

Évaluation de la capacité de mise en œuvre du Plan d'action régional de santé publique (PAR 2004-2007) de la Capitale-Nationale



Jenny Tremblay, agente de planification, de programmation et de recherche
Michèle Paradis, agente de planification, de programmation et de recherche
Lise Côté, agente de planification, de programmation et de recherche

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

Décembre 2009

Rapport d'évaluation subventionné par :

Programme de subventions en santé publique (PSSP)
(Programme conjoint du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de la Capitale-Nationale)

Ce document est disponible en version électronique à l'adresse
www.rrsss03.gouv.qc.ca, section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Pour obtenir une copie papier de ce document, veuillez adresser votre demande à :

Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Direction régionale de santé publique
Centre de documentation
2400, avenue D'Estimauville
Québec (Québec) G1E 7G9
Téléphone : 418 666-7000, poste 217
Télécopieur : 418 666-2776
Courriel : s_bélanger@ssss.gouv.qc.ca

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

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009
Dépôt légal, Bibliothèque et Archives Canada, 2009
ISBN: 978-2-89496-405-7 (version imprimée)
ISBN: 978-2-89496-406-4 (PDF)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.

La reproduction de ce document est permise, pourvu que la source soit mentionnée.

Référence suggérée :

TREMBLAY, J., M. PARADIS et L. CÔTÉ. *Évaluation de la capacité de mise en œuvre du Plan d'action régional de santé publique (PAR) 2004-2007*, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, Organisation des services et évaluation, 2009, 93 pages et annexes.

© Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

La présente évaluation a été rendue possible grâce à une subvention du Programme de subventions en santé publique (PSSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de la Capitale-Nationale.

Les auteurs tiennent à remercier les personnes qui ont participé à cette évaluation à titre d'informateurs clés, provenant de la Direction régionale de santé publique (DRSP) de la Capitale-Nationale et des centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région. Nos remerciements s'adressent au directeur régional de santé publique, D^r François Desbiens, à son adjointe, madame Céline Tremblay, aux coordonnateurs ainsi qu'aux professionnels rencontrés de la DRSP, responsables de l'implantation et de la mise en œuvre des programmes SIPPE, 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION, MARCHE, Vaccination contre l'influenza et des activités Récupération du matériel d'injection souillé et Analyse des milieux. Nous tenons également à remercier les responsables locaux de santé publique de la région, ou leurs adjoints, ainsi que les chefs de programme et intervenants des CSSS, chargés de mettre en œuvre les programmes SIPPE, 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION et l'activité Récupération du matériel d'injection souillé.

Nous voulons souligner le soutien important de madame Louise Grégoire, coordonnatrice de l'équipe Organisation des services et évaluation, pour la réalisation de la présente démarche. Nous désirons faire état de l'apport des membres du Comité de coordination et de suivi des activités évaluatives du PAR de la DRSP, pour leurs commentaires et leurs propositions.

Nous remercions également madame Isabelle Mauger, assistante de recherche, pour sa participation à différentes étapes de la démarche, notamment à l'analyse documentaire et à la saisie de comptes rendus d'entrevues. De plus, nous voulons remercier monsieur Jacques Ringuet, médecin-conseil à la DRSP, pour sa contribution lors de l'élaboration de la démarche d'évaluation.

Enfin, nos remerciements s'adressent à madame Marie-Josée Paquet, qui a assuré la mise en page et l'édition finale de ce rapport avec la collaboration de madame Hélène Girard.

