sont présentés dans l'annexe 3. En vue d'en arriver à une cote finale, nous avons convenu que si les trois cotes ne coïncidaient pas, mais que deux des cotes coïncidaient et que la troisième ne différait que d'un degré (par exemple : deux cotes 3 et une cote 2), nous retenions la cote majoritaire et considérions qu'il y avait accord interjuge. 94 % des cotes ont respecté ces deux critères. Dans les autres cas, nous avons procédé par consensus.

Ces cotes ont servi à calculer un score moyen de l'impact des mécanismes de mise en œuvre d'une part, et un score moyen de degré de réussite dans la mise en œuvre par région des services faisant l'objet d'un suivi. Elles nous ont aussi permis de réaliser l'analyse configurationnelle.

Des analyses documentaires nous ont permis de mener notre collecte de données à terme. Les sources utilisées sont mentionnées dans la présentation des résultats.

### 3.4. Limites de l'étude

---

Comme toute étude évaluative, la nôtre comporte sa part de limites. Ainsi, nous avons confié aux DSPub le soin de composer elles-mêmes les groupes de discussion regroupant les professionnels et médecins, ce qui pouvait entraîner un biais de désirabilité. Toutefois, à la lumière des discussions tenues lors de ces groupes, nous avons plutôt eu l'impression que les participants s'exprimaient en toute liberté et tenaient même parfois des propos assez critiques par rapport à leurs supérieurs.

L'analyse est fondée sur des propos qui ont été recueillis entre novembre 2017 et avril 2018, dans un contexte de transformation et de changements importants. Ainsi, il pourrait s'avérer que certaines observations ne soient plus à jour.

Les cotes attribuées à l'impact des mécanismes et au degré de mise en œuvre des services et initiatives suivis l'étaient de manière subjective, malgré les critères explicites que nous avons adoptés (voir annexe 2). Nous considérons toutefois que le fait que cet exercice de cotation ait été réalisé de manière indépendante par trois membres de l'équipe d'évaluation ayant participé à l'ensemble des entrevues ou ayant lu l'intégralité de leur transcription et que le taux d'accord interjuge soit particulièrement élevé nous permet de croire en leur validité.



## 4. Résultats

Nous présentons dans cette section les observations recueillies pour chaque élément figurant dans le cadre général d'analyse ainsi que les résultats de l'analyse configurationnelle. Lorsque des extraits de *verbatim* sont cités, entre guillemets et en italique, c'est pour illustrer un constat issu de l'analyse.

### 4.1. Éléments de contexte

---

#### Historique territorial de santé publique

Nous entendons par ce terme le degré d'intégration des équipes de santé publique avant la réforme de 2015 ainsi que l'importance du rôle de la direction de santé publique au sein de l'ancienne Agence de la santé et des services sociaux. De manière générale, les territoires où cette intégration et ce rôle étaient importants ont pu mieux s'adapter aux nouveaux mécanismes de gouvernance. Ce que l'on peut qualifier de continuité, donc, est toutefois modulé par l'ouverture que manifeste le PDG de l'établissement à la santé publique. Les territoires où cette continuité n'est pas observée semblent avoir plus de difficultés dans la mise en œuvre du PNSP.

#### Positionnement de la DSPub au sein du CISSS-CIUSSS

Nous avons analysé les organigrammes des CISSS-CIUSSS concernés pour identifier quels membres de la haute direction relevaient la DSPub (selon la dernière version disponible en date de la mi-juin 2018). Nous avons porté une attention particulière aux liens éventuels avec la Direction du programme jeunesse étant donné la fréquence à laquelle les services du programme SIPPE, entre autres, lui sont confiés. Pour les trois cas de figure recensés, nous avons aussi indiqué le score moyen de mise en œuvre des six initiatives ou services suivis en tant que cas traceur.

Pour les équipes-conseils, la distribution est la suivante :

- six équipes relevaient du PDG; dans ces cas, la DSPub est, à une exception près, rattachée aux directions cliniques, sans lien direct avec la direction du programme jeunesse; score moyen de mise en œuvre : 3,18;
- sept équipes relevaient du PDGA, qui, toujours à une exception près, chapeaute les services sociaux et de réadaptation, dont la direction du programme jeunesse; score moyen de mise en œuvre : 3,03;
- trois équipes relevaient du DGA qui aussi, sans exception cette fois, chapeaute les services sociaux et de réadaptation, dont la direction du programme jeunesse; score moyen de mise en œuvre : 2,81.

Il semble y avoir une certaine gradation dans la mise en œuvre des services selon que les DSPub relèvent du PDG, du PDGA ou du DGA. Le fait que le programme jeunesse ait ou non le même rattachement ne semble donc pas jouer un rôle prépondérant.

Au niveau intrarégional pour les régions avec plus d'un CISSS-CIUSSS (Montréal, Montérégie et Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine), le rattachement des équipes de proximité est encore plus varié. Elles peuvent relever des services de 1<sup>re</sup> ligne générale, de la Direction des soins infirmiers, de la Direction jeunesse, de la DSPub directement, de la Direction adjointe au partenariat et à l'offre de services et même de la Direction qualité, évaluation, performance et éthique. Enfin, dans une région, les organisateurs communautaires relèvent à la fois de la Direction de santé publique (sous le PDGA) et du bureau de soutien à l'action intersectorielle (sous le DGA).

### **Action intersectorielle**

Les propos des répondants nous amènent à croire que l'action intersectorielle a beaucoup été affectée par la disparition des Conférences régionales des élus (CRÉ) et des directions régionales du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur, mais aussi par le retrait progressif des initiatives *Québec en Forme* et *Avenir d'enfant*. Les relations avec le milieu scolaire sont donc plus difficiles et variables d'un territoire à l'autre. De leur côté, les municipalités régionales de comté (MRC), qui ont repris les dossiers de développement communautaire que portaient les CRÉ, ne reconnaissent pas nécessairement les directions de santé publique comme des partenaires incontournables; elles disposent de plus d'agents de développement social dont les actions ne sont pas toujours arrimées à celles des organisateurs communautaires des directions de santé publique. « *On a plus les fondations aussi solides qu'il y a cinq ans passés* ». Soulignons toutefois que certains territoires avaient, avant la création des CISSS-CIUSSS, mis en place des réseaux locaux de services correspondant au découpage des MRC qui ont été maintenus, quoique l'impact des mesures d'optimisation en ait parfois affecté le fonctionnement : « L'animation locale de nos MRC, c'est sûr qu'on n'a jamais pu retrouver cet élan-là complètement, encore aujourd'hui ».

Par contre, le fonctionnement des Tables intersectorielles régionales en saines habitudes de vie (TIR-SHV) ne semble pas avoir été affecté par la création des CISSS-CIUSSS. Outre les services figurant à l'axe 1 du PNSP portant sur le développement global des enfants, les dossiers en lien avec la récente *Politique gouvernementale de prévention en santé* ainsi que ceux portant de manière plus générale sur l'action intersectorielle y sont abordés. Dans certains territoires, la commission administrative régionale a mis sur pied une table « santé » qui intègre, sans s'y limiter, le plan d'action de la TIR-SHV.

Le découpage territorial est problématique dans trois régions et vient ainsi compliquer l'action à ce chapitre. Ainsi, deux anciens territoires de centres de santé et de services sociaux qui appartenaient à la Montérégie ont été rattachés à l'Estrie alors que les mécanismes de concertation respectent l'ancien découpage. D'autre part, les CISSS Montérégie-Centre et Montérégie-Est se partagent le territoire de la ville de Longueuil, amenant un certain dédoublement d'interlocuteurs auprès des partenaires locaux. Enfin, le découpage des territoires des CIUSSS de Montréal ne coïncide pas toujours avec celui des arrondissements : un de ces territoires recoupe neuf villes et arrondissements. Par ailleurs, en Mauricie—Centre-du-Québec, on a maintenu les réseaux locaux de services qui ne coïncident pas toujours au découpage des MRC ni à celui des commissions scolaires.

### **Caractéristiques géographiques et démographiques**

Ces éléments ont été très bien documentés dans les PAR. Ils ont un impact sur le degré de mise en œuvre des services et activités nous servant de cas traceurs que nous aborderons dans cette section.

### **Orientations ministérielles au regard de l'optimisation en santé publique**

L'optimisation des effectifs de santé publique en 2015 a impliqué des compressions d'environ 30 % du budget régional de santé publique et, dans un ordre de grandeur comparable, des effectifs de santé publique. Certaines régions ont pu atténuer l'impact des coupures exigées à partir de fonds réservés à l'intérieur du budget du programme-service santé publique ou en faisant valoir auprès de leur PDG et du ministère leur sous-financement historique. Cette mesure a néanmoins eu un impact majeur sur le maintien de l'expertise professionnelle, comme nous le verrons plus loin.

Il y a eu aussi, surtout au cours des deux premières années de la transformation, une grande instabilité au niveau de l'encadrement. Cette instabilité a été observée en particulier dans les services confiés à d'autres directions, ce qui a fortement compliqué l'exercice de l'autorité fonctionnelle par le directeur régional de santé publique.

## 4.2. Plans d'action régionaux

---

### Finalité des plans d'action régionaux

La finalité du PNSP est de « contribuer à maintenir et à améliorer la santé de la population ainsi qu'à réduire les inégalités sociales de santé en offrant un cadre structurant pour une action performante sur les déterminants de la santé » (PNSP, p. 11). La majorité des régions adhère à cette mission. Néanmoins, certaines régions (Bas-Saint-Laurent, Outaouais et Nord-du-Québec) ont élargi la finalité de leur PAR afin d'y ajouter des objectifs en lien avec la collaboration et afin de les adapter aux réalités de la région. Dans deux régions (Mauricie–Centre-du-Québec et Outaouais), l'adaptation des services aux réalités régionales fait partie des finalités des PAR. D'autres objectifs et finalités ont été ajoutés au PAR de certaines régions : briser les silos entre les différentes fonctions essentielles de la santé publique (Saguenay–Lac-Saint-Jean), intervenir sur les problèmes psychosociaux (Capitale-Nationale), et permettre aux personnes et aux communautés de développer leur « plein potentiel » (Saguenay–Lac-Saint-Jean).

