

Le Programme national de santé publique

Une lecture stratégique des conditions de mise en œuvre



**Andrée Laberge, Ph. D.
Josée Morisset, M.A.**

Avec la collaboration de
Monique Imbleau, M.A.

Janvier 2007

Québec 

Agence de la santé et des services sociaux
de la Capitale-Nationale
Institut national de santé publique

AUTEURES

Andrée Laberge, Ph. D.
Direction régionale de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Josée Morisset, M.A.
Direction Planification, recherche et innovation
Institut national de santé publique du Québec

COLLABORATION

Monique Imbleau, M.A.
Direction Risques biologiques, environnementaux et occupationnels
Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGE ET RÉALISATION DES SCHÉMAS

Marie-Josée Paquet
Direction régionale de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

Line Mailloux
Direction Planification, recherche et innovation
Institut national de santé publique du Québec

Ce document est disponible en ligne aux adresses suivantes :

<http://www.dspq.qc.ca/asp/listPublication.asp>

<http://www.inspq.qc.ca>

CITATION PROPOSÉE

LABERGE, A. et J. MORISSET, en collaboration avec M. IMBLEAU, *Une lecture stratégique des conditions de mise en œuvre*, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et Institut national de santé publique du Québec, janvier 2007, 36 p.

Vous pouvez vous procurer une copie du document auprès de :

Madame Sylvie Bélanger
Centre de documentation
Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale
2400, avenue D'Estimauville
Québec (Québec) G1E 7G9

Téléphone : (418) 666-7000, poste 217
Télécopieur : (418) 666-2776
Courriel : s_belanger@ssss.gouv.qc.ca

Coût du rapport : 5,40 \$
plus TPS (0,32 \$) : 5,72 \$
payable à l'avance par chèque à l'ordre de l'ASSS de la Capitale-Nationale – DRSP

Dépôt légal : Bibliothèque et Archives Canada, 2007
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2007

ISBN : 978-2-89496-340-1 (Version imprimée)
ISBN : 978-2-89496-341-8 (PDF)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.

AVANT-PROPOS

En 2003, le *Programme national de santé publique (2003-2012)* (PNSP) était adopté, venant préciser les stratégies, les cibles et les objectifs visés par l'intervention de santé publique. Il était prévu de mettre à jour ce programme sur une base triennale et de réaliser une évaluation en vue, notamment, d'apprécier les résultats obtenus, de tirer des enseignements et d'apporter des ajustements. Dans la foulée de ces travaux, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale ont le plaisir de soumettre à la discussion une lecture sur les conditions de mise en oeuvre du PNSP qui pourrait servir de cadre à une réflexion collective sur les enjeux reliés à la réalisation des actions de santé publique.

Les auteures situent cette réflexion dans le contexte de la récente transformation du réseau de la santé et des services sociaux qui, avec l'adoption du projet de Loi 83 (2005), confie notamment une « responsabilité populationnelle » aux nouveaux Centres de santé et de services sociaux (CSSS). Elles nous proposent une réflexion qui contraste volontairement les deux logiques au cœur de la transformation, celle de santé publique et celle de la nouvelle gouverne, de manière à questionner les stratégies des acteurs de santé publique et d'examiner la capacité du réseau de santé publique à mettre en action les priorités inscrites au PNSP. Si cette opposition des deux logiques a pour effet de polariser des réalités qui, somme toute, peuvent être complémentaires, elle présente néanmoins l'intérêt de faire découvrir au lecteur les défis que pose la nouvelle gouverne aux acteurs de santé publique et de susciter chez lui des réactions qui peuvent l'amener à revoir son action.

Nous sommes heureux d'offrir au réseau de la santé publique une production qui pourrait orienter et soutenir une réflexion collective sur les stratégies à privilégier et les conditions à mettre en place afin de réaliser les actions de santé publique et de les faire évoluer. Nous souhaitons que cette lecture stratégique des conditions de mise en oeuvre du PNSP puisse être utile à cette réflexion à laquelle sont conviés les acteurs de santé publique et leurs partenaires.

Richard Massé
Président-directeur général
Institut national de santé publique du Québec

François Desbiens
Directeur régional de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES SCHÉMAS	IV
LISTE DES SIGLES	V
INTRODUCTION.....	1
1. LA PROBLÉMATIQUE	3
1.1. Les changements visés ou induits	3
1.2. Le contexte d'implantation.....	5
1.3. Synthèse : conditions et déterminants de la mise en œuvre.....	6
2. L'ÉTAT DES CONNAISSANCES	9
2.1. Les forces en action en santé publique.....	9
2.2. Les conditions et les enjeux de l'intégration des soins et des services.....	11
2.3. La gestion de changements complexes	13
3. LES ENJEUX ET LES DÉFIS	15
3.1. La transformation des pratiques de santé publique	15
3.2. Le soutien aux changements dans l'environnement externe	18
3.3. Une stratégie et des mécanismes de gestion du changement.....	20
CONCLUSION	23
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	27

LISTE DES SCHÉMAS

Schéma 1 – Interactions avec l’environnement : renforcement (R) <i>versus</i> ouverture (O) des frontières.....	4
Schéma 2 – La redéfinition des frontières organisationnelles : deux logiques à l’œuvre	7
Schéma 3 – Les forces en action en santé publique	11
Schéma 4 – Enjeux et défis de la mise en œuvre du PNSP	16
Schéma 5 – Cadre d’analyse et objets d’étude	24

LISTE DES SIGLES

CH :	Centre hospitalier
CLSC :	Centre local de services communautaires
CSSS :	Centre de santé et de services sociaux
DGSP :	Direction générale de la santé publique
DRSP :	Direction régionale de santé publique
ITSS :	Infections transmissibles par le sexe ou le sang
LSP :	Loi sur la santé publique
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAL :	Plan d'action local de santé publique
PAR :	Plan d'action régional de santé publique
PC :	Projet clinique
PNSP :	Programme national de santé publique
RLS :	Réseau local de services
RLSI :	Réseau local de services intégrés
TCNSP :	Table de coordination nationale de santé publique

INTRODUCTION

En 2003, le Québec s'est doté, pour la première fois, d'un *Programme national de santé publique (2003-2012)* (PNSP). Ce programme détermine des objectifs et des cibles d'action prioritaires et identifie des stratégies et des types d'interventions favorables à la production des effets de santé visés. La Loi sur la santé publique (LSP) a aussi été modifiée, de façon à mieux définir les rôles et mandats, à préciser les liens d'imputabilité et à augmenter la capacité d'action des acteurs de santé publique (L.R.Q. ch. S-2.2, adoptée en 2001). Selon cette nouvelle Loi, la responsabilité de la mise en œuvre du PNSP incombe principalement aux agences régionales de la santé et des services sociaux. Cette responsabilité est déléguée aux directeurs de santé publique, qui doivent veiller à l'élaboration et à l'implantation de plans d'action régionaux (PAR) cohérents avec le PNSP mais adaptés aux spécificités de leur territoire. Cette responsabilité légale est dorénavant partagée avec les instances locales qui, de la même façon, doivent élaborer et implanter des plans d'action locaux (PAL) cohérents avec leur PAR respectif et adaptés à la réalité de leur territoire.

Les plans régionaux et locaux de santé publique doivent être révisés aux trois ans afin de tenir compte de l'évolution des problématiques, des connaissances et des résultats obtenus. Pour soutenir cette opération, des indicateurs et des outils de monitoring ont été développés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), et des mécanismes ont été prévus pour suivre l'implantation du PNSP et apprécier les réalisations concrètes dans chaque région. Dans cette même perspective, ce document propose une lecture stratégique des conditions de mise en œuvre, de façon à mettre en évidence des dynamiques et des processus susceptibles d'expliquer des écarts observés ou des difficultés d'implantation. Cette lecture est d'autant plus pertinente que l'environnement est en profonde mutation. En effet, la Loi 83, adoptée récemment (2005), transforme la gouverne de même que les relations entre les acteurs régionaux et locaux de la santé et des services sociaux, incluant ceux du réseau de la santé publique.

Plus particulièrement, ce document vise à mettre à profit les connaissances scientifiques et expérientielles disponibles et à proposer une nouvelle compréhension : 1) des changements visés et induits par la LSP et le PNSP, et des conditions spécifiques d'implantation; 2) des forces historiquement en action en santé publique, des enjeux organisationnels et des implications de l'introduction de changements complexes, comme ceux dont il est question ici; 3) des enjeux et des défis de la mise en œuvre du PNSP et de la production des effets de santé visés. Une telle lecture stratégique, bien qu'essentielle pour mettre en perspective les phénomènes observés et rendre compte de la complexité de l'action de santé publique, est une étape trop souvent négligée, en partie à cause des impératifs de la production et de l'intervention. Nous espérons que cet effort d'intégration des connaissances et l'analyse que nous en faisons pourront être utiles pour soutenir les opérations de révision des PAR et des PAL prévues en 2007, mais aussi pour orienter les travaux d'évaluation du PNSP, de même que la prise de décision quant aux stratégies, aux mécanismes ou aux incitatifs à mettre en place pour faciliter l'introduction de changements jugés souhaitables afin d'atteindre les objectifs de santé poursuivis. Nous souhaitons enfin que cette lecture stratégique alimente la réflexion, non seulement des gestionnaires et des professionnels du réseau formel de la santé publique, mais aussi des autres acteurs du réseau de la santé et des services sociaux

ou d'autres secteurs qui travaillent dans le sens de la promotion de la santé et de la prévention de problèmes prioritaires dans la population.

1. LA PROBLÉMATIQUE

Avec la révision de la Loi sur la santé publique (LSP) et l'adoption d'un premier *Programme national de santé publique (2003-2012)* (PNSP), le Ministère se donne des leviers supplémentaires pour remplir ses fonctions de santé publique. Deux types de changements sont jugés essentiels à cette fin : 1) la consolidation du réseau formel de la santé publique, pour en augmenter la capacité d'action; 2) l'intensification des efforts de prévention des nouvelles problématiques multifactorielles et le renforcement des liens d'interdépendance avec les autres acteurs, afin d'augmenter l'efficacité des interventions. Une compréhension plus fine des changements visés ou induits par ces mesures de même que l'analyse du contexte d'implantation permettent de dégager des conditions et des déterminants de la production des effets souhaités. Plus particulièrement, il ressort que l'atteinte des objectifs poursuivis est étroitement liée à la capacité des acteurs régionaux et locaux de créer de nouvelles dynamiques intra et inter organisationnelles favorables à l'intégration des efforts de prévention de problèmes de santé prioritaires.