PERSONNES AYANT COLLABORÉ À L'ÉVALUATION

À la DRSP de la Capitale-Nationale

- Membres du Comité de coordination et de suivi des activités évaluatives du PAR :
 - D^r François Desbiens, directeur régional de santé publique
 - Céline Tremblay, adjointe au directeur et coordonnatrice, Planification
 - Julie Colgan, professionnelle, Planification
 - Claude Rossi, professionnel, Planification
 - Louise Grégoire, coordonnatrice, Organisation des services et évaluation
- Les coordonnateurs :
 - Michel Beauchemin, Développement, adaptation et intégration sociales; Habitudes de vie et maladies chroniques; Pauvreté, développement social et des communautés
 - Louise Grégoire, Organisation des services et évaluation
 - Renée Maranda-Aubut, Maladies infectieuses
 - Pierre Maurice, Promotion de la sécurité et prévention des traumatismes
 - Normand Richer et Denis Laliberté, Santé au travail
 - Reine Roy pour D^r Henri Prud'Homme, Santé environnementale
 - Céline Tremblay, Surveillance; Planification
- Les professionnels responsables des programmes ou activités retenus :
 - Laurence Le Hénaff, Céline Lepage et Monique Rainville (SIPPE)
 - Sonia Dugal et Anne Royer (0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION)
 - Denyse Gagné, France Dionne, Catherine Gagnon et Judith Rose-Maltais (MARCHE)
 - Geneviève Tremblay (Vaccination contre l'influenza)
 - Anne Maheu (Récupération du matériel d'injection souillé)
 - Céline Morrow et Bernard Lafrance (Analyse des milieux)

Dans les CSSS de la région de la Capitale-Nationale

- Les responsables locaux de santé publique ou leurs adjoints :
 - CSSS de Charlevoix :
 - Guy Thibodeau et Robin Roy avec la participation de Richard Kègle
 - CSSS de Portneuf :
 - Diane Marcotte et Diane Perron
 - CSSS de Québec-Nord :
 - Lisane Boisvert et Jean-Paul Martineau avec la participation de Pauline Bergeron
 - CSSS de la Vieille-Capitale :
 - Raymonde Pépin
- Les chefs de programme et intervenants des programmes ou activités retenus :
 - CSSS de Charlevoix :
 - Mylène Briand (SIPPE)
 - Sara Coulombe (0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION)
 - Manon Demers (Récupération du matériel d'injection souillé)
 - CSSS de Portneuf :
 - Denise Paquet et Diane Perron (SIPPE)
 - Nicole Lesage (0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION)
 - Gaétane Pellerin et Hélène Amyot (Récupération du matériel d'injection souillé)

- CSSS de Québec-Nord :
 - Andrée Brunet, Vital Gaudreault, Éric Genest et Louise Pronovost (SIPPE)
 - Josianne Gaudet, Marcelle Lareau et Mathieu Couture (0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION)
 - Pauline Bergeron (Récupération du matériel d'injection souillé et 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION)
- CSSS de la Vieille-Capitale :
 - Marie-Claude Alain et Suzanne Gagné (SIPPE)
 - Geneviève Doyon (0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION)
 - Raymonde Pépin (Récupération du matériel d'injection souillé)

Objectifs de l'évaluation et méthode

L'évaluation portant sur la capacité de mise en œuvre du Plan d'action régional (PAR) 2004-2007 de la Capitale-Nationale vise principalement à apprécier dans quelle mesure la concrétisation du PAR a été réussie dans son premier cycle de trois ans et comment il s'est traduit en plan d'action local (PAL) dans les quatre centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région. Cette évaluation fait partie d'une stratégie d'ensemble de la Direction régionale de santé publique (DRSP). Elle vise à soutenir la prise de décision concernant la mise à jour du PAR ainsi qu'à déterminer des pistes d'action pour maximiser sa mise en œuvre, et ce, tant au palier régional qu'à l'intérieur des réseaux locaux de services (RLS).

Plus précisément, l'évaluation permet de dégager des éléments décisionnels, organisationnels et professionnels qui peuvent influencer sur l'implantation et la mise en œuvre du PAR, de déterminer des conditions favorables ou des contraintes à prendre en compte ainsi que de documenter les facteurs de l'environnement ayant joué dans la mise en œuvre du PAR et des PAL dans la région. Les entrevues semi-dirigées effectuées auprès de différents acteurs de santé publique engagés dans l'implantation et la mise en œuvre du PAR et des PAL de la région constituent la principale source de données. Celles-ci ont été réalisées entre juin 2007 et mars 2008. À cela, s'ajoute une analyse documentaire qui a permis de clarifier la compréhension de certains points et de proposer des pistes d'explication.