### Axes d'intervention

Les cinq axes d'intervention du PNSP ont été intégrés dans le PAR de toutes les régions sociosanitaires. Cependant, les régions de Montréal, de la Capitale-Nationale et de Chaudière-Appalaches ont apporté des modifications aux axes. Dans la Capitale-Nationale, un axe portant sur l'équité en santé a été ajouté. À Montréal, l'offre de services du *Plan d'action régional intégré de santé publique 2016-2021* est basée sur 30 déterminants de la santé des Montréalais, organisés selon les quatre axes du PNSP. Dans Chaudière-Appalaches, les axes d'interventions du PNSP ont été implicitement intégrés au PAR et traduits sous la forme de six feuillets qui concernent un groupe populationnel spécifique : 0-5 ans, jeunes et jeunes adultes (6-17 et 18-24), adultes (25-64), aînés (65 ans et plus), et deux feuillets qui s'appliquent à l'ensemble de la population. Le feuillet *Notre population* comprend les services directs envers la population tels que les services de protection et de prévention, et le feuillet *Nos communautés* regroupe les services qui sont davantage du soutien et de la collaboration avec les partenaires intersectoriels pour la création notamment d'environnements favorables à la santé.

### Principes directeurs

Sept régions sociosanitaires (Saguenay–Lac-Saint-Jean, Mauricie–Centre-du-Québec, Abitibi-Témiscamingue, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, Lanaudière, Laurentides et Montérégie) ont adopté un principe directeur en lien avec la participation citoyenne. Dans les Laurentides, en particulier, la participation des citoyens et des utilisateurs dans la planification des services a été mise de l'avant. En ce qui concerne les inégalités sociales de santé et l'équité, cinq régions (Outaouais, Abitibi-Témiscamingue, Chaudière-Appalaches, Laurentides et Montérégie, outre la Capitale-Nationale qui en a fait un sixième axe) ont adopté ce principe afin de guider l'action auprès des populations vulnérables et moduler l'offre de service. L'excellence et l'optimisation de l'offre de services sont également un principe qui a été adopté par plusieurs régions. L'adaptation des services en tant que principe a été adoptée par trois régions (Saguenay–Lac-Saint-Jean, Capitale-Nationale et Laurentides) alors que l'accessibilité est mentionnée comme principe dans cinq régions (Saguenay–Lac-Saint-Jean, Capitale-Nationale, Abitibi-Témiscamingue, Lanaudière et Laurentides).

D'autres principes directeurs ont été adoptés :

- la communication (Saguenay–Lac-Saint-Jean, Mauricie–Centre-du-Québec et Montérégie);
- la collaboration et la concertation avec les partenaires intra et intersectoriels (Outaouais, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, Lanaudière et Laurentides);
- la responsabilité populationnelle et l'universalisme proportionné (Estrie);
- l'engagement, la qualité des liens entre les membres et l'interdépendance (Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine).

### **Enjeux transversaux**

Toutes les régions sociosanitaires ont intégré l'enjeu transversal portant sur la réduction des inégalités sociales de santé dans leur PAR. Il est abordé différemment dans chaque région selon l'état de santé de la population, le contexte sociodémographique et organisationnel. Certaines régions appréhendent cet enjeu par rapport à d'autres déterminants tels que l'origine ethnique et culturelle (Capitale-Nationale et Mauricie–Centre-du-Québec); la vulnérabilité du fait de l'âge tel que peuvent le vivre les personnes âgées ou les jeunes familles (Mauricie–Centre-du-Québec); les disparités spatiales ou géographiques entre les communautés, les zones rurales et urbaines, ou plus généralement les écarts socioéconomiques entre les sous-régions (Estrie, Outaouais, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, Laval, et Laurentides). Dans certaines régions (Saguenay–Lac-Saint-Jean, Mauricie–Centre-du-Québec, Côte-Nord, Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et Lanaudière), les inégalités sociales de santé touchent particulièrement les populations autochtones.

Le vieillissement de la population est un enjeu transversal pour cinq régions (Bas-Saint-Laurent, Saguenay–Lac-Saint-Jean, Capitale-Nationale, Outaouais et Montérégie). Cinq régions aussi ont adopté l'enjeu transversal portant sur les changements climatiques (Bas-Saint-Laurent, Saguenay–Lac-Saint-Jean, Capitale-Nationale, Outaouais et Montérégie).

D'autres enjeux transversaux ont été intégrés dans les PAR :

- la littératie en santé (Saguenay–Lac-Saint-Jean);
- le développement des communautés et l'action intersectorielle (Mauricie–Centre-du-Québec);
- l'optimisation des services et l'appropriation des meilleures pratiques (Mauricie–Centre-du-Québec, Laurentides et Montérégie);
- le renforcement des activités de communication (Mauricie–Centre-du-Québec et Laurentides).

### **Intégration des plans d'action thématique tripartite et adaptation des services et initiatives aux réalités régionales**

À une exception près, les PAR de toutes les régions comportent des informations sur la modulation des services. L'objectif est d'adapter les services aux réalités régionales, notamment aux réalités linguistiques et culturelles (Capitale-Nationale, Mauricie–Centre-du-Québec et Montréal), à la population vieillissante (Mauricie–Centre-du-Québec et Chaudière-Appalaches), aux communautés autochtones (Mauricie–Centre-du-Québec et Côte-Nord), aux personnes ayant un statut socioéconomique précaire ou faisant partie d'un groupe vulnérable touché par les inégalités sociales de santé (Montréal, Chaudière-Appalaches, Laval, Laurentides et Montérégie), aux jeunes (Laval et Laurentides), et aux populations mal desservies (Montérégie). Plusieurs autres moyens ont été pris en considération afin d'adapter les services aux besoins de la population. Dans quatre régions (Bas-Saint-Laurent, Outaouais, Lanaudière et Laurentides), des consultations et des sondages ont été



menés auprès des partenaires intra et intersectoriels afin de prendre en compte les préoccupations et les réalités régionales au regard des services offerts.

Les enjeux posés par la restructuration du réseau de la santé et des services sociaux en 2015 semblent être une préoccupation importante dans plusieurs régions sociosanitaires. Dans le PAR du Bas-Saint-Laurent, il est notamment écrit que les compressions budgétaires dans le réseau de la santé et des services sociaux « complexifient le travail de collaboration, d'arrimage et d'harmonisation nécessaire à l'actualisation de diverses activités de santé publique ».

Plusieurs enjeux territoriaux qui ne sont pas directement en lien avec le réseau de la santé et des services sociaux ont été pris en considération dans la modulation de l'offre de services. Ainsi, le contexte économique a été soulevé dans les PAR de quatre régions (Bas-Saint-Laurent, Capitale-Nationale, Nord-du-Québec et Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine). Certains CISSS-CIUSSS ont aussi pris en considération les particularités géographiques de leur territoire. En Gaspésie, l'insularité et la spécificité géographique de certaines sous-régions soulèvent plusieurs enjeux de ressources et d'organisation. L'isolement géographique pose également certaines difficultés en Côte-Nord. En Outaouais, la situation frontalière avec l'Ontario amène des défis particuliers en ce qui a trait à la validité et la fiabilité des données sur l'état de santé de la population de la région, car plusieurs résidents reçoivent des services en Ontario.

### **Mobilisation des partenaires et mécanismes de coordination**

Dans les PAR de toutes les régions, il est mentionné que la mobilisation des partenaires intrasectoriels et intersectoriels est cruciale à toutes les étapes de la mise en œuvre dans le but de conjuguer les efforts de tous. Lors de l'élaboration des PAR, ceux-ci ont été interpellés de différentes manières, notamment par des consultations et des exercices de réflexion et de concertation. Dans certains cas, ces rencontres visaient à entendre les préoccupations des partenaires au regard de l'offre de services de santé publique et à réfléchir à son actualisation en fonction des réalités régionales, tout en prenant en considération les balises prescrites par le PNSP.

Afin de guider la collaboration entre les partenaires, le principe de responsabilité populationnelle est considéré dans quatre régions comme étant un moteur pour l'action en santé publique (Saguenay-Lac-Saint-Jean, Capitale-Nationale, Mauricie-Centre-du-Québec et Estrie). En Mauricie-Centre-du-Québec, le principe de la responsabilité populationnelle a été interprété largement afin d'y inclure l'action sur les inégalités sociales de santé et pour prendre en considération l'impact du contexte démographique dans la démarche de planification des services sociaux et de santé. En outre, un comité du conseil d'administration sur la responsabilité populationnelle et un bureau de partenariat ont été créés dans cette région.

### **Stratégies de mise en œuvre et d'évaluation**

Quelques régions se sont dotées de stratégies et de conditions de mise en œuvre en cohérence avec ce qui est prévu dans le PNSP (Saguenay-Lac-Saint-Jean, Estrie, Outaouais, Côte-Nord, Nord-du-Québec et Lanaudière). Celles-ci peuvent être catégorisées en six types :

- l'intégration et l'ancrage des services de santé publique dans le réseau de la santé et des services sociaux;
- l'adaptation aux réalités régionales;
- le développement des compétences en santé publique, la mise sur pied de communautés de pratique et le développement de guides de pratiques et de lignes directrices;
- l'action intersectorielle et le développement des liens de collaboration;

- la communication;
- l'amélioration continue, la performance organisationnelle et l'optimisation des ressources humaines et financières;
- l'*empowerment* des individus et des communautés.

Divers moyens ont été prévus afin d'assurer le suivi et l'évaluation des PAR. Dans la majorité des régions, ce suivi se fera par la salle de pilotage mise en place par la Direction de santé publique du MSSS. Dans certaines régions, on souhaiterait que le suivi soit réalisé en collaboration avec des partenaires tels que des acteurs du milieu universitaire, la direction de la qualité, de l'évaluation, et de la performance ou la direction des ressources financières et celle des ressources humaines des CISSS-CIUSSS, le MSSS et l'INSPQ.