1.1. LES CHANGEMENTS VISÉS OU INDUITS

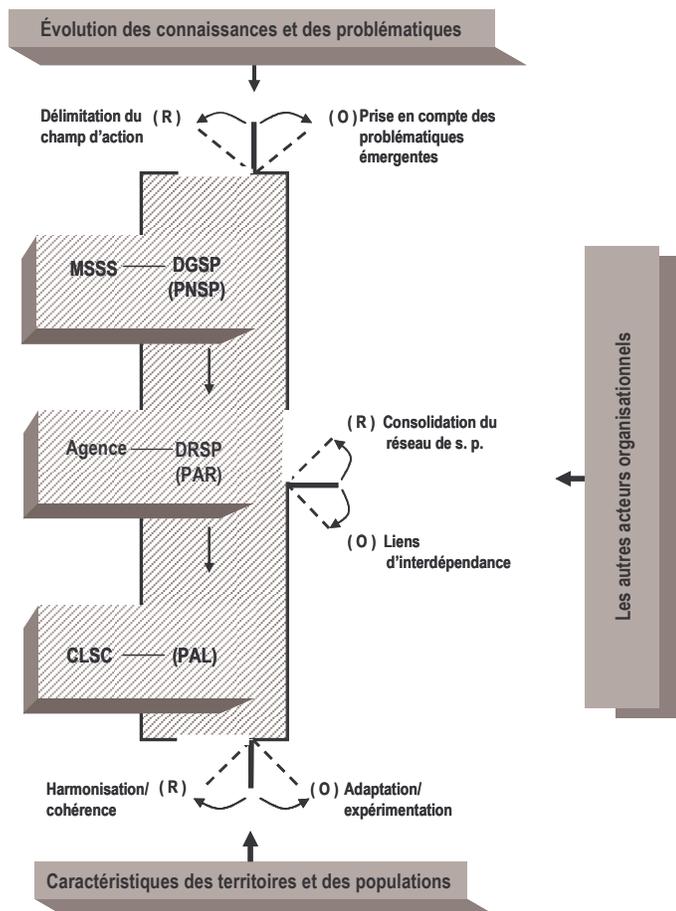
La LSP et le PNSP modifient les conditions d'intervention et les façons de faire de la santé publique. D'une part, l'augmentation du pouvoir et de l'imputabilité du directeur national et des directeurs régionaux de santé publique, la reconnaissance formelle de la responsabilité des instances locales, la définition de problèmes prioritaires, de cibles d'intervention communes et d'actions reconnues efficaces, de même que l'introduction de mécanismes formels de reddition de comptes, ont des effets structurants majeurs. Au-delà des effets sur la programmation, l'allocation et l'utilisation subséquente des ressources, ce sont les rapports même entre les acteurs centraux, régionaux et locaux de santé publique qui sont transformés. Ces changements vont dans le sens de la consolidation du réseau québécois de santé publique, d'une meilleure délimitation de son champ d'action, de la coordination et de l'harmonisation des efforts de ses différentes instances centrales, régionales et locales.

D'autre part, en cohérence avec l'évolution des connaissances et des problèmes sociosanitaires, la santé publique estime prioritaire d'intensifier les efforts de prévention des « nouvelles » problématiques multifactorielles à forte connotation psychosociale (ex. : suicide, toxicomanie, maladies chroniques, obésité) et d'augmenter à cette fin les actions en amont pour lutter contre la pauvreté, l'exclusion sociale, ou agir sur d'autres déterminants sociaux de la santé. Ce type d'action implique le recours à de nouveaux modèles d'interventions permettant la prise en compte de la vulnérabilité sociale et l'expérimentation de nouvelles façons de faire, comme le soutien au développement des communautés. Il nécessite aussi une certaine adaptation des pratiques et des programmes aux caractéristiques des populations et des territoires. Enfin, comme la capacité d'agir sur ces « nouvelles » cibles dépend de la contribution d'une multiplicité d'acteurs qui ne relèvent pas de la santé publique (ex. : organismes communautaires, affaires municipales, éducation, environnement, sécurité publique), la consolidation de liens d'interdépendance est jugée essentielle pour une intervention efficace. L'établissement de ces collaborations est particulièrement complexe et ne peut se faire sans une transformation des pratiques professionnelles et de gestion, attendu la divergence relative des valeurs, des objectifs et des philosophies d'intervention, de même que la relative « autonomie » de ces acteurs qui ne sont pas en lien hiérarchique avec les instances de la santé publique. Il s'agit de

changements majeurs qui, tout en étant reconnus essentiels, ne sont toutefois pas soutenus par des mesures ou des incitatifs particuliers. Ils reposent davantage sur la motivation, les habiletés et la capacité des individus et des organisations de mettre en place les conditions favorables à cette fin.

Si les changements visés ou induits par la LSP et le PNSP sont légitimes, ils peuvent par ailleurs exercer des pressions dans des directions contraires et paraître, de prime abord, difficilement compatibles entre eux. En effet, d'un côté, les mesures structurantes vont dans le sens du renforcement des frontières, c'est-à-dire d'une meilleure délimitation du champ d'action, de l'harmonisation et de la cohérence des pratiques et des programmes, de même que de la formalisation des liens entre les instances centrales, régionales et locales de la santé publique. De l'autre, l'accent mis sur la prévention de nouveaux problèmes à forte connotation psychosociale implique un assouplissement des structures et des règles, de même qu'une ouverture de ces frontières, de façon à mieux prendre en compte les problématiques émergentes, à développer des liens d'interdépendance essentiels avec les autres acteurs, et enfin, à faciliter l'expérimentation de nouvelles façons de faire ou l'adaptation des interventions aux caractéristiques des territoires et des populations (Schéma 1).

Schéma 1
Interactions avec l'environnement : renforcement (R) versus ouverture (O) des frontières



1.2. LE CONTEXTE D'IMPLANTATION

Le PNSP s'implante dans un contexte marqué, à l'interne, par une volonté ferme des acteurs du réseau de la santé publique de maintenir leurs principaux acquis, et dans un environnement externe en profonde mutation.

- **La volonté de maintenir les acquis de santé publique**

Tout en reconnaissant la pertinence des objectifs sous-jacents au PNSP, le directeur national et les directeurs régionaux de santé publique manifestent une volonté ferme que les changements induits et visés ne compromettent pas les acquis, notamment dans les secteurs plus traditionnels de la protection (Table de coordination nationale de santé publique, 2003). Il y a, en effet, un consensus sur la nécessité de préserver l'expertise et la capacité d'intervention, particulièrement en matière de protection de la population, d'autant plus qu'on observe une recrudescence d'infections qu'on croyait avoir maîtrisées (ex. : infections transmissibles par le sexe et par le sang), de même que le développement et la propagation de nouvelles bactéries ou de virus plus virulents et résistants aux antibiotiques (ex. : syndrome respiratoire aigu sévère, *Clostridium difficile*, tuberculose). Par ailleurs, ces mêmes acteurs constatent que les ressources disponibles pour la prévention sont actuellement insuffisantes pour assurer à cette fonction la place significative souhaitée dans le système de santé (TCNSP, 2003). Dans un contexte où les acteurs « politiques » ne sont pas convaincus de la pertinence d'investir dans la prévention, l'absence de données dites « probantes », permettant de démontrer l'efficacité des ressources et des efforts consentis, devient un argument pour justifier et maintenir cet état de sous-financement. Compte tenu de la complexité des problèmes de santé publique et de l'intervention préventive, les relations causales sont, en effet, difficilement démontrables par les méthodes de recherche usuelles en santé et les retombées des programmes financés demeurent difficilement mesurables et quantifiables (Ridde, 2004).

- **Un environnement externe en mutation**

Avec la Loi 83, adoptée après celle de la santé publique, les mandats de planification, de programmation et de coordination initialement détenus par les agences régionales, à l'exception de ceux relevant du programme de santé publique, ont été transférés à de nouvelles instances locales, soit les centres de santé et de services sociaux (CSSS). Ces CSSS, qui résultent de la fusion de CLSC, de centres de soins de longue durée et, dans certains cas, de centres hospitaliers de soins généraux, sont dorénavant responsables d'assurer la disponibilité et l'accès à l'ensemble des soins et des services requis par la population de leur territoire, en allant de la prévention à la dispensation de services ultra-spécialisés ou de fin de vie. En ce sens, la responsabilité des CSSS en matière de prévention va au-delà de la mise en œuvre des plans d'action locaux centrés sur des cibles prédéterminées par les instances formelles de la santé publique.

Si l'Agence, par sa Direction de santé publique, conserve des mandats de planification et de programmation, ses autres directions en sont dorénavant dépourvues. Or, l'intégration des directions de santé publique aux anciennes régies régionales visait à les rapprocher des

structures décisionnelles du réseau et à augmenter leur capacité d'influencer les décisions et « d'orienter les planifications en fonction des besoins de la population et de l'évolution de son état de santé » (TCNSP, 2003, p.10). Bien que le rapport Deschênes, publié en 1996, ait mis en évidence le statut ambigu du Directeur de santé publique, attendu sa double allégeance (au Ministre et au Directeur de la régie régionale), et une tendance de la santé publique à fonctionner en parallèle des régies régionales, ce rapprochement était encore considéré comme une condition favorable à l'exercice efficace des fonctions de santé publique (TCNSP, 2003). Avec la Loi 83, les directions de santé publique, en tant que directions de l'Agence, pourraient être dorénavant plus éloignées des nouveaux centres de décision locaux qui acquièrent une nouvelle forme d'autonomie et plus de pouvoir en matière de prévention.