Principaux résultats de l'évaluation

- L'appréciation globale de la capacité de mise en œuvre du PAR et de sa traduction en PAL dans la région est positive.
- La légitimité de la Loi sur la santé publique (LSP) et du Programme national de santé publique (PNSP) 2003-2012 représente une assise importante pour la poursuite de la mise en œuvre du PAR et des PAL dans la région.
- Le PAR est perçu comme une offre de service qui s'est développée à partir des plans d'action des équipes, en continuité avec leurs activités. Tous conviennent que le PAR sert à délimiter ce qui se fait en santé publique dans la région. Cependant, en raison de l'étendue de cette offre de service qui couvre largement tous les domaines, l'information découlant des bilans d'implantation et des données recueillies en entrevue met en lumière certaines limites dans la capacité de la DRSP et des CSSS à réaliser l'ensemble des programmes ou activités, ou encore à les concrétiser avec l'intensité requise. Plusieurs répondants des CSSS souhaiteraient compter sur des orientations régionales pour les guider dans la réalisation d'une offre de service davantage ciblée. À cet égard, la traduction du PAR en PAL constitue un aspect clé inhérent à la capacité de mise en œuvre du PAR.

- Sur le plan de la perspective décisionnelle, une des principales assises est associée aux mécanismes de gestion (en particulier le Comité consultatif à la coordination de la santé publique (CCCCSP)) et de reddition de comptes, considérés comme utiles autant au sein de la DRSP que par les CSSS. Toutefois, on déplore l'absence de stratégies destinées à assurer le suivi de l'ensemble des programmes et activités de santé publique et à optimiser l'utilisation des résultats qui en découlent. Le manque d'outils concrets pour bien s'acquitter de la reddition de comptes et pour répondre aux demandes du palier régional, notamment en ce qui a trait aux programmes et activités de promotion/prévention, représente un autre point névralgique dans les mécanismes de suivi du PAR.
- Concernant les aspects relatifs à la perspective organisationnelle, il semble que les rôles et responsabilités de chacun sont bien assumés, autant à la DRSP que dans les CSSS. Toutefois, dans le contexte de la transformation du réseau et de l'intégration de la fonction du responsable local de santé publique, qui ont conduit à certaines modifications dans l'exercice des rôles en santé publique, une clarification en ce sens serait la bienvenue. On signale également que la mise en œuvre de moyens de communication permettant la fluidité des échanges autant à l'interne de la DRSP qu'avec les CSSS aiderait grandement les différents acteurs à bien jouer leur rôle. À ce sujet, les résultats signalent une certaine lourdeur dans les modes de communication entre les professionnels et les intervenants, ralentissant parfois ou affectant la réalisation des activités de santé publique au palier local. De plus, la présence de difficultés relativement à la disponibilité des ressources humaines et financières, particulièrement sur le plan local, représente un point névralgique.
- Pour ce qui est de la perspective professionnelle, la DRSP et les CSSS peuvent s'appuyer sur la présence de personnel compétent, engagé et mobilisé pour la mise en place du PAR et des PAL, et ce, avec l'appui de leur direction. Vu le roulement important de personnel dans les CSSS, des besoins pour des formations complémentaires et pour de l'expertise sont relevés.
- Quant à l'influence des facteurs liés au contexte et à l'environnement, il semble que la transformation du réseau de la santé amorcée en 2004 est venue ralentir la mise en œuvre du PAR et des PAL. Cependant, par ses fondements, cette transformation représente une occasion et un contexte propices aux activités de santé publique en ce qui a trait à la responsabilité populationnelle et au positionnement des actions de promotion/prévention au palier local.

Conditions favorables à la capacité de mise en œuvre

- S'assurer de clarifier les rôles et les responsabilités en santé publique entre les paliers régional et local.
- Favoriser le rôle clé du responsable local de santé publique dans les CSSS.
- Rendre disponibles des moyens pour aider les professionnels et les intervenants locaux dans leurs efforts pour implanter le PAR et les PAL.
- Au-delà de l'utilisation des ententes de gestion et de la reddition de comptes : renforcer le suivi pour favoriser l'atteinte des résultats.