Cette analyse des PAR nous a permis d'adapter aux réalités régionales nos grilles d'entrevue.

### 4.3. Impact des mécanismes de mise en œuvre

Comme mentionné précédemment, nous avons établi des cotes permettant de résumer nos observations quant à l'impact des principaux mécanismes de mise en œuvre. Nous présentons ici la moyenne des cotes établies pour chaque région. Rappelons que plus la cote est élevée (la valeur maximale étant 5), plus ces mécanismes soutenaient positivement cette mise en œuvre. En ce qui concerne l'application des mesures d'optimisation, une valeur élevée signifie que l'impact sur les ressources a été moins important. Les résultats sont présentés au tableau 1.

**Tableau 1 Cotes associées à l'impact des mécanismes de mise en œuvre**

Mécanismes	Cote
Exercice de l'autorité fonctionnelle	2,1
Maintien de l'expertise professionnelle	2,4
Application des mesures d'optimisation	2,5
Élaboration du PAR, des plans interdirections et des ententes interétablissements	2,7
Exercice de la responsabilité populationnelle	2,7
Activités de communication en soutien à la P/P	2,9
Harmonisation des pratiques	3,2
Intégration des équipes-conseils et de proximité	3,3
Respect du mandat légal du directeur de santé publique	3,8

#### **Exercice de l'autorité fonctionnelle, cote : 2,1**

Comme mentionné précédemment, les « balises pour atteindre les objectifs de la transformation et soutenir la prise de décision » de juin 2015 exigeaient de « confier la coordination de certains services (...) à d'autres directeurs, lorsque pertinent, afin d'atteindre les objectifs d'accessibilité et de continuité de services visés par la transformation en cours ». L'exercice de l'autorité fonctionnelle et la coordination clinique qu'elle implique sont, de façon majoritaire, mais non unanime, jugés comme une expérience non concluante. On déplore l'absence de levier permettant d'intervenir auprès des autres directions : « *on n'a pas l'autorité pour donner des directives* ». Les gestionnaires se disent

peu informés sur ce qui se passe sur le terrain. De plus, il y a une réaction de protection des ressources dans un contexte de pénurie : « *le manque de ressources devient la raison invoquée pour ne pas se soumettre à l'autorité fonctionnelle* ». Dans certains cas, les directions des ressources financières font un suivi budgétaire par direction et non par programme, ce qui ne permet pas aux DSPub de faire les suivis appropriés des ressources humaines et financières qui sont confiées aux autres directions.

Comme nous le verrons plus loin, certains constats quant au degré de réussite dans la mise en œuvre des services et initiatives faisant l'objet d'un suivi semblent confirmer ces observations. Ainsi, le service ayant la plus forte cote d'après notre analyse est celui du développement des communautés et de l'action intersectorielle qui, à deux exceptions près, relève hiérarchiquement du directeur de santé publique. À l'opposé, celui présentant la plus faible cote, soit le programme SIPPE, est généralement confié à la direction du programme jeunesse.

Toutefois, certains apprécient le modèle qui, surtout pour les régions de plus petite taille et avec moins de personnel d'encadrement, libère ce personnel de certaines tâches de gestion lui permettant de consacrer plus de temps à la coordination clinique. De fait, comme nous le faisait remarquer un informateur clé, il ne s'agit pas d'une nouvelle réalité. Dans le modèle d'organisation mis en place en 2003-2004 avec la création des CSSS jusqu'à leur abolition en 2015, les directions régionales de santé publique n'avaient généralement pas d'autorité hiérarchique sur les ressources de 1<sup>re</sup> ligne, qui relevaient des CSSS. Comme la coordination des services de santé publique dans ces établissements était confiée à des gestionnaires qui étaient aussi responsables de plusieurs autres dossiers, il n'était pas toujours plus facile de faire le suivi de l'utilisation des ressources humaines et financières. Par contre, ce qui a changé depuis 2015, c'est le fait qu'auparavant l'équipe régionale était au sein de l'agence, qui était essentiellement un organisme de gouvernance, légitimant ainsi cette dernière dans ses démarches de suivi.

Soulignons que deux régions (Abitibi-Témiscamingue et Nord-du-Québec) ont conservé, en totalité ou en grande partie, l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des ressources.

#### **Maintien de l'expertise professionnelle, cote 2,4**

Les mesures d'optimisation mises en place en 2015 ont fortement affecté les ressources des équipes-conseils. Pour certains dossiers, l'expertise est à reconstruire. Des dossiers sont orphelins dans certaines régions; la lutte contre le tabagisme et le soutien à l'allaitement sont deux dossiers particulièrement affectés. Il n'y a pas toujours eu non plus un transfert adéquat des dossiers entre professionnels lors de départs à la retraite ou suppression de postes. Cet état de fait compromet la diffusion des meilleures pratiques en 1<sup>re</sup> ligne.

L'expertise professionnelle des équipes de proximité est aussi menacée. Outre l'absence de soutien de l'équipe-conseil, que ce soit à cause du manque d'intégration des équipes ou l'absence de ressources-conseils, on note aussi que les jeunes professionnels des équipes de proximité n'ont pas toujours de formation en santé publique, en particulier chez les infirmières travaillant en vaccination ou en périnatalité. De façon plus générale, la diminution dans le temps accordé à la formation contribue à la baisse d'expertise. On nous a donné l'exemple selon lequel les nouvelles ressources n'ont droit qu'à une formation en ligne de sept à dix heures alors que, précédemment, elles auraient été accompagnées pendant cinq jours par une professionnelle.

Un autre élément délétère fut le moratoire imposé aussi en 2015 sur les rencontres de répondants pour l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux, dans le contexte de la réorganisation, ce « *qui a un impact majeur sur notre capacité de travail et sur notre efficience* ». C'étaient des

structures considérées comme essentielles, surtout compte tenu des nombreux départs, ce qui affecte la relève.

Parmi les autres préoccupations exprimées, notons la perte progressive des omnipraticiens œuvrant en santé publique, les besoins de formation pour le personnel d'encadrement, particulièrement pour les services confiés, et la charge de travail plus lourde des ressources-conseils restantes qui fait en sorte qu'il leur est difficile de maintenir à jour leur expertise. De manière plus prospective, on note une certaine appréhension des personnes rencontrées concernant l'éventuelle fusion des unités d'accréditation syndicales qui ferait en sorte, par exemple, qu'une infirmière pourrait postuler pour un poste en santé publique sans avoir la formation requise. Dans le même ordre d'idée, on relève la nécessité de disposer de titres d'emploi plus spécifiques que celui d'agent de planification, programmation, recherche en ayant la possibilité d'afficher des postes d'épidémiologiste, de géographe ou d'urbaniste, par exemple.

On compte beaucoup sur le soutien de l'INSPQ pour combler les besoins de formation. Les intervenants sont généralement satisfaits quant à la qualité des formations offertes par l'INSPQ, mais mentionnent souvent que cet accompagnement n'est soit pas assez régulier, soit qu'il pourrait couvrir davantage de sujets. Selon les répondants, une réflexion sur les besoins en développement des compétences et en transfert de connaissances en santé publique est souhaitée, le tout accompagné par une révision de l'offre de formation de l'INSPQ et des autres acteurs impliqués. Un exercice similaire pourrait aussi être envisagé par le MSSS, les participants rappelant ne pas toujours savoir comment obtenir le soutien de ce dernier pour de la formation continue en santé publique.

### **Application des mesures d'optimisation et Intégration des équipes-conseils et de proximité, cotes 2,5 et 3,3**

Les mesures d'optimisation prévoyaient une diminution, quelque peu variable selon les régions, de l'ordre d'environ 30 % des ressources-conseils, donc au sein des effectifs œuvrant auparavant dans les agences de santé et de services sociaux. Ces équipes sont désignées de façon variée selon les régions : équipe régionale, équipe transversale, équipe-conseil. Cette diversité d'appellation trahit une certaine confusion quant à la définition de rôle de cette équipe, surtout suite à l'application des mesures d'optimisation, définition qui, dans certains cas, nous a semblé émergente au fil du temps.

L'impact de ces mesures d'optimisation a été négatif à plusieurs égards, mais à des degrés variés selon les régions. Le maintien de l'expertise professionnelle, l'intégration des équipes-conseils et de proximité et le contrôle de la qualité et l'harmonisation des pratiques ont été particulièrement affectés. Dans plusieurs régions, on a fait état aussi d'un certain désarroi exprimé par les professionnels, surtout au cours des deux premières années de la réorganisation.

Quelques rares régions ont pu atténuer ces impacts en réaffectant certains fonds ou en redéfinissant les rôles des équipes-conseils et de proximité. Dans une région en particulier (Côte-Nord), les ressources-conseils consacrent aussi une partie de leur temps de travail à dispenser des services de proximité.

Mais dans plusieurs régions, il y a eu à reconstruire les liens existants entre les deux lignes. Dans certains cas, il y a eu jusqu'à deux ans de coupures entre les deux niveaux de services, principalement en ce qui concerne les services confiés. Des intervenantes du programme SIPPE, par exemple, ont été laissées à elles-mêmes, sans aucun contact avec l'équipe régionale.

Les équipes rattachées à la fonction surveillance s'en sont, de manière générale, mieux tirées. Ce sont celles aussi les plus souvent sollicitées par les autres directions. Par contre, à de rares

exceptions près, la fonction évaluation est complètement disparue au sein des équipes de santé publique. Les répondants rapportent qu'aucun soutien n'est fourni par les directions qualité, évaluation, performance et éthique qui semblent consacrer l'essentiel de leurs ressources à la mise en place de salles de pilotage et au développement d'indicateurs de performance.