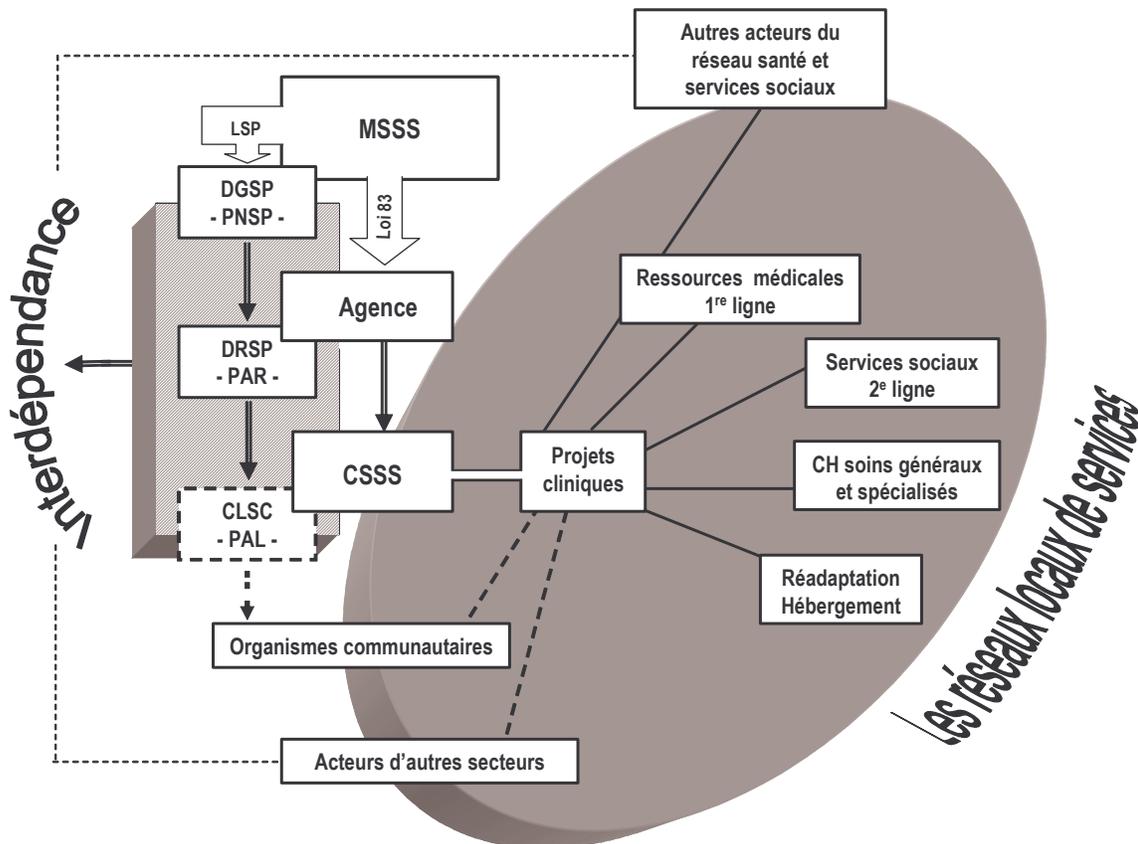
Les nouveaux CSSS ont, par ailleurs, le mandat de mettre en place des réseaux locaux de services (RLS) développés par les agences et articulés sur la base de problèmes sociaux et de santé jugés prioritaires, nommément « les projets cliniques ». À cette fin, les CSSS doivent passer des ententes formelles de services avec les différentes ressources concernées par la prévention, la dispensation de soins et de services généraux ou spécialisés et la réadaptation. La création de ces RLS induit un processus de redéfinition des frontières organisationnelles entre les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, ceux d'autres secteurs (ex. : justice, éducation) et les organismes communautaires, dans lequel les instances formelles du réseau de la santé publique ne sont pas automatiquement incluses. Par ailleurs, les acteurs sollicités pour participer aux RLS sont aussi des « partenaires » essentiels pour les instances de santé publique qui cherchent à renforcer leurs liens d'interdépendance pour maximiser l'efficacité de leurs interventions préventives. Dans le cas des RLS, les collaborations établies sont soutenues et encadrées par une loi (Loi 83) et des ententes formelles de gestion, alors que celles souhaitées par les instances de santé publique reposent principalement sur la bonne volonté et la motivation des acteurs concernés. La capacité des instances de santé publique d'agir dans le sens souhaité dépendra donc en grande partie de la façon dont les CSSS réussiront à concilier les deux logiques d'intégration auxquelles ils sont soumis, soit : celle mise de l'avant via la Loi 83, qui prédomine et qui vise à intégrer la prévention aux soins et services requis par la population d'un territoire local; celle soutenue par le réseau de la santé publique et qui va dans le sens de l'intégration des efforts nationaux, régionaux et locaux de prévention (Schéma 2).

1.3. SYNTHÈSE : CONDITIONS ET DÉTERMINANTS DE LA MISE EN ŒUVRE

En somme, avec la LSP et le PNSP, la Direction générale de la santé publique du MSSS poursuit deux types d'objectifs qui, tout en étant légitimes, pourraient être dans les faits difficilement conciliables s'il n'y a pas d'efforts consentis. En effet, alors que la consolidation du réseau de santé publique va dans le sens du renforcement et d'une meilleure délimitation de ses frontières et de son champ de pratique, l'intensification des efforts de prévention de « nouvelles » problématiques requiert plutôt un assouplissement de ces mêmes frontières et le développement de liens d'interdépendance plus étroits avec les autres acteurs. Il y a lieu de croire que la production des effets organisationnels et de santé visés dépendra de l'importance relative des efforts qui seront consacrés à l'un ou l'autre de ces objectifs, de même que de la capacité d'atteindre et de maintenir un équilibre jugé favorable.

Or, les incitatifs via les ententes de gestion mis en place pour soutenir l'introduction de changements (de la LSP et de la Loi 83), de même que certaines conditions présentes dans l'environnement, paraissent actuellement plus favorables à la consolidation du réseau de santé publique et des expertises qu'à l'adaptation nécessaire des programmes et à l'expérimentation de nouvelles façons de faire pour mieux prévenir les problématiques sociales et de santé émergentes. De plus, les changements induits par la Loi 83, qui réduisent les rôles et mandats des agences régionales au profit des nouvelles instances locales (CSSS), sont susceptibles d'influencer la capacité des directions régionales de santé publique d'exercer le leadership souhaité en matière de prévention des problèmes sociosanitaires jugés prioritaires. Enfin, la capacité des instances régionales de santé publique de développer les liens d'interdépendance requis pour une action intégrée et efficace dépendra, en grande partie, de la nature des liens qu'elles pourront établir avec les CSSS et les RLS.

Schéma 2
La redéfinition des frontières organisationnelles : deux logiques à l'œuvre



À la lumière de l'information actuellement disponible, il est plausible que les conditions présentes dans l'environnement puissent favoriser le développement de nouvelles

dynamiques locales propices à l'action préventive et, surtout, à son intégration au continuum de soins et de services offerts pour des problèmes de santé prioritaires. Reste à voir comment les directions régionales réussiront à s'arrimer aux nouveaux RLS et à maintenir leur capacité d'action. Le défi est double : a) l'intégration plutôt que la fragmentation des efforts de prévention pour éviter une forme de cloisonnement entre le réseau de la santé publique et le réseau plus large de la santé et des services sociaux; b) le maintien d'une forme de « cohérence » plutôt que l'éclatement du réseau de santé publique en de multiples modèles différenciés selon les régions ou même les territoires locaux.

2. L'ÉTAT DES CONNAISSANCES

La mise en œuvre du PNSP soulève trois grandes questions. Pour maximiser la capacité d'action de la santé publique et l'efficacité des interventions préventives : a) quelle est la nature et l'importance relative des efforts qui devraient être consacrés d'une part à la consolidation du réseau de santé publique et, d'autre part, au développement de liens d'interdépendance avec les autres acteurs? b) comment et dans quel sens les conditions actuellement présentes dans l'environnement et les transformations en cours contribuent-elles à la création de dynamiques régionales et locales favorables à l'intégration des efforts en matière de prévention? c) quelles sont les stratégies pertinentes pour orienter et soutenir le changement dans un sens favorable à l'action préventive?

Pour orienter la réflexion sur chacune de ces questions, une revue sommaire de la littérature a été produite et l'information dégagée a été regroupée sous trois thèmes : 1) les forces en action dans le réseau de la santé publique; 2) les conditions et les enjeux de l'intégration des soins et des services de santé; 3) les conditions et les stratégies favorables à la gestion de changements complexes.

2.1. LES FORCES EN ACTION EN SANTÉ PUBLIQUE

La littérature récente sur les caractéristiques et l'évolution de la santé publique met en évidence l'influence de certaines forces agissant dans des sens différents sur la définition de son identité et de son champ d'action, sur le choix de ses valeurs et de ses approches, de même que sur la nature de ses interventions.

- **La quête identitaire : du médical au politique**

Selon Fassin (2000), la santé publique est une discipline expansionniste sans frontières dont le discours inflationniste, au détriment de l'action, est à cheval sur la rhétorique scientifique (promotion d'interventions efficaces) et la philosophie morale (définition du mieux-être). En perpétuelle quête identitaire, elle tente de se situer : d'une part, par rapport au politique dans le but d'influencer le discours en faveur d'un mieux-être sans par ailleurs avoir été formée en ce sens; d'autre part, par rapport au médical auquel elle est historiquement liée et avec qui elle partage une préoccupation commune, la santé, à la fois pour s'en différencier et se légitimer (Fassin, 2000). Cette difficulté de la santé publique à délimiter son champ d'action et le flou de ses frontières entraînent inévitablement des tensions intra et inter organisationnelles, disciplinaires et professionnelles, qui nuisent au développement et à la reconnaissance d'un savoir-faire particulier et questionnent la légitimité même de son intervention. Selon Gagnon et Bergeron (2003; p. 258), « ces tendances risquent d'entraîner éventuellement la dilution du champ dans l'ensemble des services publics et de l'intervention communautaire. La santé publique se réduirait alors aux motivations communes d'un ensemble d'acteurs qui s'efforcent, chacun à leur façon, d'améliorer la santé et le bien-être collectif ».

- **Les valeurs et les approches : du normatif au pluralisme**

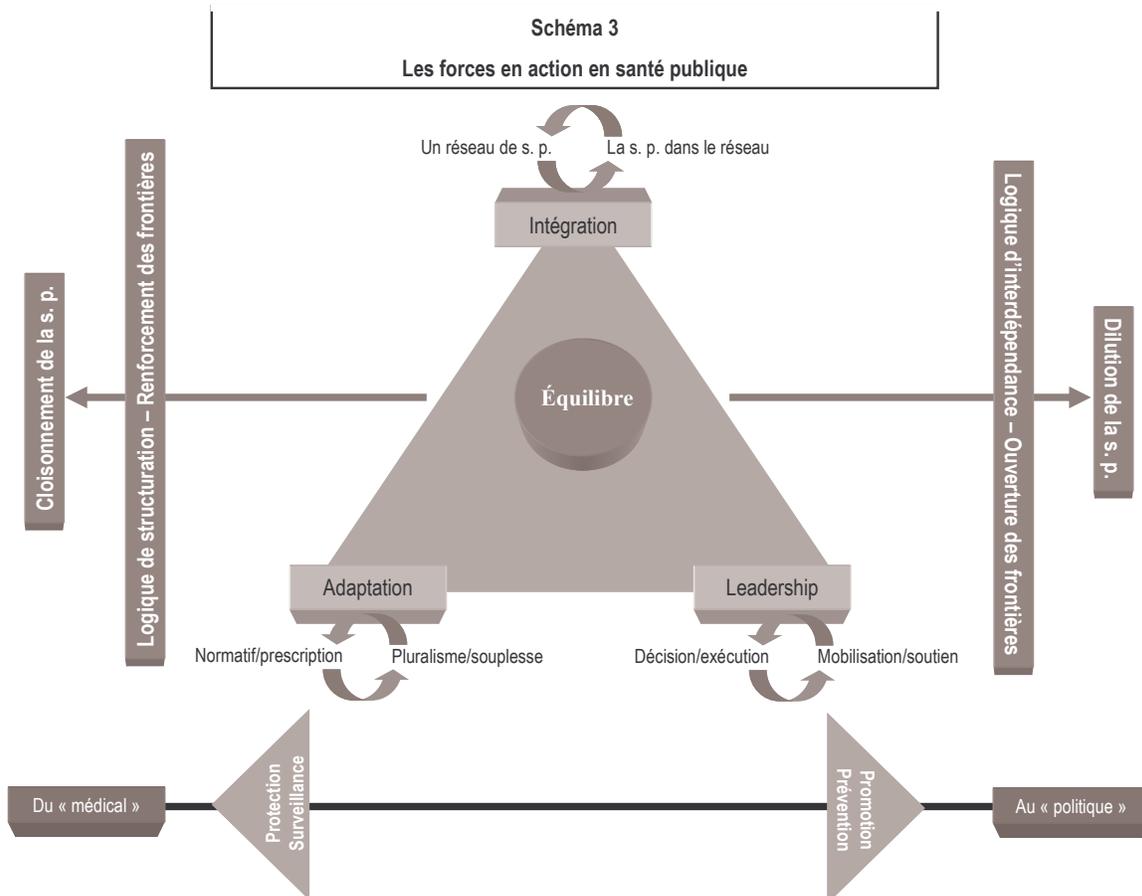
Selon Comtois (2003), la santé publique a toujours été normative et l'importance récente accordée à la modification des comportements à risque n'a fait qu'accentuer son caractère normalisateur, et ce, « en l'absence de repères et d'idéaux qui permettraient de relativiser l'importance de la santé dans la vie individuelle et collective »... « La santé publique justifie sa conception de la santé et du bien-être, ainsi que l'élaboration des normes qu'elle y associe, par la scientificité de sa démarche, comme si cette démarche était neutre et exempte d'influence idéologique » (Comtois, 2003; p. 57 et 63). L'auteur ajoute que cette entreprise normative cible dorénavant les groupes les plus vulnérables, au risque d'accentuer l'ostracisme dont sont déjà victimes les personnes qui en font partie (Comtois, 2003). Selon Comtois (2003), le défi consiste à réconcilier l'action essentielle pour protéger la santé de la population avec le pluralisme des valeurs de nos sociétés modernes. Sans vouloir sous-estimer la portée de la Loi sur la santé publique et du programme national de santé publique, l'auteur constate que la dimension médicale l'emporte encore sur la dimension sociale de la santé.