- Améliorer les échanges et la communication entre les principaux acteurs de la DRSP et des CSSS.
- Pouvoir compter sur des ressources humaines et financières suffisantes.
- Prendre en considération que la mise en œuvre du PAR et des PAL exige du temps et des adaptations locales.

Pistes d'action

L'évaluation de la capacité de mise en œuvre a permis de dégager des points névralgiques et des pistes d'action à considérer pour le prochain cycle du PAR et des PAL 2009-2012. Cette mise à jour fournira l'occasion d'améliorer la réalisation des programmes et activités de santé publique au sein de la DRSP et au palier local.

Les principales pistes d'action proposées reposent notamment sur l'arrimage étroit entre les paliers régional et local de santé publique, qui mérite d'être renforcé pour la concrétisation du plan d'action de santé publique. À cet égard, les éléments déterminants semblent être le leadership de la DRSP et la recherche d'une vision commune et partagée des orientations et des approches à mettre de l'avant en santé publique. Ces éléments assureront la cohérence des actions tant au sein de la direction qu'avec les autres acteurs aux paliers régional et local. La recherche de « sens » par la concertation et la collaboration entre les paliers d'action et entre les partenaires contribueront à ce que les objectifs de promotion de la santé, de prévention et de protection soient portés par l'ensemble des acteurs régionaux, mais particulièrement à l'échelle locale.

Liste des figures et des tableaux	13
Liste des sigles et des acronymes	15
Introduction	17
1. Objet d'évaluation et aspects méthodologiques	19
1.1 Objet à l'étude : le PAR 2004-2007	19
1.2 Contexte d'élaboration et de mise en œuvre du PAR dans la région	20
1.3 Objectifs visés par l'évaluation de la capacité de mise en œuvre du PAR	21
1.4 Aspects méthodologiques	21
1.4.1 Cadre d'analyse retenu	23
1.4.2 Démarche d'évaluation	25
2. Principaux résultats de l'évaluation	33
2.1 Que représente le PAR et quelle est son utilité?	33
2.2 Quelle est l'influence des aspects décisionnels sur la mise en œuvre du PAR?	37
2.2.1 Mécanismes et stratégies de gestion	37
2.2.2 Mécanismes de suivi et de reddition de comptes	41
2.3 Quelle est l'influence des aspects organisationnels sur la mise en œuvre du PAR?	45
2.3.1 Ressources humaines et financières	45
2.3.2 Rôles et responsabilités	49
2.3.3 Modes de communication	54
2.4 Quelle est l'influence des aspects professionnels sur la mise en œuvre du PAR?	57
2.4.1 Pratiques professionnelles	57
2.4.2 Compétences et habiletés	59
2.4.3 Adhésion et engagement	62
2.5 Quelles conditions sont jugées favorables et défavorables pour assurer la mise en œuvre du PAR?	66
2.5.1 Conditions liées à la perspective décisionnelle	66
2.5.2 Conditions liées à la perspective organisationnelle	68
2.5.3 Conditions liées à la perspective professionnelle	69
2.6 Quels facteurs de l'environnement étaient présents lors de la mise en œuvre du PAR?	71
2.7 Comment évalue-t-on la capacité de mise en œuvre du PAR?	72
3. Discussion	77
3.1 Principaux constats	77
3.2 Conditions favorables à une mise en œuvre réussie du PAR	81
4. Pistes d'action pour améliorer la capacité de mise en œuvre du PAR	89
Conclusion	93
Références bibliographiques	95
Annexe I - Programmes et activités retenus pour l'évaluation	97
Annexe II - Guide d'entrevue	113
Annexe III - Évolution des ressources humaines à la DRSP	119

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

Figure 1.	Principales étapes de l'élaboration et de l'implantation du PAR et des PAL dans la région de la Capitale-Nationale	22
Figure 2.	Cadre d'analyse et ses principales composantes	23
Figure 3.	Cadre d'analyse pour apprécier la capacité de mise en œuvre du PAR (2004-2007)	24
Tableau I	- Programmes et activités retenus pour l'évaluation.....	26
Tableau II	- Types de participants à l'étude.....	27
Tableau III	- Analyse de la convergence de l'information recueillie.....	30