Enfin, on fait état de la nécessité de définir et de mettre en place ce qui devrait constituer une équipe-conseil minimale, surtout pour les régions disposant d'un plus petit budget.

### **Élaboration du PAR, des plans d'action interdirections et des ententes interétablissements, cote : 2,7**

L'élaboration des PAR s'est faite selon un échéancier serré alors que les plans d'action thématiques tripartites n'étaient pas encore finalisés. De plus, à cause des transformations en cours, la période d'élaboration était peu propice aux consultations interdirections. Le MSSS a été présent et soutenant au moment de leur élaboration. Il a notamment convenu avec les directeurs régionaux de santé publique de fournir à l'automne 2015 des balises pour l'élaboration des PAR (attentes ministérielles transmises dans un document non daté intitulé *Mise en œuvre du PNSP. Démarche d'élaboration des PAR*), balises qui avaient été annoncées dans les cahiers des charges à l'intention des PDG des CISSS-CIUSSS en juillet 2015. Les démarches d'élaboration des PAR des différentes régions ont été soumises au MSSS, à la suite de quoi une rétroaction a été soumise aux PDG avec une lettre accompagnée d'un document énonçant les *Conditions essentielles à la conduite des démarches d'élaboration des Plans d'action régionaux de santé publique* (daté du 23 mars 2016), en appui à l'élaboration des PAR dans le nouveau contexte organisationnel. Le MSSS a aussi recueilli au printemps 2016 les questions des DSPub concernant l'élaboration des PAR et les liens avec les nouveaux plans d'action thématiques tripartites et y a répondu, notamment à la TCNSP, par l'intermédiaire de ses équipes et à l'aide d'un outil synthèse (*Tableau synthèse des questions spécifiques des directions de santé publique posées dans le cadre de l'élaboration des plans d'action régionaux de santé publique*, daté du 21 juillet 2016). Toutefois, lors de la transmission des PAR au MSSS à l'automne 2016, il n'y a eu aucune rétroaction de sa part auprès des régions, ce que plusieurs de nos interlocuteurs ont déploré.

Quant à sa fonction de mobilisation de l'ensemble des acteurs concernés, les avis sont partagés. Ils furent utilisés à cet effet dans quelques régions alors que dans d'autres, on a jugé qu'il s'agissait d'un exercice « technocratique » sans véritable retombée. Dans certaines régions, les professionnels et médecins rencontrés n'en avaient parfois pas pris connaissance.

À Montréal, certains CIUSSS ont manifesté le désir de produire des plans d'action locaux, comme lors du précédent PNSP. Ils considèrent que le PAR montréalais ne peut tenir compte de toutes les structures de concertation locales auxquelles ils sont amenés à s'associer.

Nous nous sommes aussi intéressés aux plans d'action interdirections et, pour les régions avec plus d'un CISSS-CIUSSS, aux ententes interétablissements que devaient conclure les CISSS-CIUSSS en février 2016 comme l'exigeait les attentes figurant à la fiche 24 du Cahier des charges à l'intention des PDG. Elles devaient être signées alors que les PAR n'étaient pas encore rédigés, ce qui fait qu'elles étaient parfois basées sur les budgets et les ententes antérieures et ne couvraient pas nécessairement tous les services confiés en autorité fonctionnelle. Dans un cas, le PDG a signé l'entente avant les directions concernées. D'autres PDG étaient réfractaires à cet exercice, soutenant qu'il allait à l'encontre de la vision voulant que toutes les directions devaient travailler en concertation : « *plus on définit nos responsabilités dans le CIUSSS, plus on crée des silos* »; « *ça va à l'encontre des valeurs organisationnelles que sont la collaboration et la bienveillance* ». Ces plans d'action et ces ententes n'ont généralement pas fait l'objet de suivi ou n'ont tout simplement pas été

respectés. À Montréal, au moment de l'étude, deux CIUSSS n'avaient toujours pas signé les ententes interétablissements.

### **Exercice de la responsabilité populationnelle, cote : 2,7**

Il s'agit d'un des mécanismes de mise en œuvre faisant l'objet des plus grandes diversités de points de vue. Pour certain, le concept est considéré comme « *ne vivant plus que sur papier* », ou « *n'étant plus d'usage* », alors que d'autres régions lui accordent une très grande importance (le CIUSSS Mauricie–Centre-du-Québec a ainsi une Direction de la santé publique et de la *responsabilité populationnelle*, quoiqu'on précise dans ce cas que la responsabilité populationnelle n'appartient pas qu'au programme de santé publique et qu'il s'agit d'un dossier transversal de l'organisation soutenu par une direction spécifique pour en faciliter le suivi). Dans ces régions, on observe une très grande implication de la haute direction (PDG, PDGA) et parfois même du conseil d'administration dans l'actualisation de ce dossier.

Il faut dire que deux visions de son actualisation s'affrontent, une voulant qu'elle soit surtout orientée vers des actions intersectorielles et communautaires et une autre qui y voit un soutien à la réalisation du projet clinique du CISSS-CIUSSS. En fonction de la vision adoptée, on considère qu'elle relève de la DSPub ou de l'ensemble des directions.

Même si, dans la foulée des transformations vécues en 2015, on a mis fin à l'*Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences* qui soutenait certaines initiatives en lien avec la responsabilité populationnelle, les professionnels concernés continuent néanmoins à utiliser la documentation et les outils développés dans ce cadre.

### **Activités de communication en soutien à la promotion et prévention, cote : 2,9**

Les responsabilités des directions de santé publique en matière de communication ont été revues dans le cadre de l'exercice d'optimisation étant donné qu'on voyait un éventuel gain d'efficience à ce qu'elles soient réalisées par le service des communications des CISSS-CIUSSS au palier territorial ou par le MSSS, les campagnes et messages étant pertinents pour toutes les régions. Plusieurs d'entre elles ont été affectées par cette centralisation des ressources en soutien aux activités de communication. Elles ont parfois pu maintenir les liens avec ces ressources, mais sans bénéficier de leur pleine disponibilité. Montréal a pu maintenir une équipe réduite de professionnels affectée à ces activités. De façon plus globale, la qualité du soutien du service des communications est variable. Par exemple, pour les veilles médiatiques, on n'aura parfois que les informations portant sur le CISSS-CIUSSS lui-même, dans une vision corporative, et non ce qui concerne les risques appréhendés à la santé.

Parfois, il y a aussi modification des messages. À titre d'exemple, dans une région, la DSPub voulait alerter la population contre les risques d'intoxication au monoxyde de carbone suite à une série d'incidents sur son territoire, mais le service des communications a tenté d'adoucir le ton du message, ne voulant pas inquiéter la population, ce qui était pourtant l'objectif visé.

### **Harmonisation des pratiques, cote : 3,2**

Ce mécanisme semble en lien étroit avec l'intégration des équipes de proximité et de l'équipe-conseil : plus ces équipes sont intégrées, plus grande est l'attention portée à l'harmonisation des pratiques. Un autre élément qui joue un rôle à cet égard est la présence d'assistante au supérieur immédiat (ASI) : « *Là où il y avait des ASI, les pratiques étaient plus homogènes* ». On considère que la diminution du nombre de paliers intermédiaires facilite aussi l'action à ce chapitre. On donne l'exemple de la Montérégie où on est passé de 19 CLSC à 11 CSSS à 3 CISSS.

On soulève toutefois que les efforts d'harmonisation risquent d'affecter une vision globale de la santé publique à cause de l'attention portée aux interventions spécialisées et cliniques alors que les problèmes auxquelles les intervenants sont confrontés sont complexes et multidimensionnelles. Enfin, on juge que l'harmonisation des processus, en particulier les codages des activités, est tout autant, sinon plus, nécessaire.

#### **Respect du mandat légal des directeurs régionaux de santé publique, cote : 3,8**

Cet élément est généralement acquis et ne semble pas avoir été un enjeu majeur au cours de la réorganisation. C'est d'ailleurs le mécanisme que nous avons coté le plus haut. On note peu d'interférences de la part des PDG, même si on doit parfois ménager certaines susceptibilités politiques ou économiques, particulièrement dans les régions productrices de ressources naturelles. Certains directeurs soulèvent toutefois un problème purement théorique pour l'instant, mais susceptible de se produire éventuellement, si le directeur doit produire un avis qui va à l'encontre de son établissement, que ce soit pour un dossier en lien avec la santé et la sécurité des travailleurs ou remettant en cause des commandites privées auprès du CISSS-CIUSSS.

À la lumière des analyses précédentes, on peut penser que la gouvernance en santé publique et surtout les services de santé publique confiés à d'autres directions, mais aussi tout ce qui touche les ressources professionnelles et le développement des compétences sont des zones d'amélioration potentielle pour les prochaines années.

#### **4.4. Degré de réussite dans la mise en œuvre de certains services et initiatives**

Dans cette section, nous traitons les observations recueillies en lien avec les quatre services nous servant de cas traceurs auxquelles nous ajoutons les initiatives en matière de réduction des inégalités sociales de santé qui fait l'objet d'une attention particulière dans l'ensemble des PAR, de même que la démarche *Prendre soin de notre monde*. Le tableau 2 présente la moyenne des cotes que nous avons attribuées au seize régions à ces six éléments.

**Tableau 2 Cotes associées au degré de réussite dans la mise en œuvre de certains services et initiatives utilisés comme cas traceurs**

<b>Initiatives et services en lien avec le PNSP</b>	<b>Cote</b>
SIPPE	2,6
Activités de promotion et prévention en milieu scolaire	2,8
Démarche <i>Prendre soin de notre monde</i>	2,9
Vaccination	3,0
Développement des communautés et actions intersectorielles	3,4
Réduction des inégalités sociales de santé	3,4

### **Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, cote : 2,6**

Il s'agit du service qui semble le plus affecté par les transformations. On observe une dérive vers une approche plus interventionniste et plus individualiste. Il y a eu aussi un roulement de personnel important au cours des trois dernières années qui n'a pas toujours été accompagné par une formation adéquate. Ce roulement est aussi observé au niveau de l'encadrement avec les mêmes déficiences dans la formation des nouveaux cadres.