- **Les pratiques : de la décision/délégation à la mobilisation/soutien**

Enfin, selon la Table de coordination nationale de santé publique (TCNSP, 2003), les pratiques professionnelles et de gestion sont d'autant plus complexes que l'expertise requise, les acteurs concernés et les conditions d'efficacité varient selon la nature même des fonctions exercées. D'une part, les activités accomplies dans le cadre des fonctions de surveillance et de protection de l'état de santé de la population (maladies infectieuses, santé environnementale, santé au travail) sont assumées principalement par les directions régionales de santé publique, qui y consacrent d'ailleurs plus de 50 % de leur budget. Il s'agit de services spécialisés de deuxième ligne, nécessitant « un palier central fort, soutenu par des infrastructures fonctionnelles ainsi que des liens d'imputabilité bien établis » (TCNSP, 2003; p. 9). D'autre part, en matière de promotion/prévention, le palier régional doit plutôt susciter l'intérêt des acteurs détenant un pouvoir d'action sur les déterminants de la santé, établir des collaborations, de même que tenter de faire converger les intérêts en faveur de l'amélioration de la santé. Il s'agit, en quelque sorte, de mettre en place des conditions qui vont faciliter le travail des instances locales et des groupes communautaires dont le rôle en promotion et en prévention de la santé a été confirmé dans la LSP et le PNSP (TCNSP, 2003).

En somme, le développement de la santé publique est marqué par deux logiques, dont une première plus appropriée lorsqu'il est question de la surveillance et de la protection de la santé de la population, et qui semble militer en faveur d'un leadership de type « décision/délégation », d'une forte intégration du réseau de santé publique, et du recours à des approches normatives et prescriptives. La deuxième, souhaitable dans une perspective de promotion/prévention de problèmes complexes à forte connotation psychosociale, renvoie plutôt à une forme de leadership s'exerçant via la « mobilisation et le soutien » des autres acteurs, exige une forte intégration de la santé publique au réseau plus large de la santé et implique le recours à des approches dites pluralistes. La prédominance d'une logique sur l'autre risque d'entraîner, dans le premier cas, une forme de cloisonnement défavorable aux efforts de promotion/prévention et une réduction du champ de la santé publique; dans le

deuxième cas, une dilution des efforts de santé publique qui pourrait nuire aux fonctions essentielles de surveillance et de protection. En ce sens, la mise en œuvre du PNSP soulève la question de l'équilibre souhaitable et des moyens à mettre en œuvre à cette fin, pour augmenter la capacité d'action et l'efficacité des interventions de santé publique (Schéma 3).



2.2. LES CONDITIONS ET LES ENJEUX DE L'INTÉGRATION DES SOINS ET DES SERVICES

Selon Denis *et al.* (1999) et Contandriopoulos *et al.* (2001), l'intégration est un processus de redéfinition des frontières entre des acteurs (ou des organisations) autonomes qui reconnaissent leur interdépendance et leur besoin de collaborer pour résoudre un problème commun.

- **Des préalables et des conditions**

L'intégration n'est donc pas une fin en soi et elle n'est possible qu'à la condition de satisfaire à certains préalables : a) que les acteurs partagent une vision commune du problème à résoudre (nature, importance, causes, conséquences); b) qu'ils s'entendent sur la solution et que les philosophies d'intervention ou les approches soient compatibles; c) qu'ils se fassent

confiance et s'apprécient mutuellement; d) qu'ils aient une définition commune du besoin de coordination et des mécanismes à mettre en place à cette fin (Denis *et al.* 1999; Contandriopoulos *et al.* 2001). Selon la nature du problème à régler, le besoin de coordination peut, en effet, être plus ou moins important (allant de l'échange d'information à la mise en commun de ressources) et les mécanismes requis, plus ou moins formels ou « coercitifs » (ex. : ententes de gestion, changements structurels, collaboration volontaire). Par ailleurs, le succès des efforts d'intégration dépendrait de la présence de certaines conditions, particulièrement la disponibilité de leviers organisationnels, le soutien accordé à la transformation des pratiques, la coopération et la bonne volonté des acteurs, la force des incitatifs au changement, de même que du temps accordé au changement (Leduc, 2001; Joubert *et al.* 2001; Fleury *et al.* 2001).

- **Le cas des organisations professionnelles**

Selon Denis *et al.*, (1999), l'intégration des services, compris comme un processus de redéfinition des frontières, est particulièrement complexe dans le cas des organisations professionnelles. Ces organisations se caractérisent, en effet, par : a) la présence « d'unités fonctionnelles émergentes »; b) l'influence différentielle des professionnels; c) la dilution des pouvoirs des gestionnaires. Les unités fonctionnelles, dites émergentes, outrepassent les structures formelles des organisations et se développent sur la base des collaborations jugées nécessaires par certains professionnels pour mieux coordonner leurs tâches et atteindre les buts visés. Une fois établies et ancrées dans les habitudes de pratique, ces unités sont difficilement modifiables, même lorsqu'elles deviennent moins adaptées aux changements dans l'environnement ou moins efficaces pour répondre aux nouveaux besoins. Le plus souvent, ces unités reflètent les valeurs dominantes des professionnels qui exercent un plus grand contrôle sur les zones d'incertitudes de la production (ex. : détention d'une expertise unique). Par ailleurs, comme les pratiques professionnelles peuvent difficilement être dictées, les gestionnaires ne peuvent décider de façon unilatérale des changements requis pour une meilleure intégration des soins et des services. Ces changements devront plutôt être négociés et des alliances devront être établies avec les individus et les groupes influents qui, toutefois, seront toujours en mesure de se soustraire à la négociation en cas de conflits de valeurs ou d'intérêts. De plus, si les changements proposés s'écartent trop des façons de faire qui ont émergé au fil du temps, ils seront des sources de conflits majeurs et risqueront de briser des collaborations fonctionnelles efficaces. S'ils sont trop semblables ou périphériques, ils ne feront que renforcer les structures de pouvoir et les collaborations en place et n'auront, somme toute, que peu d'impacts dans l'organisation. En ce sens, les modèles d'intégration proposés devront être compatibles avec ceux qui prévalent déjà dans l'organisation (via les unités fonctionnelles émergentes) et, sans les reproduire, ne pas trop en diverger (Denis *et al.* 1999).

- **Les enjeux et les défis de la redéfinition des frontières**

Selon Denis *et al.* (1999), les enjeux et les défis du processus de redéfinition des frontières varient selon que l'objectif est une meilleure intégration intra organisationnelle versus inter organisationnelle, de type horizontal (ex. : fusion de deux CLSC), vertical (ex. : fusion CH/CLSC) ou systémique (ex. : création de RLSI). Dans le cas de l'intégration intra organisationnelle, les efforts devront prendre en compte, non seulement les

frontières structurelles formelles, mais aussi celles émergentes. À défaut de tenir compte de ces dernières, le modèle proposé risque de briser des mécanismes informels de coordination essentiels pour une utilisation appropriée de l'expertise. Par ailleurs, les auteurs rapportent que les efforts pour modifier les structures formelles sont généralement plus favorables à la standardisation et à la réduction de l'autonomie professionnelle, qu'à la coordination et à l'adaptation des pratiques. Lorsqu'il s'agit de mieux intégrer les efforts d'organisations offrant des niveaux de services différents (intégration verticale), il importera aussi de prendre en compte les frontières de nature idéologique (ex. : philosophies d'intervention). Les efforts en ce sens engendreront cependant des tensions attribuables aux tentatives des plus forts pour absorber les plus faibles, et à celles des plus faibles pour préserver, sinon augmenter, leur autonomie et leur pouvoir. L'intégration verticale est difficile dans la mesure où les groupes professionnels dominants peuvent éviter de collaborer et saboter les tentatives en ce sens, s'ils n'y perçoivent pas d'avantages. Enfin, quand l'intégration visée est systémique, elle touche l'ensemble des frontières intra et inter organisationnelles, implique habituellement une gouvernance commune et entraîne inévitablement une perte d'autonomie organisationnelle. Cette forme d'intégration, qui accroît cependant la distance entre la gestion et les opérations, réduit d'autant la sensibilité aux réalités locales et soulève des questionnements sur la légitimité d'intervention de la nouvelle forme de gouvernance. Enfin, l'augmentation de la bureaucratie, au détriment de la souplesse requise pour une bonne pratique professionnelle, contribue à la démotivation professionnelle et n'est pas favorable à l'adaptation des pratiques (Denis *et al.* 1999).

Le principal défi, selon Denis *et al.* (1999), est en somme le suivant : comment augmenter l'intégration et la coordination des services tout en rétablissant les frontières à une échelle humaine qui fait du sens au niveau opérationnel? Les auteurs concluent à l'importance de : 1) reconnaître les unités fonctionnelles émergentes qui, à leur tour, doivent prendre en compte les différentes logiques professionnelles; 2) privilégier le recours aux incitatifs (plutôt que les changements structurels) et les formules moins standardisées laissant plus d'autonomie aux professionnels qui, par ailleurs, devront être impliqués dans le processus collectif de délibération; 3) soutenir ce processus de délibération de façon à contrebalancer l'influence des groupes et des modèles dominants, et à augmenter la qualité et la productivité des interactions. En somme, il s'agit de produire du changement sans remettre en question les aspects fondamentaux de l'autonomie et de l'identité professionnelle (Denis *et al.* 1999).