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ASSS	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
CA	Conseil d'administration
CCCSP	Comité consultatif à la coordination de la santé publique
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DRSP	Direction régionale de santé publique
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
ITSS	Infections transmissibles sexuellement et par le sang
JISP	Journée de l'intervention en santé publique
LSP	Loi sur la santé publique
MARCHE	Mobilisation auprès des Aînés pour Réduire les CHutes dans l'Environnement domiciliaire
MOP	Manuel d'organisation de projet
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PAL	Plan d'action local
PAR	Plan d'action régional
PCP	Pratiques cliniques préventives
PNSP	Programme national de santé publique
RLS	Réseau local de services
SIPPE	Services intégrés en périnatalité et petite enfance

L'évaluation de la capacité de mise en œuvre du Plan d'action régional (PAR) fait partie d'une stratégie d'évaluation d'ensemble que la Direction régionale de santé publique (DRSP) a élaborée pour soutenir la prise de décision, concernant notamment la mise à jour de son PAR, prévue trois ans après son implantation. Cette stratégie, inspirée de celle du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), comprend également un bilan d'implantation des programmes et activités du PAR réalisé avec la collaboration des centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région. Effectué en 2007-2008 par l'équipe Planification, le bilan a permis de dégager, à partir de ce qui était initialement prévu dans le PAR, des constats par domaine d'intervention sur l'état d'avancement des programmes et activités de santé publique.

La présente évaluation vise principalement à apprécier jusqu'à quel point le PAR, dans son premier cycle de trois ans, a été réussi, tant à l'échelle régionale que dans sa traduction à l'échelle locale, à partir des plans d'action locaux (PAL) implantés au sein des territoires des CSSS de la région.

L'évaluation de la capacité de mise en œuvre tout comme le bilan d'implantation ont été réalisés afin de soutenir la DRSP dans la prise de décision concernant, dans un premier temps, la mise à jour du PAR et, dans un deuxième temps, la détermination de pistes d'action à privilégier pour maximiser ou faciliter sa mise en œuvre, tant aux paliers régional que local, à l'intérieur des réseaux locaux de services (RLS).

Le rapport aborde, en premier lieu, l'objet d'évaluation, soit le PAR, ainsi que le contexte dans lequel il a été élaboré et mis en œuvre dans la région et dans les territoires locaux. Suivent les objectifs et les aspects méthodologiques liés à la démarche d'évaluation. La deuxième section présente en détail les résultats de l'évaluation. Dans la discussion de la troisième section se dégagent les principaux constats et les conditions relevées pour faciliter la capacité de mise en œuvre du PAR. Enfin, le rapport se termine par une analyse globale de l'appréciation qui a été faite de la capacité de mise en œuvre, dégageant diverses pistes d'action à considérer pour faciliter la réalisation du second cycle du PAR et des PAL dans la région de la Capitale-Nationale.

1. OBJET D'ÉVALUATION ET ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

De manière à cerner l'objet d'évaluation qu'est le PAR 2004-2007, ce dernier est d'abord décrit puis situé dans le contexte dans lequel son élaboration et sa mise en œuvre se sont déroulées dans la région. Par la suite, les objectifs et les aspects méthodologiques retenus pour la démarche d'évaluation sont présentés. En plus du cadre d'analyse, on aborde plus précisément les moyens retenus pour la collecte de l'information, soit le choix des exemples retenus, les types de participants rencontrés et les principales stratégies de collecte de données utilisées. Le traitement et l'analyse des données basées sur la convergence ainsi que les limites et les forces de la démarche d'évaluation complètent cette section.