Ce service est celui qui est le plus souvent confié à une autre direction, soit celle du programme jeunesse. L'objectif ainsi visé est de mieux intégrer l'ensemble des services en périnatalité. Les résultats de cette intégration semblent un peu variables, mais certaines régions font état de nets succès à cet égard. Par contre, l'intégration entre les équipes de proximité et l'équipe-conseil est très difficile du fait que les deux équipes ne relèvent pas de la même direction. Dans plus d'une région, on a observé une absence de tout lien entre ces équipes pendant plusieurs mois et même jusqu'à deux ans après la création des CISSS-CIUSSS.

Certaines régions en pénurie de main-d'œuvre, en particulier celles où sont exploitées les ressources premières et offrant des salaires élevés, doivent réviser leurs critères d'accessibilité, car le critère de faible revenu n'est pas pertinent pour identifier la clientèle cible qui, dans ces régions, est davantage susceptible de vivre en situation d'isolement social.

Selon les personnes rencontrées, le dossier du soutien à l'allaitement a été un peu laissé à l'abandon, ce qui a affecté plusieurs régions. Entre 2004 et avant la réforme de 2015, les répondantes régionales en allaitement se rencontraient régulièrement. En cohérence avec le moratoire imposé en 2015 sur les rencontres de répondants pour l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux, il n'y a eu aucune rencontre des répondantes régionales depuis trois ans. Ce changement peut expliquer en partie le sentiment d'abandon exprimé au regard de ce dossier par les personnes rencontrées. On déplore qu'il n'y ait pas de porteur de dossier à l'INSPQ ainsi que le manque de soutien du MSSS. Des répondantes régionales ont tenté de relancer le dossier en organisant une journée thématique lors des Journées annuelles de santé publique en décembre 2017. Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, où les taux d'allaitement sont particulièrement bas, la DSPub a décidé de financer des organismes de soutien à l'allaitement. De plus, on mentionne qu'il y a eu très peu d'activités de formation : « *Une infirmière est en poste depuis déjà un an et elle n'a pas encore été formée en allaitement* ».

Enfin, dans une région, on évoquait le fait que la création des directions jeunesse au sein des CISSS-CIUSSS, qui intègrent le volet de la protection de la jeunesse, suscite la méfiance d'une partie de la clientèle SIPPE qui craint qu'on lui retire la garde de son enfant.

### **Activités de promotion et prévention en milieu scolaire, cote : 2,8**

Il s'agit d'un volet plus ou moins actif selon les établissements. Certains territoires y consacrent des équipes dédiées, ce qui semble favoriser la réalisation de ces activités. À Laval, en particulier, cette équipe, mise en place en 2009, relevait du programme jeunesse jusqu'à la création du CISSS, alors qu'elle fut rattachée à la DSPub. Toutefois, comme les infirmières qui font la vaccination relèvent d'une autre direction et qu'elles sont plus présentes dans les écoles, ce sont elles, surtout au secondaire, qui sont appelées à faire du counseling auprès des élèves, mais sans nécessairement y intégrer une vision préventive.

D'autres territoires confient le dossier de promotion/prévention aux infirmières scolaires. Toutefois, dans les régions où il n'y a pas d'équipe dédiée, le manque de ressources en milieu scolaire impose des choix aux gestionnaires qui mettent en priorité les activités de vaccination et la réponse aux problèmes de santé courants. Comme les programmes de vaccination se sont alourdis, il ne reste



qu'une faible portion de l'horaire pour mettre en place des activités de cette nature. Là où il n'y a pas d'équipes dédiées, il est aussi difficile de dégager du personnel pour participer aux tables de concertation jeunesse à cause de leur charge de travail.

Les répondants ont l'impression que l'approche *École en santé* est laissée à l'abandon autant par le MSSS que par l'INSPQ, alors qu'on observe une très grande hétérogénéité des pratiques au sein d'une même région : « *sept infirmières, sept animations différentes* ».

Si le volet du développement d'environnements favorables à la santé en milieu scolaire semble peu actif (surtout depuis la disparition des directions régionales du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur), les services d'hygiène dentaire sont généralement bien implantés.

### **Démarche « Prendre soin de notre monde », cote : 2,9**

Nous avons considéré de façon plus particulière, dans le cadre du développement des communautés et de l'action intersectorielle, la démarche *Prendre soin de notre monde* qui figure au PNSP. Celle-ci suscite des réactions mitigées, certains considérant qu'elle est « *mieux adaptée aux petites municipalités* » alors que d'autres jugent qu'elle est « *plus difficile à réaliser dans les petites municipalités* ». Selon les organisateurs communautaires rencontrés, « *on fait ça depuis longtemps* ». Ces derniers reprochent aussi une approche *Top-Down* qui ne tient pas compte des dynamiques locales existantes. On y voit néanmoins quelques avantages comme le développement de grilles d'analyse et les activités de formation qui sont offerts. D'autres enfin y sont réfractaires parce qu'ils croient que l'organisme *Québec en forme*, qui avait mauvaise réputation dans certains milieux, en ait été l'instigateur. Enfin, certains répondants ont exprimé leur désaccord à la consigne voulant que « *il faut attendre que les élus viennent vous voir* ». Alors que la démarche vise à éviter la sur-sollicitation des milieux municipaux, ces mêmes répondants considèrent que cette consigne est un peu antithétique avec la nature même du travail des organisateurs communautaires.

Il y a une certaine ambiguïté quant au rôle attendu et aux responsabilités des acteurs de santé publique dans ce dossier, surtout lorsqu'il y a présence sur le territoire d'une unité régionale du loisir et du sport.

On note aussi que la réussite du partenariat dépend en grande partie de la composition du conseil municipal : si aucun élu n'a de sensibilité particulière envers le développement d'environnements favorables à la santé, il y a peu de chances de pouvoir mettre en place des initiatives à cet effet.

### **Vaccination, cote : 3,0**

Il s'agit du dossier présentant le plus de variabilité par rapport à l'organisation des services, interpellant des directions différentes selon les CISSS-CIUSSS. Bien qu'on relève des problèmes d'accessibilité dans quelques régions, l'enjeu le plus préoccupant semble être celui de la gestion des produits immunisants. On observe une diminution des mesures de contrôle et des visites régulières dans les lieux d'entreposage depuis 2015. Il semble qu'une certaine confusion quant aux responsabilités respectives des directions concernées soit à l'origine de cet état de fait. Dans ce volet aussi, la question de la diminution des activités de formation est soulevée. En particulier, on déplore que certaines vaccinatrices pour les 0-2 ans n'aient aucune expertise pour intervenir auprès de ce groupe d'âge.

Le soutien du MSSS et de l'INSPQ dans ce dossier est apprécié, en particulier pour le Protocole d'immunisation du Québec, pour la formation et pour la diffusion d'information visant à contrer les mouvements anti-vaccins. En fait, on observe une augmentation de la cadence du travail au MSSS que certaines régions ne peuvent suivre, les ressources en maladies infectieuses étant déjà

surchargées. Certains répondants ont aussi la perception que le MSSS communique parfois avec les CISSS-CIUSSS sans que les directions de santé publique en soient informées. Le déploiement du système d'information pour la protection en maladies infectieuses (SI-PMI) s'est fait durant la période à l'étude, ce qui a eu un impact à son tour sur la charge de travail des équipes de proximité. Certaines régions, qui utilisaient un autre système d'information ont peu apprécié devoir mettre en place ce nouveau système.

Les problèmes soulevés plus tôt en lien avec les activités de communication affectent aussi ce dossier, plus particulièrement lors des campagnes de vaccination contre l'influenza.

Enfin, dans une région, on a observé une diminution des signalements en maladies infectieuses adressés à la DSPub. La raison semble être que l'annonce de l'abolition des agences régionales de santé et de services sociaux amenait certains intervenants à conclure que, puisque les directions de santé publique étaient au sein de ces agences, elles avaient aussi été abolies.

### **Développement des communautés et actions intersectorielles, cote 3,4**

Même si les organisateurs communautaires déplorent que le PNSP accorde trop peu d'importance au développement des communautés (« *ça n'apparaît qu'entre les lignes, sauf pour un service; il se retrouve en silo alors qu'il devrait être présent partout* », il semble que la transformation a peu affecté les actions à ce chapitre. La centralisation des équipes réalisée dans plusieurs régions est d'ailleurs considérée comme bénéfique, même si elle impliquait pour certains un changement de culture. Elle a permis l'émergence d'une vision commune et d'un sentiment d'appartenance, ainsi que le développement de cadres de références et d'interventions. Elle a de cette manière favorisé l'intégration de nouvelles ressources alors qu'un nombre non négligeable de professionnels de ce secteur sont partis à la retraite au moment des transformations (un CIUSSS a ainsi vu la moitié de ses organisateurs communautaires quitter le marché du travail). On craint que cette centralisation ait comme contrepartie le risque d'accroître le silotage et le danger d'une perte d'ancrage au niveau local.

Comme mentionné dans la section portant sur les éléments de contexte, les changements dans l'environnement externe (disparition des conférences régionales des élus et des directions régionales du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur) a ralenti le rythme des concertations intersectorielles. Par contre, il y a eu création de liens plus étroits avec les municipalités, quoique la qualité des relations avec les MRC et les milieux scolaires soient plus variables. Comme il était aussi mentionné dans cette même section, le découpage territorial en Estrie, en Montérégie et à Montréal rend difficiles ou redondants les efforts de concertation.

Il y a parfois confusion des rôles entre organisateurs communautaires, agents de saines habitudes de vie et agents de liaison. Dans un CISSS en particulier, les dossiers en développement des communautés sont portés par les organisateurs communautaires sur une partie du territoire et par des agents de liaison sur une autre partie.