2.3. LA GESTION DE CHANGEMENTS COMPLEXES

Selon Dufour et Lamothe (1999), la capacité d'introduire un changement est influencée par quatre grands groupes de facteurs : a) le contexte social, économique et organisationnel dans lequel il s'implante; b) la nature du changement, surtout sa complexité; c) la convergence ou divergence des intérêts des acteurs individuels et organisationnels; d) la stratégie privilégiée et la gestion de l'implantation. Ce dernier groupe de facteurs est particulièrement important, dans la mesure où ce n'est que sur celui-ci qu'il est directement possible d'agir et d'exercer un certain contrôle. Les choix stratégiques et la gestion doivent toutefois se faire en tenant compte des trois groupes de facteurs précédents. Dans le cas de changements complexes, qui visent différentes cibles plus ou moins bien définies, impliquent

de multiples acteurs et modifient les pratiques plutôt que strictement les structures, Dufour et Lamothe (1999) suggèrent le recours à des approches mixtes, dites contingentes et politiques. L'approche contingente permet de faire une lecture stratégique de l'environnement et d'adapter les stratégies de gestion en conséquence; quant à l'approche politique, qui vise à négocier les changements avec les acteurs, elle est essentielle dans la mesure où les changements complexes peuvent difficilement leur être imposés.

Dans la littérature, on constate une tendance à sous-estimer l'importance des efforts qui doivent être consacrés à la gestion de l'introduction de changements complexes, de même qu'à recourir à des stratégies plus classiques, qui vont dans le sens de la délégation de la mise en œuvre des changements visés à d'autres instances (ex. : du central au régional; du régional au local). Cette dissociation des étapes de planification et de mise en œuvre repose principalement sur le postulat qu'un exercice rigoureux de planification et l'exercice d'une certaine forme de « contrôle » sont garants de la mise en œuvre subséquente, conçue ici comme une étape strictement opérationnelle et d'allocation de ressources. Pourtant, plusieurs travaux ont démontré que ce postulat ne se vérifiait pas dans le cas de changements complexes et que la gestion par délégation se heurtait à différents types de difficultés, dont : l'imprévisibilité de certaines situations qui ne peuvent donc être planifiées et nécessitent des ajustements ou des réalignements en cours de route; des solutions qui ne s'imposent pas, comme l'adaptation des pratiques, ou qui reposent sur des acteurs qui ne sont pas dans un rapport hiérarchique; des résistances majeures des acteurs, soit parce que les changements visés ne font pas consensus, sont jugés inacceptables, ou paraissent difficilement compatibles entre eux (Denis *et al.* 1999; Mintzberg, 1994; Bergeron et Kishchuk, 2000).

Les connaissances convergent donc vers la pertinence de recourir à des stratégies alternatives, contingentes et politiques, qui impliquent une négociation de la définition des problèmes à solutionner et des solutions requises. Fleury *et al.* (2001) soulignent, par ailleurs, que cette négociation peut difficilement reposer sur la seule bonne volonté des acteurs et doit être soutenue par des mécanismes et des incitatifs, surtout lorsque le besoin d'interrelations et le « pouvoir d'influence » de chacun varient de façon importante. Enfin, d'autres travaux mettent en évidence la nécessité de stratégies adaptées aux spécificités de chaque contexte plutôt que « mur à mur », l'importance d'efforts soutenus plutôt que ponctuels pour tenir compte des transformations de l'environnement, la supériorité des stratégies visant à réduire les résistances au changement, de même que l'importance de tenir compte du temps requis pour produire des changements complexes (Joubert *et al.* 2001; Valérie et Sutherland, 2001).

3. LES ENJEUX ET LES DÉFIS

La mise en oeuvre du PNSP et sa contribution à la production des effets souhaités dépendront, en grande partie, des efforts qui seront consacrés par les directions régionales d'une part, à la consolidation du réseau formel de santé publique pour en augmenter la capacité d'action, d'autre part, au développement de liens d'interdépendance jugés nécessaires pour maximiser l'efficacité des interventions préventives. La nature, le sens et l'importance relative de ces efforts seront, quant à eux, fortement influencés par les forces en action : a) dans le réseau de la santé publique, qui vont dans le sens d'une plus grande structuration et de l'intégration verticale de la fonction de prévention; b) dans le réseau plus large de la santé et des services sociaux actuellement en profonde mutation, qui vont plutôt dans le sens de l'intégration de la prévention au continuum de soins et de services de santé offerts pour des problèmes prioritaires.

Pour que la LSP et le PNSP contribuent, tel que souhaité, à l'intensification du virage vers la prévention des problèmes de santé à forte connotation sociale, des efforts seront nécessaires : d'abord, pour faciliter la transformation des pratiques de santé publique plutôt que le maintien du *statu quo*, ensuite, pour orienter les changements en cours dans l'environnement externe dans un sens favorable à l'intégration, plutôt qu'à la fragmentation, des efforts de prévention. Ces efforts devront, par ailleurs, être encadrés et soutenus par une stratégie et des mécanismes appropriés, c'est-à-dire adaptés aux caractéristiques de l'environnement, et révisée de façon à tenir compte de leur évolution.

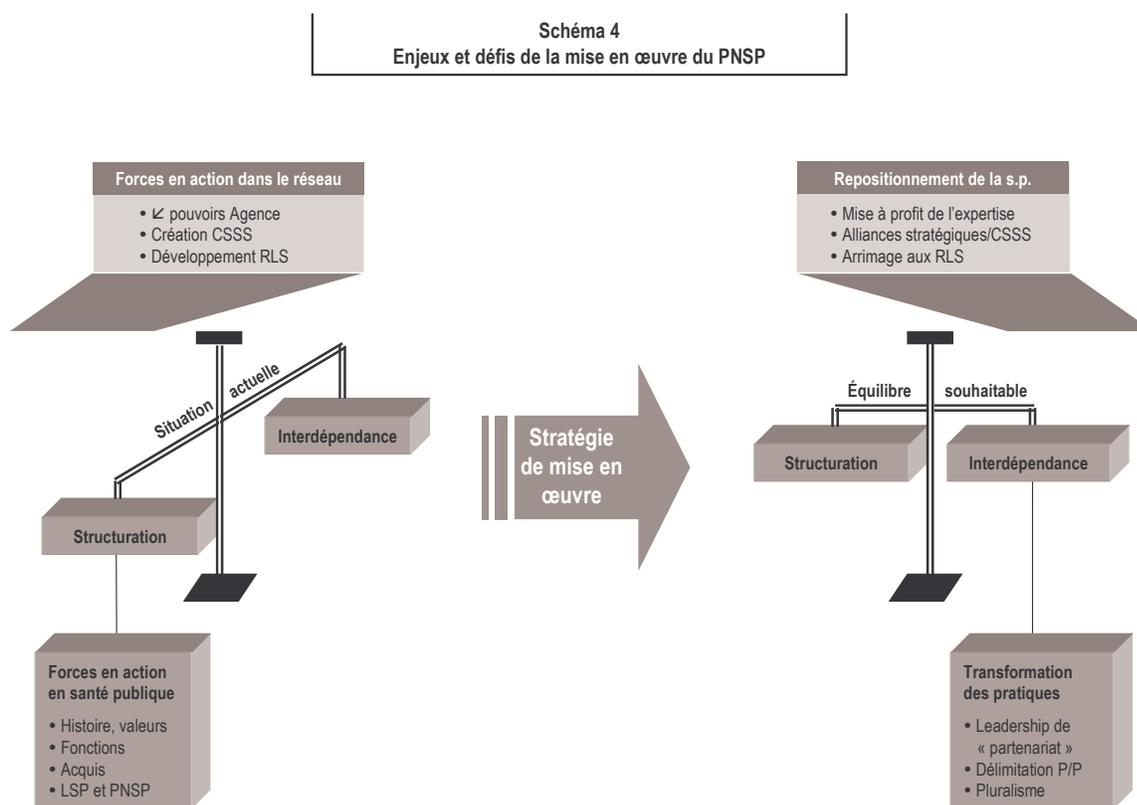
3.1. LA TRANSFORMATION DES PRATIQUES DE SANTÉ PUBLIQUE

À la lumière de l'information disponible, l'atteinte d'un équilibre « souhaitable » entre les besoins de structuration du réseau de santé publique et ceux d'interdépendance avec les autres acteurs de la prévention dépendra de la capacité des acteurs de la santé publique de transformer certaines pratiques professionnelles et de gestion de façon à favoriser : a) l'exercice d'une forme de leadership professionnel et *managerial* plus compatible avec le développement de véritables partenariats; b) une meilleure délimitation de leur champ de pratique en promotion/prévention; c) le recours approprié à des approches dites pluralistes (Schéma 4).

- **L'exercice d'un leadership de « partenariat »**

La nature même des fonctions de santé publique implique l'inévitable et nécessaire cohabitation de deux types de leadership : un leadership « autoritaire et exécutif », allant dans le sens de la centralisation de la décision, de la délégation de l'exécution et du contrôle de la réalisation, plus compatible avec l'exercice des fonctions de surveillance et de protection; un leadership de type « concertation et partenariat », qui s'exerce plutôt via la négociation des problèmes et des solutions entre les acteurs concernés, la mobilisation des partenaires et la complémentarité des interventions, plus approprié pour l'exercice des fonctions de promotion et de prévention. Malgré une certaine reconnaissance de cette dualité, il demeure que la forme de leadership dominante dans le réseau de la santé publique (comme dans d'autres) est encore de type autoritaire et exécutif (ex. : renforcement

des liens d'imputabilité et des mécanismes de reddition de comptes, via la LSP et le PNSP). En ce sens, il est plausible que la capacité de faire le virage souhaité vers la prévention des nouveaux problèmes de santé publique implique une transformation des pratiques professionnelles et de gestion, de façon à intégrer une nouvelle forme de leadership, et ce, sans compromettre la capacité d'action en matière de protection et de surveillance de la santé de la population. S'il n'y a pas de recette miracle, l'information disponible suggère qu'il pourrait être souhaitable que les acteurs du réseau formel de santé publique : a) investissent pour mieux comprendre les conditions d'exercice d'un véritable leadership de partenariat, plus compatible avec l'action préventive; b) expérimentent de nouvelles façons de faire qui paraissent plus compatibles avec le développement de véritables partenariats; c) mettent en place des mécanismes pour faciliter la cohabitation de deux logiques de gestion et d'intervention qui, habituellement, tendent à s'opposer.