1.1 Objet à l'étude : le PAR 2004-2007

Le PAR répond à une démarche globale du Programme national de santé publique (PNSP) 2003-2012, élaboré par le MSSS. Ce programme, qui a vu le jour en 2003, est la principale mesure prévue par la Loi sur la santé publique (LSP) pour orienter et encadrer les actions de santé publique au Québec. En effet, chacune des directions de santé publique a la responsabilité de mettre en œuvre son propre PAR. En établissant une plate-forme commune dans toutes les régions, le PNSP détermine l'offre de service pour chacun des domaines de santé publique à privilégier en vue de contribuer à améliorer l'état de santé et le bien-être de la population. À partir de l'offre de service définie régionalement, les CSSS sont également chargés d'élaborer et de mettre en œuvre leur PAL de santé publique en tenant compte de la réalité et des particularités de la population de leur territoire.

Conformément au PNSP, la région de la Capitale-Nationale a développé le PAR en proposant l'ensemble des programmes et activités de santé publique à offrir dans chacun des neuf domaines de santé publique de la région. Six de ces domaines correspondent à ceux que l'on trouve dans le PNSP, soit : Développement, adaptation et intégration sociales; Habitudes de vie et maladies chroniques; Promotion de la sécurité et prévention des traumatismes; Maladies infectieuses; Santé environnementale; Santé en milieu de travail¹. D'autres programmes et activités s'ajoutent aux précédents; ils se partagent entre deux autres domaines qui tiennent compte des particularités de la région, soit : Pauvreté, développement social et des communautés; Organisation des services et évaluation. Enfin, la fonction Surveillance liée à l'état de santé de la population complète l'ensemble des domaines et des fonctions assumés par la DRSP. L'équipe Planification a, quant à elle, comme principal mandat de gérer l'ensemble des processus liés à la planification dans l'organisation, et ce, en étroite collaboration avec la direction.

Le PAR renferme 286 programmes et activités répartis dans les différents domaines d'intervention. Ils sont regroupés selon des cibles précises à atteindre, en fonction de finalités

¹ Le domaine de la santé en milieu de travail est encadré par la Loi sur la santé et la sécurité au travail (LSST) et aussi par la Loi sur la santé publique (LSP). Ce domaine doit assurer des mandats précis à partir de mécanismes décisionnels (ex. : ententes de gestion) et organisationnels (ex. : financement) qui lui sont propres et qui n'a pas fait, ici, l'objet d'une étude approfondie.

particulières qui s'appuient sur un portrait de l'état de santé de la population pour chacun des domaines de santé publique.

Contribuer à améliorer l'état de santé de la population de la région par les programmes et activités de santé publique proposés par le PAR est un objectif étroitement lié aux activités et aux responsabilités de divers partenaires du RLS, en particulier les CSSS. À cet égard, l'analyse de l'implantation du PAR touche de très près sa traduction en PAL dans chacun des quatre territoires locaux de la région.

1.2 Contexte d'élaboration et de mise en œuvre du PAR dans la région

Dans la foulée du PNSP 2003-2012, l'élaboration du PAR, menée par la DRSP, s'est amorcée au cours de l'année 2003. Deux comités ont été formés afin d'apporter une contribution directe à cette démarche : le comité de programmation, interne à la DRSP, et le comité consultatif, qui regroupait des représentants des centres locaux de services communautaires (CLSC), d'organismes communautaires et d'autres partenaires des milieux intersectoriels de la région associés à différents programmes de santé publique. Les travaux de ces comités ont conduit la DRSP à procéder, en février 2004, à une consultation sur une première version du PAR, d'abord à l'intérieur de la DRSP et, par la suite, auprès des divers partenaires de la région. Les modifications apportées à la suite des commentaires émis ont mené à la version finale du PAR 2004-2007, région de la Capitale-Nationale; cette dernière a été officiellement adoptée par le conseil d'administration (CA) de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale (ASSS), en juin 2004. Une large diffusion du document a ensuite été faite auprès de l'ensemble des partenaires de la région, engagés de près ou de loin dans la mise en œuvre des programmes et activités de santé publique inscrits dans le PAR. Cette étape a mis fin aux travaux des comités mis sur pied pour assurer l'élaboration du PAR; par la suite s'est amorcée la phase de mise en œuvre.