Enfin, certains répondants déplorent le retrait du soutien fort apprécié de l'INSPQ envers l'initiative *Villes et villages en santé* et, plus globalement, l'animation et le partage des connaissances en développement communautaire que ses professionnels réalisaient.

### **Réduction des inégalités sociales de santé, cote : 3,4**

Autant à la lecture des PAR que lors des entrevues de groupe, ce dossier est ressorti comme une préoccupation majeure. La région de la Capitale-Nationale en a même fait un sixième axe dans son PAR, dans la foulée de la parution d'un rapport du directeur régional et un autre rapport du directeur régional de Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine portant sur la même thématique étaient en cours de

rédaction lors de notre visite. Le dossier est généralement porté par les organisateurs communautaires et rencontre « *beaucoup d'écho auprès des partenaires* ». On considère aussi qu'il s'agit d'un dossier utile dans le développement d'une identité commune en santé publique. Toutefois, le manque de formation en santé publique (voir la section sur le maintien de l'expertise professionnelle) rend difficile l'action à ce chapitre.

Les actions dans ce dossier prennent plusieurs formes et mobilisent souvent les ressources en surveillance. L'outil Réflex-ISS, déployé en Montérégie, est utilisé dans d'autres territoires, mais on reconnaît que la charge de travail des organisateurs communautaires et leurs habitudes de travail ne facilitent pas son adoption. À Montréal, le plan stratégique de la direction régionale prévoit l'adaptation des programmes, des services et des pratiques de santé publique aux besoins des personnes à faible littératie, défavorisées économiquement ou issues des communautés culturelles différentes. Au Saguenay–Lac-Saint-Jean, on porte une attention particulière à l'insécurité financière. Dans Chaudière-Appalaches, tout le CISSS, y compris les directions de soutien, est appelé à s'approprier le dossier, ce qui a conduit, par exemple, à l'adoption d'une politique d'achat local. Notons que dans les régions productrices de matières premières, on observe une plus grande vulnérabilité sociale que matérielle.

Une observation a été faite à l'effet que « *le plus grand générateur d'inégalités sociales, c'est nous-mêmes* », c'est-à-dire les CISSS-CIUSSS. On mentionne, par exemple, que la centralisation des ressources humaines entraîne une dévitalisation des petites communautés ou que les politiques d'achat de l'établissement peuvent avoir des impacts sur l'économie locale. La pénurie d'effectifs et les pressions budgétaires affectent aussi l'accès aux services, surtout ceux de nature psychosociale, en particulier auprès des plus démunis. En outre, la tendance à l'uniformisation des pratiques en santé publique fait en sorte qu'elles ne sont pas toujours adaptées aux besoins particuliers des clientèles vulnérables. On souligne d'ailleurs le besoin d'outils pour mieux intervenir en milieu autochtone.

#### 4.5. Analyse configurationnelle

---

Les groupes que nous distinguons ont été formés suite à une analyse de correspondances multiples en appliquant la méthode de classification hiérarchique ascendante du logiciel SPAD. Les 16 régions ont ainsi été regroupées en un nombre restreint de groupes relativement homogènes et bien différenciés, c'est-à-dire en maximisant la variabilité intergroupe et en minimisant la variabilité intragroupe. Le choix du nombre de quatre groupes s'est basé sur des critères statistiques et conceptuels en prenant en considération le petit nombre d'unités analysées.

Il faut garder à l'esprit que les regroupements ainsi créés le sont en fonction de l'ensemble des mécanismes de mise en œuvre pris globalement. Toutefois, au sein d'un même groupe, des différences parfois importantes au niveau de certains mécanismes individuels sont observées puisqu'il s'agit de mécanismes ayant une fonction moins discriminante dans la composition des groupes. Par exemple, dans le groupe 1, l'exercice de la responsabilité populationnelle est une préoccupation centrale pour une des régions le constituant même si, pour l'ensemble du groupe, il s'agit d'un mécanisme ayant une importance plus secondaire.

## Les mécanismes de mise en œuvre

**Tableau 3 Cotes moyennes attribuées aux mécanismes de mise en œuvre par groupe**

Mécanismes	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4
Impact sur les ressources professionnelles	1,2 *	2,0 *	3,3	3,5
PAR comme outil de mobilisation	3,3	1,7 *	3,3	3,0
Autorité fonctionnelle	1,7 *	2,0	3,0 *	2,0 *
Harmonisation des pratiques	2,2	3,7	3,7	2,5
Intégration des équipes de 1 <sup>ère</sup> et 2 <sup>e</sup> lignes	2,2	2,7	4,1 *	3,5
Maintien des compétences	1,0 *	2,5 *	2,8	3,5
Exercice de la responsabilité populationnelle	2,2	3,0	3,3	1,0 *
Communications en soutien à la P/P	3,2	2,5	2,7	2,0
Score moyen du groupe	2,1	2,5	3,3	2,6
* : variables les plus discriminantes; VERT $\geq 3$ ; JAUNE $> 2, < 3$ ; ROUGE $\leq 2$				

Le groupe 1 a été le groupe le plus touché par les changements, particulièrement aux chapitres des ressources professionnelles, de l'exercice de l'autorité fonctionnelle et du maintien des compétences. Il affiche un niveau moyen dans l'harmonisation des pratiques, l'intégration des équipes de 1<sup>ère</sup> et de 2<sup>e</sup> ligne et l'exercice de la responsabilité populationnelle. Enfin, il fait bonne figure quand il s'agit des communications en soutien aux actions de prévention-promotion et l'utilisation du PAR comme outil de mobilisation.

Le groupe 2 a été aussi touché par les changements, surtout au niveau des ressources professionnelles, mais à un degré moindre que le groupe 1. L'exercice de l'autorité fonctionnelle s'est avéré encore ici problématique. Contrairement au groupe 1, le groupe 2 a éprouvé des difficultés dans l'élaboration et la mise en œuvre du PAR. Par contre, l'harmonisation des pratiques professionnelles est réussie et l'exercice de la responsabilité populationnelle, bien assumée. Pour les autres indicateurs (intégration des équipes de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>e</sup> ligne, maintien des compétences et communications en soutien à la prévention-promotion), le groupe 2 affiche un degré moyen de réussite.

Le groupe 3 se démarque des autres par un niveau de réussite globale supérieur. De façon plus particulière, il se distingue par l'exercice de l'autorité fonctionnelle réussie de même que l'intégration des équipes conseils et de proximité. Il est aussi bien positionné en ce qui concerne l'harmonisation des pratiques professionnelles et l'exercice de la responsabilité populationnelle. Dans l'ensemble, ce groupe semble avoir été moins affecté par la perte des ressources professionnelles et avoir tiré profit de l'élaboration et la mise en œuvre du PAR. Le groupe a éprouvé plus de difficultés dans le maintien des compétences et le soutien des communications aux activités de prévention-promotion.

Le groupe 4, qui ne comprend que deux régions, se distingue par de grandes difficultés rencontrées dans l'exercice de la responsabilité populationnelle et de l'autorité fonctionnelle. Le soutien des communications aux activités de prévention-promotion est aussi déficient. Ce groupe a été moins affecté par la perte de ressources professionnelles et le soutien apporté par le PAR lui a été favorable. L'intégration des équipes de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>e</sup> ligne et le maintien des compétences ont été bien réussis. L'harmonisation des pratiques demeure cependant plus problématique.

## La mise en œuvre

**Tableau 4 Cotes moyennes attribuées aux services et initiatives servant de cas traceurs**

Service	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4
SIPPE	2,0	2,5	3,25	3,0
P/P en milieu scolaire	3,25	2,4	3,0	3,0
Vaccination	2,75	3,2	3,2	3,5
Lutte contre les ISS	2,5	2,7	4,0	3,0
Développement des communautés	3,5	2,75	3,75	3,0
Prendre soin de notre monde	3,25	3,25	3,6	3,5
Score moyen du groupe	2,9	2,8	3,5	3,2

Vert > 3; Jaune = 2,75 – 3; Rouge < 2,75

Le tableau 4 présente les cotes de chacun des quatre groupes pour sept indicateurs de la mise en œuvre. On remarque d'abord que les cotes obtenues pour SIPPE et PP en milieu scolaire restent relativement faibles dans tous les groupes. Il en est de même de la lutte aux ISS, à l'exception du groupe 3 qui obtient une cote élevée. La vaccination, pratique de base en santé publique, affiche un niveau moyen, sauf dans le groupe 4 où elle s'avère une pratique réussie. Enfin, le développement des communautés et *Prendre soin de notre monde*, qui ont beaucoup en commun, font bonne figure.

On note que dans l'ensemble, le groupe 3 et, dans une moindre mesure, le groupe 4, affichent sur plusieurs indicateurs, des cotes plus élevées que les deux autres groupes et moins de cotes faibles. Le groupe 3 peut donc être considéré comme celui présentant à la fois les meilleurs résultats autant pour les mécanismes de mise en œuvre que pour la mise en œuvre comme telle des services et initiatives servant de cas traceurs. Nous abordons les leçons à en tirer dans la section discussion.



## 5. Constats tirés des entrevues avec des membres de la haute direction et des cadres d'autres directions en autorité fonctionnelle sur des ressources de santé publique

Nous résumons ici les propos recueillis dans les entrevues réalisées auprès de cadres et membres de la haute direction visant à fournir un point de vue extérieur et complémentaire à celui recueilli auprès d'acteurs de santé publique. Nous avons regroupé ces propos autour de deux thèmes principaux émergeant de ces entrevues.

### **Distinguer le conjoncturel du structurel**

L'ensemble des interlocuteurs estime que la création des CISSS-CIUSSS en 2015 et, en particulier, les transformations apportées à l'organisation des services de santé publique ont grandement affecté les directions de santé publique. On parle d'un changement de culture entraînant « *de gros deuils* » à faire au sein des équipes-conseils et même d'une certaine « *perte de sens* ». On considère toutefois que la situation antérieure était jusqu'à un certain point encore moins propice à l'action de santé publique et au suivi des ressources alors que, de manière générale, les services de proximité (première ligne) relevaient de cadres qui étaient en charge de plusieurs services à la fois.