• **La délimitation du champ d'action en promotion/prévention**

Dans les domaines de la surveillance et de la protection de la santé de la population, les acteurs du réseau de la santé publique ont une responsabilité et des mandats qui leur sont exclusifs et ont développé des expertises de pointe que les autres acteurs ne leur contestent pas, ni ne revendiquent. Par contre, en matière de promotion et de prévention, le champ d'action du réseau de santé publique est plus flou, les responsabilités sont partagées entre

de multiples acteurs, les expertises sont moins spécifiques, et les actions se chevauchent, quand elles ne vont pas dans des sens opposés. Si cette dernière situation est quasi inévitable (attendu l'évolution rapide des connaissances et des problèmes de santé publique, la multiplicité des acteurs concernés, de même que l'incertitude quant aux stratégies ou aux interventions considérées efficaces), elle favorise toutefois l'émergence de tensions interorganisationnelles et professionnelles nuisibles à l'établissement de collaborations pourtant jugées souhaitables avec les autres acteurs. De plus, selon la disponibilité des ressources, une délimitation insuffisante du champ d'action et des responsabilités de santé publique en matière de promotion de la santé peut réduire la capacité de remplir d'autres fonctions essentielles, particulièrement en matière de protection de la santé de la population. En ce sens, une meilleure délimitation du champ d'action du réseau de la santé publique en matière de promotion et de prévention et la spécification des expertises détenues pourraient faciliter le développement de liens d'interdépendance nécessaires pour maximiser l'efficacité des interventions préventives, et ce, tout en assurant de maintenir une capacité suffisante d'action pour l'exercice d'autres fonctions essentielles et exclusives. Cette délimitation irait, de plus, dans le sens de la reconnaissance et de la mise à profit des expertises détenues par les autres acteurs et contribuerait, en ce sens, à la création d'une dynamique régionale de santé publique plus favorable à l'atteinte des objectifs de santé collectivement visés.

- **Le recours à des approches « pluralistes »**

L'information dégagée de la littérature met enfin en évidence que le recours aux approches pluralistes, qui tiennent compte des valeurs de l'ensemble des acteurs intersectoriels autant dans la définition du problème que dans l'identification des solutions, sont favorables au développement de liens d'interdépendance. Encore là, la tendance en santé publique est plutôt de recourir à des approches dites normatives, où les problèmes et les solutions sont définis par des « experts », sur la base de valeurs prédominantes en santé communautaire, comme l'efficacité scientifique (ex. : Programme québécois de dépistage du cancer du sein). L'introduction d'approches pluralistes, plus favorables à l'action préventive sur les déterminants sociaux, est toutefois complexe. Ces nouveaux modèles d'intervention reposent, en effet, sur d'autres paradigmes que ceux habituels en santé publique et ne sont pas nécessairement portés par les groupes professionnels influents. De plus, de par la LSP, les acteurs régionaux et locaux du réseau de la santé publique sont directement imputables des résultats obtenus, sans que l'on prenne pour autant en considération les efforts consentis à mobiliser les partenaires intersectoriels autour de l'action de santé publique. En quelque sorte, pour que le réseau de la santé publique puisse promouvoir l'adoption de pratiques pluralistes reconnues plus favorables pour la prévention de problèmes de santé complexes, il peut être nécessaire de définir préalablement, et reconnaître formellement, de nouvelles formes d'imputabilité, basées sur la qualité des processus mis en branle pour soutenir la formulation des problèmes, l'identification des solutions et la négociation de leur mise en œuvre, plutôt que strictement sur les résultats qui, eux, dépendent de l'action d'une multiplicité d'acteurs qui ne sont pas en lien hiérarchique avec les acteurs du réseau de la santé publique. Des stratégies, des mécanismes ou des outils devront ensuite être prévus pour faciliter et légitimer le recours à ces approches pluralistes, de même que pour assurer une utilisation appropriée des nouveaux modèles d'interventions qui en découlent.

3.2. LE SOUTIEN AUX CHANGEMENTS DANS L'ENVIRONNEMENT EXTERNE

Les changements en cours dans le réseau de la santé et des services sociaux entraînent un processus de redéfinition des frontières organisationnelles qui aura inévitablement des conséquences majeures sur la nature et l'importance relative des efforts consentis à la prévention, sur les relations entre les instances régionales et locales du réseau de la santé publique, de même que sur les interfaces entre le réseau de la santé publique et le réseau plus large de la santé et des services sociaux. Dans ce contexte, il importe que les directions régionales de santé publique infiltrent le processus collectif de négociation en cours et profitent de cette opportunité pour : a) faire valoir et mettre à profit leur expertise en matière d'approche populationnelle; b) développer des alliances stratégiques avec les acteurs des nouveaux CSSS; c) s'arrimer formellement aux projets cliniques autour desquels se constitueront et s'articuleront les RLS (Schéma 4).

- **La mise à profit de l'expertise en matière d'approche populationnelle**

Pour les nouveaux CSSS, l'actualisation de leurs mandats d'organiser, de coordonner et de rendre disponible l'ensemble des soins et des services sociaux et de santé requis par leur population locale, incluant ceux de nature préventive, impliquent le passage d'une approche « clientèle » (centrée sur la demande du client) à une dite « populationnelle » (centrée sur les besoins de la population), non usuelle dans les milieux cliniques. Ce virage ne va pas de soi dans la mesure où il repose sur d'autres valeurs et d'autres idéologies professionnelles, qu'il implique le recours à de nouveaux modèles d'interventions et nécessite l'expérimentation de nouvelles façons de faire. L'information dégagée de la littérature suggère que des efforts importants devront être déployés pour vaincre les résistances et surmonter les obstacles organisationnels, professionnels et individuels quasi inévitables dans les milieux concernés. En tant que légitimes porteurs et détenteurs d'une expertise unique en matière de promotion de la santé et de prévention, les instances régionales de santé publique ont une occasion privilégiée, sinon le devoir (compte tenu de leur imputabilité légale), de faire reconnaître et de mettre à profit cette expertise pour soutenir le processus de redéfinition des frontières idéologiques en cours dans un sens favorable à la reconnaissance et de la consolidation de la fonction de prévention, via son intégration au continuum de soins et de services. Les directions régionales se positionneront ainsi comme des acteurs incontournables pour le bon fonctionnement des RLS et la production des effets de santé souhaités dans la population.

- **Le développement d'alliances stratégiques avec les acteurs des CSSS**

Les instances régionales de la santé publique peuvent être des alliées de taille pour les nouveaux CSSS, en soutenant le virage vers l'approche populationnelle. Cependant, elles pourraient aussi être perçues par les CSSS comme des « concurrents » en matière de prévention et comme une menace pour leur autonomie nouvellement acquise. En effet, avec la Loi 83, les acteurs locaux ont une opportunité de renforcer leur pouvoir décisionnel et leur autonomie d'action en matière de prévention (via l'actualisation des projets cliniques), alors que la LSP en fait plutôt des « exécutants » de l'application du PAL, élaborés en conformité avec le PAR aussi conforme au PNSP. Dans ce contexte, les CSSS peuvent être tentés de

se distancier du modèle proposé par le réseau de la santé publique, de minimiser les efforts consentis à l'application des PAL et d'investir plutôt dans le développement d'autres formes de prévention qui leur paraîtraient plus souhaitables d'un point de vue organisationnel ou professionnel, au risque d'entraîner un fractionnement de la fonction même de prévention. La probabilité que les CSSS agissent en ce sens sera d'autant plus forte que les orientations ou les façons de faire en santé publique seront jugées inacceptables ou difficilement compatibles avec la réalisation des mandats prioritaires des CSSS. Pour éviter un tel fractionnement, qui réduirait leur capacité d'action de même que l'efficacité de leurs interventions, les directions régionales devront développer des alliances stratégiques avec les nouveaux acteurs locaux dorénavant en position de plus grande influence. Ces alliances seront d'autant plus essentielles, d'un point de vue de direction régionale, que les changements structurels introduits par la Loi 83 briseront des unités fonctionnelles qui étaient jugées efficaces et remettront en question des liens de collaboration informels, mais reconnus nécessaires pour l'actualisation des mandats régionaux de santé publique. De telles alliances seront enfin utiles pour maintenir la capacité des directions régionales de détecter et de prendre en compte les problématiques émergentes, d'expérimenter de nouvelles façons de faire et d'adapter les programmes et les interventions aux caractéristiques des populations et des territoires, et d'établir des liens de collaboration avec les organismes communautaires et d'autres acteurs des RLS qui seront coordonnés par les CSSS.

- **L'arrimage formel aux projets cliniques**

Si les alliances stratégiques sont essentielles, elles ne sont toutefois pas suffisantes dans la mesure où elles dépendent des acteurs en place, de leur influence respective et de la convergence de leurs intérêts. Un arrimage des plans d'action locaux de santé publique (PAL) et des projets cliniques, qui lierait formellement les deux mandats en matière de prévention détenus par les CSSS (via la LSP et la Loi 83), par exemple dans les ententes de gestion, aurait plus d'un avantage. D'abord, cet arrimage pourrait minimiser le risque que les investissements prévus en prévention soient « détournés » au profit de la dispensation de soins et de services directs à la clientèle. Ce phénomène a souvent été décrié par des gestionnaires et des intervenants de CLSC. En effet, les directions régionales seraient d'autant plus légitimées d'intervenir pour préserver les ressources consacrées à la prévention et pourraient, en ce sens, être un allié de taille (compte tenu de sa position différentielle à l'Agence) pour soutenir l'actualisation des mandats populationnels des nouveaux CSSS. Cet arrimage aux mandats formels des CSSS permettrait ensuite de réduire le risque d'une forme de cloisonnement dommageable entre les acteurs locaux du réseau de la santé publique et les autres acteurs locaux dédiés à la prévention et, conséquemment, une fragmentation des efforts régionaux et locaux en matière de prévention. De plus, un tel arrimage entre les PAL et les PC augmenterait la légitimité et la capacité d'action des directions régionales de santé publique auprès des populations locales et des autres acteurs organisationnels localisés sur les territoires des CSSS. Enfin, cet arrimage assurerait aux acteurs du réseau de la santé publique une place privilégiée dans le processus de redéfinition des frontières structurelles en cours, et maximiserait leur capacité d'influencer le changement dans un sens favorable à l'action préventive de santé publique. Si les avantages sont suffisamment nombreux pour justifier des investissements en ce sens,

il demeure qu'un tel rapprochement ne sera possible sans négociations, sans compromis ni sans adaptations des directions régionales aux caractéristiques des territoires et aux façons de faire de chacun des CSSS. Les risques associés à ces tentatives pour mieux intégrer les efforts régionaux et locaux en matière de prévention et concilier les deux logiques d'intégration qui prévalent (Loi 83 versus LSP) sont : a) une certaine fragmentation (plutôt que la consolidation) du réseau de la santé publique dont les formes d'organisation pourraient varier selon les régions et même les territoires locaux; b) une multiplication et la diversification (plutôt que l'harmonisation et la convergence) des cibles et des façons de faire des acteurs des réseaux régionaux ou locaux de la santé publique.

3.3. UNE STRATÉGIE ET DES MÉCANISMES DE GESTION DU CHANGEMENT

La littérature démontre que l'introduction de changements complexes, comme ceux dont il est question ici, doit être soutenue par une stratégie et des mécanismes appropriés. Toutefois, il n'y a pas de solution unique; la stratégie retenue doit plutôt reposer sur une lecture adéquate de l'environnement. Elle doit aussi privilégier les approches de type politique, qui vont dans le sens de la négociation, plutôt que de l'imposition des solutions. Les efforts doivent être majeurs, soutenus, de même qu'orientés sur les bonnes cibles, principalement l'introduction d'incitatifs et la réduction des résistances au changement (Schéma 4).