On soutient aussi que ce changement de culture ne s'est pas nécessairement fait dans des circonstances idéales, compte tenu de la très grande instabilité dans l'encadrement supérieur des CISSS-CIUSSS durant les deux premières années de la transformation, d'autant plus que les mécanismes de collaboration n'étaient pas clairs et reposaient sur l'informel et les pratiques antérieures. Un de nos interlocuteurs observait que « *même si les médecins en santé publique sont les mieux formés pour passer du clinique à l'administratif, on leur en a peut-être trop demandé* ».

Le contexte général dans lequel s'opéraient les transformations ne favorisait pas un changement sans heurt. La pénurie d'effectifs, en particulier, posait des défis et des contraintes à la collaboration avec les autres directions. Chacune d'elles avait des réactions naturelles de défense et de protection des ressources. De plus, l'augmentation des niveaux hiérarchiques et de la taille des directions rendait les relations entre elles plus difficiles et les processus de prises de décision plus complexes.

Par ailleurs, les plans d'action interdirections et les ententes interétablissements sont vus comme contraires à l'esprit de la réforme qui visait une meilleure intégration des services et des trajectoires de soins (on a vu précédemment que certaines régions n'avaient pas signé de plan d'action ni d'entente ou ne l'avaient fait qu'en y portant peu d'attention et sans s'assurer d'un suivi). Au mieux, on juge ces plans d'action et ententes comme un passage obligé qui ne sera plus requis quand il y aura une véritable intégration des directions de santé publique au sein de leur organisation et quand on aura atteint une certaine maturité dans la reddition de comptes et la mesure des activités. On parle de la nécessité de passer d'une approche transactionnelle à une approche collective.

### **Intégration des DSPub au sein des CISSS-CIUSSS**

Aux yeux de nos interlocuteurs, l'impression générale qui se dégage au terme de trois ans de transformation est qu'il y a eu accroissement du silotage des services de santé publique, à l'exception de la santé au travail, dont l'organisation des services avait été revue peu avant 2015 dans la majorité des régions. On y voyait pourtant une occasion de repositionner la santé publique et de faire mieux qu'avant : « *quand la santé publique était à l'Agence, elle était très isolée* »; « *la santé publique n'est plus un électron libre* ».

On souhaiterait que les directions de santé publique souscrivent davantage au concept d'intégration au cœur de la réforme et qu'elles soient perçues comme une direction transversale par les autres directions. Outre l'opportunité de s'impliquer dans l'élaboration des trajectoires de soins, on suggère qu'elles reprennent le *leadership* dans le dossier de la responsabilité populationnelle, un dossier transversal qui concerne l'ensemble de l'organisation, mais qui doit être porté par une direction spécifique disposant de l'expertise pertinente. En particulier, on considère que le pilotage de ce dossier favoriserait une meilleure intégration avec les services de première ligne.

Un autre dossier qui favoriserait l'accès à l'ensemble des autres directions est celui des pratiques cliniques préventives. Même si les nouvelles balises retireraient la responsabilité de ce dossier aux directions de santé publique, certaines régions ont quand même maintenu leur implication et considèrent qu'elles ont réalisé certaines avancées. Les personnes interviewées sont conscientes que la réactivation de ce dossier implique un changement d'orientation ministérielle, ce qu'elles souhaitent.



## 6. Discussion

Il se dégage de nos observations que la réorganisation des services de santé publique a été vécue, de manière générale, mais à des degrés divers, difficilement. L'exercice d'optimisation, en particulier la réduction des effectifs des équipes-conseils, jumelé au fait que les services de proximité aient, dans plusieurs cas, été confiés à d'autres directions, a entraîné une perte d'expertise non négligeable, un bris dans l'intégration des équipes et une certaine confusion quant au rôle attendu de l'équipe-conseil. Il s'avère aussi que l'exercice de l'autorité fonctionnelle, en particulier dans les régions où il y a plus d'un CISSS-CIUSSS, est difficile et parfois source de tensions. Par contre, le mandat légal des directeurs de santé publique a été respecté et, pour une majorité de régions, le rapatriement au sein de la direction des organisateurs communautaires a permis des avancées dans l'action intersectorielle.

Il est intéressant de noter qu'un des résultats les plus probants de l'analyse configurationnelle présentée en annexe est à l'effet que le groupe 3, qui affiche les meilleurs résultats et se démarque nettement des autres groupes en ce qui concerne le degré de mise en œuvre des services et initiatives suivis, est aussi celui présentant les cotes les plus élevées par rapport à l'impact des mécanismes que sont l'exercice de l'autorité fonctionnelle et l'intégration des équipes-conseils et de proximité – ce sont les variables les plus discriminantes pour ce groupe. On peut en conclure qu'il s'agit là de deux leviers majeurs dans la mise en œuvre du PNSP.

Il faut souligner que cette réorganisation se faisait dans un contexte général de transformation majeure, réalisée en très peu de temps et avec un roulement important des cadres supérieurs. Compte tenu des défis auxquels étaient confrontés les dirigeants des CISSS-CIUSSS dans l'organisation des services cliniques, les services de santé publique n'ont pas bénéficié de toute l'attention requise. Il semble toutefois, surtout à la lumière des propos recueillis auprès des membres de la haute direction des établissements et des cadres des autres directions, qu'une certaine maturité organisationnelle soit sur le point d'être acquise. On nous a d'ailleurs mentionné lors des groupes de discussion que les constats auraient été plus sévères si nous avions tenu nos rencontres un an plus tôt.

Au terme de cette évaluation, trois enjeux s'imposent :

- le maintien de l'expertise professionnelle;
- le suivi de gestion (ressources humaines et financières) et le soutien des ressources œuvrant au sein d'autres directions;
- le positionnement de la santé publique au sein des CISSS-CIUSSS.

Le problème du maintien de l'expertise professionnelle est de deux ordres : un manque de formation de base en santé publique, autant chez certains gestionnaires que chez les professionnels, et une déficience dans l'offre en formation continue, particulièrement en périnatalité. Cet état de fait appelle à une intensification de la collaboration entre le MSSS, l'INSPQ, les universités et les CISSS-CIUSSS.

Les résultats ont démontré que les directions de santé publique éprouvent des difficultés pour assurer le suivi des ressources (humaines et financières) lorsqu'elles sont confiées à d'autres directions. Elles rencontrent aussi des défis quant au soutien des ressources qui ne possèdent pas de compétences en santé publique. À cet effet, la haute direction des établissements devrait être davantage sensibilisée à l'importance de cet enjeu et au respect des ententes inter établissements et inter directions. Le partage des meilleures pratiques et des expériences probantes en matière de modalités de suivi et de soutien pourrait être une avenue à envisager. Des orientations plus claires du

MSSS et un soutien plus accru du palier national sur ces objets pourraient aussi être favorables, notamment en renforçant les leviers administratifs que sont les ententes de gestion et d'imputabilité, en proposant des indicateurs de gestion qui devraient être suivis dans les salles de pilotage ou par une emphase sur des travaux liés au développement des compétences. Il faudrait peut-être même s'entendre sur un modèle applicable à l'ensemble du réseau, en identifiant les services qui se prêtent le mieux à l'autorité fonctionnelle, en tenant compte en particulier de la continuité des services (par exemple, le programme SIPPE au sein du continuum de services périnataux) et ceux qui devraient être sous l'autorité hiérarchique du directeur de santé publique (par exemple, le développement communautaire).

L'ensemble des cadres pourraient aussi être mieux outillés par rapport aux défis particuliers que pose un mode de gestion transversale, que ce soit par rapport à leurs rôles et responsabilités ou par rapport aux mécanismes de collaboration qu'appelle ce mode de gestion. Les modalités de suivi pourraient aussi contribuer à faciliter l'exercice de l'autorité fonctionnelle, en distinguant ce qui relève du suivi des ressources et du suivi des résultats. À ce titre, les ententes de gestion et d'imputabilité et le cahier des charges des PDG pourraient être mis à contribution, après avoir identifié des indicateurs fiables et valides basés sur des données facilement disponibles en temps opportun.

Quant à la position de la direction de santé publique et son rayon d'influence au sein de son établissement, comme nous le mentionnaient certains membres de la haute direction des établissements et cadres d'autres directions, il faudrait faire valoir qu'au même titre que les services généraux – activités cliniques et d'aide, le programme-service de santé publique touche l'ensemble de la population, contrairement aux sept programmes-services touchant des clientèles particulières et, conséquemment, les directions de santé publique devraient être considérées comme des directions transversales comme le veut l'architecture d'ensemble du système de soins. Ceci est particulièrement pertinent pour assurer une meilleure intégration de la prévention dans les trajectoires de services. Les directions de santé publique gagneraient à être considérées à la fois comme une entité dispensant des services et comme une direction de soutien, comme le préconisait Neudorf (2013). Par exemple, l'expertise de la santé publique en prévention des infections nosocomiales devrait être reconnue par l'ensemble des directions, ce qui n'a pas toujours été le cas lors de la création des CISSS-CIUSSS. De plus, ce double rôle peut se concrétiser dans deux dossiers qui sont actuellement hors du périmètre d'action des acteurs de santé publique, soit le soutien aux pratiques cliniques préventives et la planification et l'évaluation de l'organisation des services.

Ce positionnement pourrait aussi se faire par l'exercice de la responsabilité populationnelle qui, comme nous l'avons vu dans la présentation des résultats, a été affecté par la réorganisation. Ce principe, qui avait été introduit avec la réforme de 2004 et la création des Centres de santé et de services sociaux, n'a pas été réitéré avec la réorganisation de 2015. Dans quatre régions, il s'agit d'un dossier actif qui mobilise l'ensemble de l'établissement et dans lequel les directions de santé publique jouent un rôle central. L'action sur les inégalités sociales de santé, qui, comme nous l'avons vu, est un dossier prioritaire sur l'ensemble des territoires, est d'ailleurs en lien très étroit avec cet exercice. Dans le cadre de l'application de la *Politique gouvernementale de prévention en santé* (2016), cette lecture populationnelle des besoins de la population est éminemment pertinente. Il conviendrait de travailler à actualiser ce principe de responsabilité collective afin qu'il tienne compte du nouveau contexte actuel.