- **Une lecture stratégique de l'environnement**

En 2003, les stratégies privilégiées par les instances régionales de santé publique pour orienter et soutenir le changement de pratique et assurer la mise en œuvre du PAR et des PAL reposaient sur une lecture de l'environnement organisationnel qui, depuis l'adoption des Lois 30 et 83, s'est radicalement transformé. Comme le nouvel environnement est encore instable et que le processus de renégociation des frontières en cours dans le réseau de la santé et des services sociaux aura des conséquences inévitables sur la capacité d'action des directions régionales, une nouvelle lecture stratégique s'impose.

À la lumière de l'information disponible, la capacité des directions régionales d'agir de façon à atteindre les objectifs de santé visés sera étroitement liée à la façon dont les CSSS concilieront les deux logiques d'intégration en matière de prévention, soit celle de type vertical sous-jacente à la LSP et au PNSP, et celle de nature systémique sur laquelle repose la Loi 83. Cette conciliation aura en effet des conséquences sur la nature, le sens et l'importance relative des efforts consacrés par les CSSS à la prévention, de même que sur la nature, la qualité et l'efficacité des interfaces avec les instances régionales et locales du réseau de la santé publique. Pour être utile à l'élaboration d'une stratégie et au choix de mécanismes de gestion appropriés, cette relecture de l'environnement devrait permettre : a) de mieux apprécier la nature et le sens des changements en cours dans le réseau (ex. : quelles sont les formes de prévention privilégiées? Les approches et les interventions jugées efficaces? Les formes et les mécanismes de collaborations jugés souhaitables?); b) d'anticiper des retombées probables sur la capacité des directions régionales d'agir sur des problèmes de santé publique prioritaires (ex. : les changements en cours sont-ils favorables à l'action préventive? Sont-ils compatibles avec les interventions et les programmes de la

Direction régionale?); c) de mettre en évidence des facteurs déterminants ou des processus en cause de façon à identifier des cibles de changement (ex. : quels sont les obstacles, les sources de résistance ou les facteurs favorables à l'action préventive? Qui sont les acteurs en position d'influence et quels sont les intérêts défendus? Pourquoi en est-il ainsi?).

- **Le recours à des approches « politiques »**

Cette lecture stratégique de l'environnement devra inévitablement être partagée avec les autres acteurs concernés par l'action préventive, particulièrement les CSSS, de façon à ce qu'il y ait un relatif consensus sur la nature des problèmes à régler, les processus en cause, les objectifs poursuivis, la nature des changements requis, de même que sur les stratégies et les moyens jugés appropriés pour produire les effets souhaités. Malgré la hiérarchie des liens d'imputabilité entre les instances nationale, régionales et locales du réseau de la santé publique, cette « négociation » du problème et de la solution est, en effet, essentielle. D'une part, avec la LSP, la capacité d'action des directions régionales est fortement dépendante de la collaboration des acteurs locaux nouvellement regroupés au sein des CSSS. D'autre part, avec la Loi 83, ces mêmes acteurs locaux ont gagné en pouvoir et en autonomie d'action dans les opérations sur leur territoire en matière d'organisation des soins et des services. Dans ce contexte, il y a tout lieu de croire que, si les orientations données par le réseau de la santé publique ou les façons de faire des directions régionales sont perçues comme étant difficilement acceptables ou peu compatibles avec la réalisation de leurs mandats prioritaires, les CSSS pourront limiter leurs interfaces et contribuer à l'isolement des directions régionales, plutôt qu'au développement de liens d'interdépendance étroits avec les autres acteurs du réseau plus large de la santé et des services sociaux. Les retombées sur l'efficacité des interventions de santé publique pourraient être majeures, dans la mesure où ces interfaces leur sont essentielles pour détecter et prendre en compte les problèmes de santé émergents, expérimenter de nouvelles façons de faire, adapter les programmes et les interventions aux caractéristiques des populations et des territoires, de même que pour développer des collaborations nécessaires avec des organismes communautaires ou d'autres acteurs des RLS coordonnés par les CSSS.

Par ailleurs, le statut ambigu et différentiel des directions régionales de santé publique, qui échappent en quelque sorte aux transformations en cours dans le réseau de la santé et des services sociaux (modification des rôles et mandats des agences), n'est pas nécessairement favorable à ce processus de négociation. D'une part, la Direction de santé publique a un rôle d'expertise de 2^e ligne en santé publique, en soutien aux acteurs locaux de santé publique. D'autre part, comme direction de l'Agence régionale et avec l'adoption de la Loi 83, la Direction de santé publique exerce un certain contrôle sur les ressources attribuées aux instances locales. Ainsi, les tentatives des directions régionales de se rapprocher des CSSS pourraient, en effet, être perçues négativement par les nouveaux acteurs locaux qui pourraient y voir une menace à leur nouvelle autonomie et douter de la volonté des directions régionales d'agir en véritable « partenaire », dans la mesure où ces dernières sont aussi légitimées de procéder au besoin de façon « autoritaire », que leurs priorités d'action sont prédéterminées, que les frontières de leur champ d'action et d'expertise demeurent floues.

- **Des efforts soutenus et orientés sur les bonnes cibles**

Enfin, comme la négociation de nouvelles frontières organisationnelles est un processus long et complexe, particulièrement lorsqu'il s'agit d'organisations professionnelles, il est probable que l'environnement demeurera instable durant quelques années. Pour orienter le changement dans un sens favorable à l'action préventive de santé publique, les investissements et les efforts des directions régionales devront donc être soutenus plutôt que ponctuels. À la lumière de l'information disponible, il paraît de plus souhaitable d'investir dans l'introduction d'incitatifs au changement et la réduction des sources de résistance pour éviter que des individus ou des groupes professionnels en position d'influence se soustraient, ou fassent obstruction, aux changements proposés. Des résistances de la part de certains groupes d'acteurs du réseau de la santé publique sont plausibles, dans la mesure où la perspective d'intégration de type systémique, mise de l'avant pour la création des CSSS, va dans le sens d'un partage « plus égalitaire » des rôles et des pouvoirs entre les différents acteurs concernés par la prévention. Des efforts majeurs et soutenus devront donc être consentis, non seulement pour influencer le processus de renégociation des frontières organisationnelles en cours avec la création des CSSS, mais aussi pour soutenir la transformation nécessaire des pratiques des acteurs du réseau de la santé publique. Tel que déjà mentionné, ces pratiques devraient aller dans le sens de l'exercice d'une forme de leadership plus compatible avec l'établissement de véritables partenariats, d'une meilleure délimitation du champ d'action en promotion et en prévention, de même que du recours à des approches dites pluralistes. Des investissements en ce sens sont d'autant plus pertinents qu'il s'agit de cibles sur lesquelles les directions régionales sont les seules à pouvoir agir, et sur lesquelles elles ont un pouvoir d'intervention direct, en autant que les changements proposés sont compatibles avec les unités fonctionnelles émergentes et les intérêts des groupes professionnels en position d'influence.

CONCLUSION

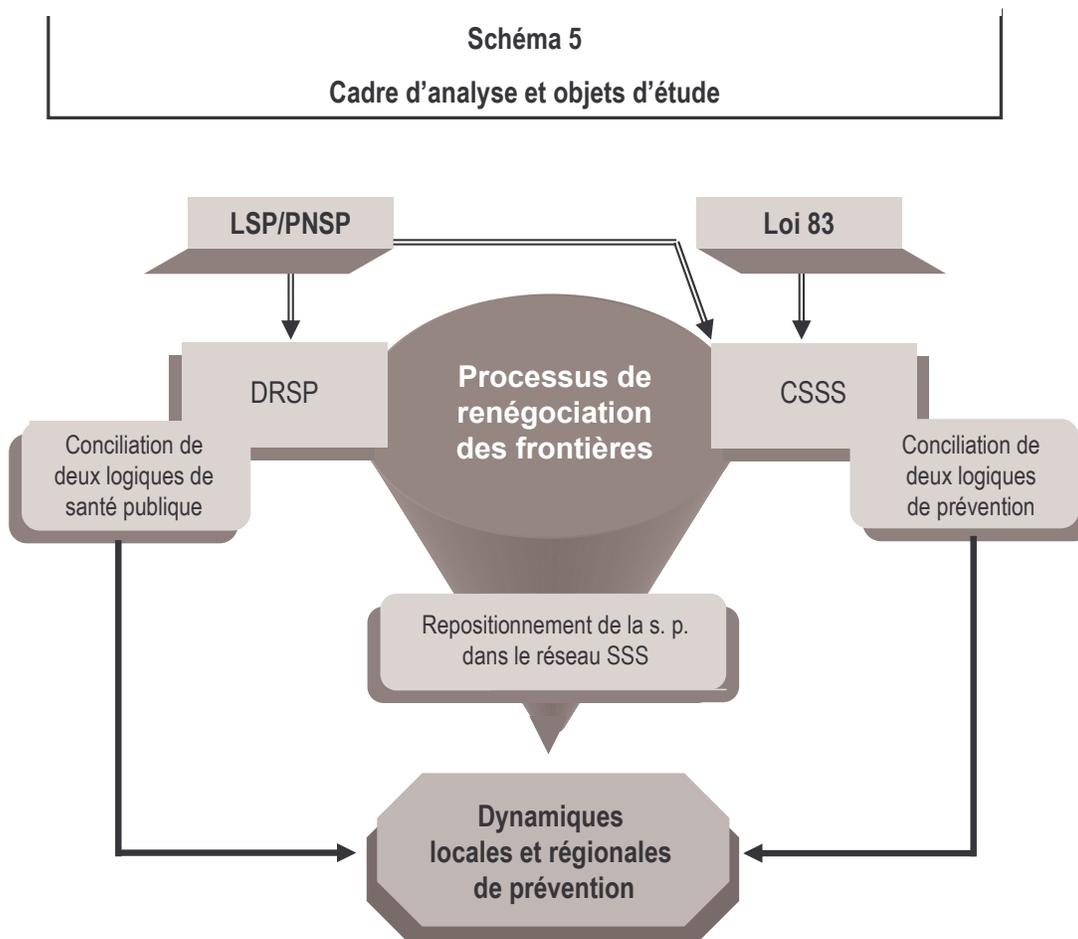
L'identification des problèmes de santé et de cibles d'action prioritaires, la consolidation et le renforcement de la capacité d'action du réseau de la santé publique, de même que le développement de liens d'interdépendance étroits avec les autres acteurs concernés par la prévention, sont des conditions qui ont été jugées essentielles pour maximiser l'utilité des investissements et l'efficacité des interventions. Si la LSP et le PNSP sont des mesures structurantes et innovantes susceptibles d'orienter et de faciliter l'introduction de changements requis à cette fin, elles ne paraissent toutefois pas suffisantes pour assurer la production des résultats souhaités, lorsqu'on considère la nature et la complexité de ces changements, et surtout, la nature et les conséquences des transformations en cours dans le réseau plus large de la santé et des services sociaux.

- **Au-delà de la mise en œuvre du PNSP**

L'intensification des efforts pour prévenir les nouveaux problèmes de santé publique à forte connotation sociale et la consolidation des liens d'interdépendance, jugés essentiels avec les autres acteurs du réseau de la santé ou d'autres secteurs, ne peuvent, en effet, avoir lieu sans une adaptation des pratiques professionnelles et de gestion. L'information disponible met en évidence que de tels changements de pratique sont complexes et doivent être soutenus par des stratégies et des mécanismes appropriés, d'abord pour contrer certaines forces et certaines idéologies « historiquement » déterminantes, ensuite pour favoriser le recours à de nouvelles approches et l'expérimentation de nouvelles façons de faire, enfin pour réduire les résistances de groupes influents dont les intérêts divergent de ceux mis de l'avant. Le recours à des stratégies inappropriées ou des efforts insuffisants ne pourront que favoriser le maintien du *statu quo*. Le défi est plutôt d'établir un nouvel équilibre entre : d'une part, les besoins de structuration et de consolidation du réseau de santé publique; d'autre part, les impératifs de l'interdépendance qui vont dans le sens d'une plus grande ouverture et d'un assouplissement des frontières de ce même réseau.

La LSP et le PNSP ont par ailleurs été pensés, conçus et implantés en fonction d'un environnement organisationnel dont les structures, les règles et les dynamiques sont, depuis, en profonde mutation. Les changements introduits par la Loi 83 sont non seulement majeurs, mais ils se font en parallèle à ceux initiés précédemment par le réseau de la santé publique, tout en ayant des conséquences qui seront déterminantes de la capacité d'action subséquente et des conditions d'intervention des acteurs de ce réseau. En effet, avec la LSP, qui renforce les liens d'imputabilité entre les instances régionales et locales, la capacité d'action des directions régionales est dorénavant étroitement liée à la façon dont les CSSS concilieront les deux logiques de prévention qui leur sont en quelque sorte imposées. De même, la capacité d'établir les liens d'interdépendance jugés nécessaires pour une action préventive efficace dépendra de la façon dont les acteurs du réseau de la santé publique se repositionneront dans le réseau plus large de la santé et des services sociaux en profonde mutation. En somme, au-delà de la mise en œuvre du PNSP, le principal défi pour tous les acteurs du réseau de la santé publique est lié à leur capacité d'influencer le processus de redéfinition des frontières organisationnelles en cours dans un sens favorable à l'action de santé publique et, plus largement, à l'intégration des efforts de prévention de l'ensemble des

acteurs régionaux et locaux du réseau de la santé et des services sociaux ou d'autres secteurs (Schéma 5).



Les nouvelles dynamiques régionales qui découleront du processus de renégociation des frontières organisationnelles pourront prendre différentes formes selon : a) la nature et la force des liens établis entre les directions régionales de la santé publique, les nouveaux CSSS et leurs RLS (intégration versus cloisonnement des réseaux); b) la plus ou moins grande convergence ou la complémentarité des interventions préventives (intégration versus différenciation ou fragmentation des actions); c) la nature et l'importance des investissements consentis à la prévention (intégration versus dilution de la fonction). Si l'intégration des réseaux, des interventions et de la fonction de prévention est une condition essentielle pour maximiser les retombées sur la santé de la population, il n'en demeure pas moins que cette intégration, réalisée sur une des bases régionales et locales, peut aussi entraîner un fractionnement du réseau de la santé publique. En tant que processus de renégociation des frontières organisationnelles, l'intégration implique nécessairement des formes de compromis et des adaptations, au risque que les spécificités régionales ou locales induisent des éléments de diversité difficilement compatibles avec l'objectif de consolidation

du réseau québécois de santé publique afin de maximiser sa capacité d'agir de façon cohérente sur des cibles communes reconnues collectivement prioritaires.

- **L'évaluation et les besoins d'information**

Évaluer l'implantation d'un nouveau programme dont la mise en œuvre et la production des effets souhaités sont indissociables des conditions présentes dans l'environnement, alors que celui-ci est en profonde mutation, est un exercice périlleux. Non seulement peut-il être difficile de distinguer les résultats attribuables au programme de ceux qui relèvent des transformations en cours dans l'environnement, mais l'information produite peut mener à des conclusions erronées (ex. : conclure prématurément à l'inefficacité du programme), ou encore, s'avérer rapidement désuète et inutile. Dans le cas du PNSP, ces risques sont particulièrement élevés. En effet, la mise en œuvre régionale est fortement dépendante des acteurs locaux (CSSS), dont les efforts sont principalement orientés vers leur restructuration, l'exercice de leurs nouveaux pouvoirs et l'actualisation des nouveaux mandats dont ils sont directement imputables.

Il n'en demeure pas moins que les besoins d'informations des acteurs imputables de la mise en œuvre régionale du PNSP et de l'atteinte des objectifs visés sont réels, ne serait-ce que pour soutenir les opérations de révision triennale du programme, prévues pour estimer les écarts entre ce qui était visé et ce qui a été réalisé, de même que pour assurer la prise en compte de l'évolution des problèmes de santé et des conditions d'intervention. Les données qui seront produites dans le cadre d'opérations de monitoring ou de reddition de comptes mises de l'avant par le Ministère ou les directions régionales, de même que celles découlant des activités de surveillance, seront plus qu'utiles à cette fin. Par ailleurs, pour soutenir la prise de décision quant aux cibles d'actions prioritaires (sur quoi agir?), aux stratégies d'intervention privilégiées (comment faire?) et aux efforts à consentir (quoi et combien?), une compréhension des processus et des dynamiques en action s'impose. Ce document, rédigé à partir de l'analyse des informations scientifiques et expérientielles disponibles, propose une lecture stratégique des changements visés et des conditions de l'environnement pour orienter les réflexions en ce sens.

Si une démarche formelle d'évaluation de la capacité de mise en œuvre et de l'efficacité du PNSP paraît prématurée, il n'en demeure pas moins que ce document propose un cadre d'analyse pour resituer dans une perspective plus large les travaux spécifiques d'évaluation en cours (ex. : pour apprécier l'état d'implantation du programme ou d'une de ses composantes; pour déterminer l'efficacité d'interventions spécifiques), de même que pour faciliter l'intégration subséquente et maximiser l'utilité des informations produites qui, autrement, risquent de demeurer morcelées et d'avoir une portée plus réduite, ou plus ponctuelle.

- **La révision triennale du PNSP**

Enfin, la lecture stratégique proposée, qui rend compte des conditions actuellement présentes dans un environnement en profonde mutation, qui dégage des enjeux et des défis, et qui soulève des hypothèses interprétatives quant aux conséquences sur la capacité d'action du réseau de la santé publique, pourrait soutenir les travaux prochains de révision triennale du PNSP. Cette utilité variera toutefois selon la forme et l'ampleur que prendra cette opération, et des efforts qui seront consentis. Il va de soi qu'une telle lecture stratégique ne sera que faiblement utile, si la révision triennale se limite à une réécriture des PAR ou des PAL. Mais il en sera autrement dans la mesure où cette opération sera définie comme une opportunité pour repenser les stratégies de mise en œuvre, pour identifier les conditions d'un repositionnement favorable du réseau de la santé publique ou, encore, pour réfléchir sur les conditions « d'acceptabilité » et d'efficacité de l'action de santé publique, de même que sur les adaptations nécessaires du programme. Dans ces cas-là, la lecture stratégique proposée pourra orienter et soutenir la réflexion des acteurs du réseau de la santé publique et d'autres secteurs qui pourront être associés à la démarche.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

BERGERON, P. et N. KISHCHUK. *Étude du processus d'implantation du Programme québécois de dépistage du cancer du sein*, Québec, INSPQ, 2001, 58 p.

COMTOIS, M.-A. *Santé publique : réflexion sur les enjeux éthiques portés par la nouvelle loi québécoise*, Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 9 (2), 2003, p. 56-73.

CONTANDRIOPOULOS, A.-P., J.-L. DENIS et N. TOUATI. *Intégration des soins : dimensions et mise en œuvre*, Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 8 (2), 2001, p. 38-52.

DENIS, J.-L., D. CONTANDRIOPOULOS, A. LANGLEY, A. VALETTE A. et R. RODRIGUEZ. *Théorie et pratique de la régulation des régies régionales de la santé au Québec*, Université de Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), 1999, 100 p.

DENIS, J.-L., L. LAMOTHE, A. LANGLEY et A. VALETTE. *The struggle to redefine boundaries in health care systems*, In BROCK, D. et al. (Eds), *Restructuring the Professional Organization Accounting, Health Care and Law*, London, Routledge, 1999, p. 105-130.

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU MSSS. *Programme national de santé publique, 2003-2012*, MSSS, Québec, 2003, 133 p.

DUFOUR, Y., L. LAMOTHE. *Les approches au changement dans les systèmes de santé*, dans C. Bégin et al. *Le système de santé québécois. Un modèle en transformation*, Presses de l'Université de Montréal, 1999, p. 313-339.

FASSIN, D. *Comment faire de la santé publique avec des mots. Une rhétorique à l'œuvre*, Ruptures, revue transdisciplinaire en santé, 7 (1), 2000, p. 58-79.

FLEURY, M.-J., J.-L. DENIS, F. CHAMPAGNE et R. Pineault. *Conditions d'implantation d'une réforme. Institutionnalisation des champs impliqués dans le traitement du sida*, Recherches sociographiques, XLII (3), 2001, p. 517-541.

GAGNON, F. et P. BERGERON. *Le champ contemporain de la santé publique*, dans C. Bégin et al. *Le système de santé québécois. Un modèle en transformation*, Presses de l'Université de Montréal, 1999, p. 251-258.

JOUBERT, P. (direction), F. DESBIENS et C. DAGENAIS. *De l'innovation au changement : les leçons tirées des projets québécois financés par le fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS)*, MSSS, 2001, 207 p.

LA TABLE DE COORDINATION NATIONALE DE SANTÉ PUBLIQUE (TCNSP). *Évolution de la santé publique et conditions d'une pratique efficace*, Québec, 2003, 14 p.

LEDUC, M. *Analyse des pratiques de la régie régionale liées à l'intégration des services*, Montréal, Services des études et de l'évaluation, Direction de la programmation, 2001.

MINTZBERG, H. *Grandeur et décadence de la planification stratégique*, Paris, Trad. R. Romelaer. Dunod, 1994, 456 p.

RIDDE, V. *Agir contre les inégalités sociales de santé. Tentative d'explications de l'immobilisme des autorités de la santé publique québécoises*, Rev. Can. Santé Publique, 95 (3), 2004, p. 224-227.

VALÉRIE, I. et K. SUTHERLAND. *Managing change in the NSH, Organisational Change, A Review for Health Care Managers, Professionals and Researchers*, Nat. Coord. Centre for NHS Service Delivery and Organisational Research & Development, 2001.