## Bibliographie

- Lacouturier A., É. Breton, A. Guichard et V. Ridde (2015). « The concept of mechanism from a realist approach: A scoping review to facilitate its operationalization in public health program evaluation », *Implementation Science*, vol. 10, p. 153-163.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2016). *Politique gouvernementale de prévention en santé-Un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population*, Québec, Gouvernement du Québec, 98 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). *Programme national de santé publique-Pour améliorer la santé de la population du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 85 p.
- Moore G.F., S. Audrey, M. Barker, L. Bond, C. Bonell, W. Hardeman, L. Moore, A. O'Cathain, T. Tinati, D.S. Wight et J. Baird (2015). « Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance », *British Medical Journal*, 350:h1258.
- Neudorf C. (2014). « Reorienting the healthcare system: Population and public health need a step forward », *Healthcare Papers*, vol. 13, n° 3, p. 27-48.
- Neuhauser, D. (2004) « Assessing Health Quality: The Case for Tracers », *Journal of Health Services Research and Policy*, vol. 9, n° 4, p. 246-247.
- Pfadenhauer L.M., K. Mozygemba, A. Gerhardus, B. Hofmann, A. Booth, K.B. Lysdahl, M. Tummers, J. Burns et E.A. Rehfuss (2016). « Context and implementation: A concept analysis towards conceptual maturity », *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, vol. 109, p. 103-114.
- Ridde V., É. Robert, A. Guichard, P. Blaise et J. Van Olmen (2012). « L'approche *realist* à l'épreuve du réel de l'évaluation des programmes », *The Canadian Journal of Program Evaluation*, vol. 26, n°3, p. 37-59.
- St-Onge S., S. Guerrero, V. Haines et J.-P. Brun (2013). *Relever les défis de la gestion des ressources humaines*, 4<sup>e</sup> édition. Gaëtan Morin éditeur, 512 p.



## **Annexe 1**

### **Grille d'entrevue pour les groupes de discussion**



## **Les questions abordées avec les comités de direction sont les suivantes :**

### **Éléments de contexte**

- Quelle était l'organisation des services de santé publique avant 2015?
- Comment se sont mises en place l'équipe actuelle de santé publique et sa structure d'encadrement?
- Quelle est la position de la DSPub au sein du CISSS-CIUSSS au plan stratégique et tactique?
- Quel est l'impact des caractéristiques géographiques et démographiques sur l'organisation des services de santé publique?
- Considérez-vous avoir le soutien adéquat du MSSS pour la mise en œuvre du PAR?
- Considérez-vous avoir le soutien adéquat de l'INSPQ?

### **Mécanismes de mise en œuvre**

- Quelles ont été les démarches internes (horizontales et verticales) du CISSS-CIUSSS menant à l'élaboration du PAR?
- Comment s'exerce l'autorité fonctionnelle du DSPub sur les services de santé publique confiés à une autre direction du CISSS-CIUSSS ou à d'autres CISSS-CIUSSS?
- Disposez-vous de leviers administratifs adéquats pour réaliser le suivi de l'allocation des ressources et la reddition de comptes?
- A-t-on pu stabiliser les ressources humaines (cadres et professionnels)?
- A-t-on pu assurer le maintien de l'expertise en santé publique?

### **Mise en œuvre**

- Quel est l'impact des nouveaux modes de gouvernance sur les pratiques professionnelles? Sur les mécanismes de concertation?
- Quels sont les mécanismes d'assurance de la qualité des services et d'harmonisation des pratiques?
- Jusqu'à quel point les équipes de proximité et l'équipe régionale de santé publique sont-elles intégrées?
- Considérez-vous que l'accessibilité des services de santé publique s'est maintenue, accrue ou détériorée?
- Votre établissement souscrit-il aux principes de responsabilités populationnelles? Si oui, quel est le rôle de la DSPub à cet égard?
- La DSPub joue-t-elle un rôle en prévention clinique?
- Dispose-t-elle d'une certaine autonomie par rapport aux activités de communication?
- Le directeur de santé publique a-t-il toute la latitude pour prendre position sur des enjeux de santé publique?
- Avez-vous pu maintenir ou développer des liens avec les milieux scolaires, municipaux et communautaires?
- La salle de pilotage et les stations visuelles sont-elles utilisées pour le suivi de la mise en œuvre?

- Comment prenez-vous en considération les inégalités sociales de santé?

Les questions abordées lors du groupe de discussion avec les professionnel(le)s et les médecins sont les suivantes :

- Quel est l'impact des nouveaux modes de gouvernance sur vos pratiques professionnelles, en fonction des différents services à l'étude (SIPPE, vaccination, information et sensibilisation du public, développement communautaire et actions intersectorielles) ?
- Quel est leur impact sur les mécanismes de concertation?
- Comment s'exerce l'autorité fonctionnelle du DSPub sur les services de santé publique confiés à une autre direction du CISSS-CIUSSS?
- Jusqu'à quel point les équipes de proximité et l'équipe régionale de santé publique sont-elles intégrées?
- Considérez-vous avoir le soutien adéquat du MSSS pour la mise en œuvre du PAR?
- Considérez-vous avoir le soutien adéquat de l'INSPQ pour la mise en œuvre du PAR?
- Si tel est le cas, est-ce que le suivi de la mise en œuvre à la salle de pilotage ou en station visuelle vous semble-t-il utile à votre pratique?
- Considérez-vous avoir pu maintenir ou accroître votre expertise professionnelle?
- À votre avis, l'accessibilité des services de santé publique s'est-elle maintenue, améliorée ou détériorée depuis 2015?



## **Annexe 2**

**Principaux critères retenus pour les cotes accordées  
à chacun des CISSS-CIUSSS sur les dimensions  
du cadre conceptuel**



## **Impact des mécanismes de mise en œuvre**

### **Optimisation des services de santé publique :**

- Importance relative des coupures
- Ciblage 1<sup>re</sup>, 2<sup>e</sup> ligne, protection des équipes de proximité, de l'expertise régionale
- Ciblage d'équipes (OC, surveillance...)
- Réaffectation et adaptation (par ex. : partage du temps entre local et régional)
- Roulement du personnel

### **PAR :**

- Temps de réflexion et de préparation
- Cohérence avec les PATT
- Outil de mobilisation et de planification pour la DSPub
- Implication des autres directions cliniques

### **Exercice de l'autorité fonctionnelle :**

- Importance relative des ressources relevant d'une autorité fonctionnelle
- Efficacité de la reddition de comptes associée à l'autorité fonctionnelle
- Bénéfices de l'exercice de l'autorité fonctionnelle (plus de temps à consacrer à l'expertise, formation)
- Mode de gestion des plans d'action interdirections et des ententes interétablissements (comités ou autres mécanismes)

### **Contrôle de la qualité et harmonisation :**

- Degré d'harmonisation atteint en tenant compte des besoins des populations visées
- Communautés de pratique, formation ou autres mécanismes mis en place à cette fin
- Informations et formations sur les bonnes pratiques

### **Intégration des équipes-conseils et de proximité :**

- Équipe de 2<sup>e</sup> ligne : composition et type d'expertise
- Définition claire du rôle de la 2<sup>e</sup> ligne
- Sentiment d'appartenance à la santé publique
- Adoption d'un modèle, d'un cadre de références

### **Maintien de l'expertise :**

- Facilité ou difficulté d'accès aux ressources spécialisées et de formation
- Rencontres des répondants
- Moyens pris pour maintenir l'expertise, différents modèles

**Responsabilité populationnelle :**

- Connaissance et application du concept dans les autres directions et au niveau supérieur
- Élément de RP dans le PAR

**Activités de communication en soutien à PP :**

- Appréciation générale du soutien offert par les COM
- Personne(s) dédiée(s) à la santé publique ou aux COM
- Accès facile et rapide aux COM
- Respect des contenus de santé publique
- Visibilité sur les médias sociaux

**Mandats légaux du directeur :**

- Connaissance et respect du mandat par les autorités du CISSS
- Soutien des COM

**Degré de réussite dans la mise en œuvre d'initiatives ou de services en lien avec le PNSP**

**Réduction des inégalités sociales de santé :**

- Le ou les porteurs du dossier
- Pratique transversale ou ciblée
- Plan d'action de lutte à la pauvreté
- Initiatives prises à l'égard des ISS

**SIPPE :**

- Connaissance des guides de pratiques
- Formation et supervision sur le terrain
- Soutien à l'allaitement
- Suivi par la DSPub et reddition de comptes
- Déploiement de tous les volets du guide du MSSS
- Ressources suffisantes et compétentes

**Vaccination :**

- Formation des vaccinatrices
- Infirmières dédiées exclusivement à la vaccination
- Mesures de conservation des produits immunisants
- Pratique inclusive de la vaccination pour les 0-2 ans (risque de silo)
- Déploiement du SI-PMI

**Scolaire :**

- Protection des activités de PP vs vaccination
- Mécanismes de soutien et de maintien de l'expertise
- Harmonisation des pratiques
- Place occupée par les services individuels et curatifs vs de groupe
- Approche « École en santé »

**Développement des communautés et actions intersectorielles :**

- Uniformisation des pratiques tout en gardant la préoccupation du terrain
- Sentiment d'appartenance à la DSPub
- Rôle des organisateurs communautaires et des agents de promotion de saines habitudes de vie (SHV)
- Désengagement par rapport à l'intersectoriel (liens avec les municipalités et les MRC)

**PSNM :**

- Adhésion à la démarche et mise en œuvre
- Dédoublage avec ce qui se fait déjà
- Approches alternatives en place