À l'automne 2004, les CLSC de la région ont entamé, à leur tour, l'élaboration de leur PAL. À partir de ce moment, la DRSP les a soutenus dans cette démarche : le Comité consultatif à la coordination de la santé publique (CCCSP), constitué en février 2005, avait pour mandat de faire des recommandations au directeur régional de santé publique afin d'assurer l'actualisation, la coordination et le suivi des programmes et activités du PAR et des différents PAL de la région. Le comité, composé du directeur de la DRSP, de son adjointe – chargée de l'animation – et de représentants des huit CLSC de la région, assume toujours ce mandat.

À partir de la fin de l'année 2004, le réseau de la santé et des services sociaux a vécu une période de transformation importante. Une nouvelle conception de la gestion des services, basée sur les résultats de santé plutôt que sur les ressources, a été mise de l'avant par la décentralisation des responsabilités vers une nouvelle instance locale : le Centre de santé et des services sociaux (CSSS). La responsabilité populationnelle, la hiérarchisation des services avec un accent plus fort sur la première ligne ainsi que la préoccupation de l'intégration des services représentaient désormais les fondements du réseau de services en transformation.

Les modifications importantes sur le plan de la gouvernance, accompagnées de changements structuraux et fonctionnels, particulièrement à l'échelle locale, ont constitué le contexte en mutation dans lequel le PAR et les PAL furent mis en place. La réalisation des actions de santé publique, basée en grande partie sur la collaboration entre la DRSP et les instances locales,

s'est inscrite dans cette dynamique nouvelle. L'exercice des responsabilités et des fonctions relevant de la santé publique aux paliers régional et local a alors fait face à un nouveau défi. À titre d'exemple, au moment où les PAL ont été élaborés, la fusion des établissements n'ayant pas encore été réalisée, il a fallu procéder par la suite à un travail d'harmonisation des PAL dans un des CSSS.

Depuis 2008, la mise à jour du PNSP et sa diffusion ont permis d'amorcer la phase de mise à jour du PAR dans les différentes régions, dont celle de la Capitale-Nationale. Une réflexion s'est faite au sein de la DRSP, en collaboration avec ses partenaires, concernant les programmes et activités de santé publique à mettre de l'avant dans la région, ce qui a conduit à l'acceptation du PAR 2009-2012 par le CA de l'ASSS en juin 2009.

La présente évaluation de la capacité de mise en œuvre du PAR porte un regard sur le premier cycle de l'implantation, à partir de son élaboration en 2003, jusqu'à l'amorce de sa révision en 2008. La figure 1, qui se trouve à la page suivante, résume l'ensemble de ces étapes.

1.3 Objectifs visés par l'évaluation de la capacité de mise en œuvre du PAR

L'évaluation de la capacité de mise en œuvre du PAR 2004-2007 de la Capitale-Nationale a pour principal objectif d'apprécier jusqu'à quel point l'implantation du PAR, dans son premier cycle de trois ans, a été réussie, en tenant compte de sa traduction en PAL à l'échelle locale dans les quatre CSSS de la région.

Plus précisément, l'évaluation a consisté à :

- dégager les principaux aspects décisionnels, organisationnels et professionnels ayant influé sur la mise en œuvre du PAR et des PAL;
- mettre en lumière les conditions favorables reliées à l'implantation du PAR et des PAL;
- documenter les facteurs de l'environnement ayant influé sur leur mise en œuvre;
- analyser l'appréciation faite de la mise en œuvre du PAR et des PAL et des critères de réussite qui leur sont associés;
- dégager les assises et les points névralgiques pertinents pour consolider la capacité de mise en œuvre des programmes et activités du PAR et des PAL dans la région.

L'information générée fournira des pistes de réflexion non seulement pour accroître la capacité de mettre en œuvre le PAR dans le sens visé avec les partenaires de la région, mais également pour envisager des moyens et stratégies à privilégier en vue d'orienter la mise à jour du PAR et des PAL.

1.4 Aspects méthodologiques

Pour apprécier la capacité de mise en œuvre du PAR dans la région, il a été décidé de faire porter l'évaluation sur l'implantation des programmes et activités du PAR, liés aussi bien à la responsabilité régionale de la DRSP qu'à celle des CSSS, par la réalisation des PAL au palier local (traduction du PAR en PAL).

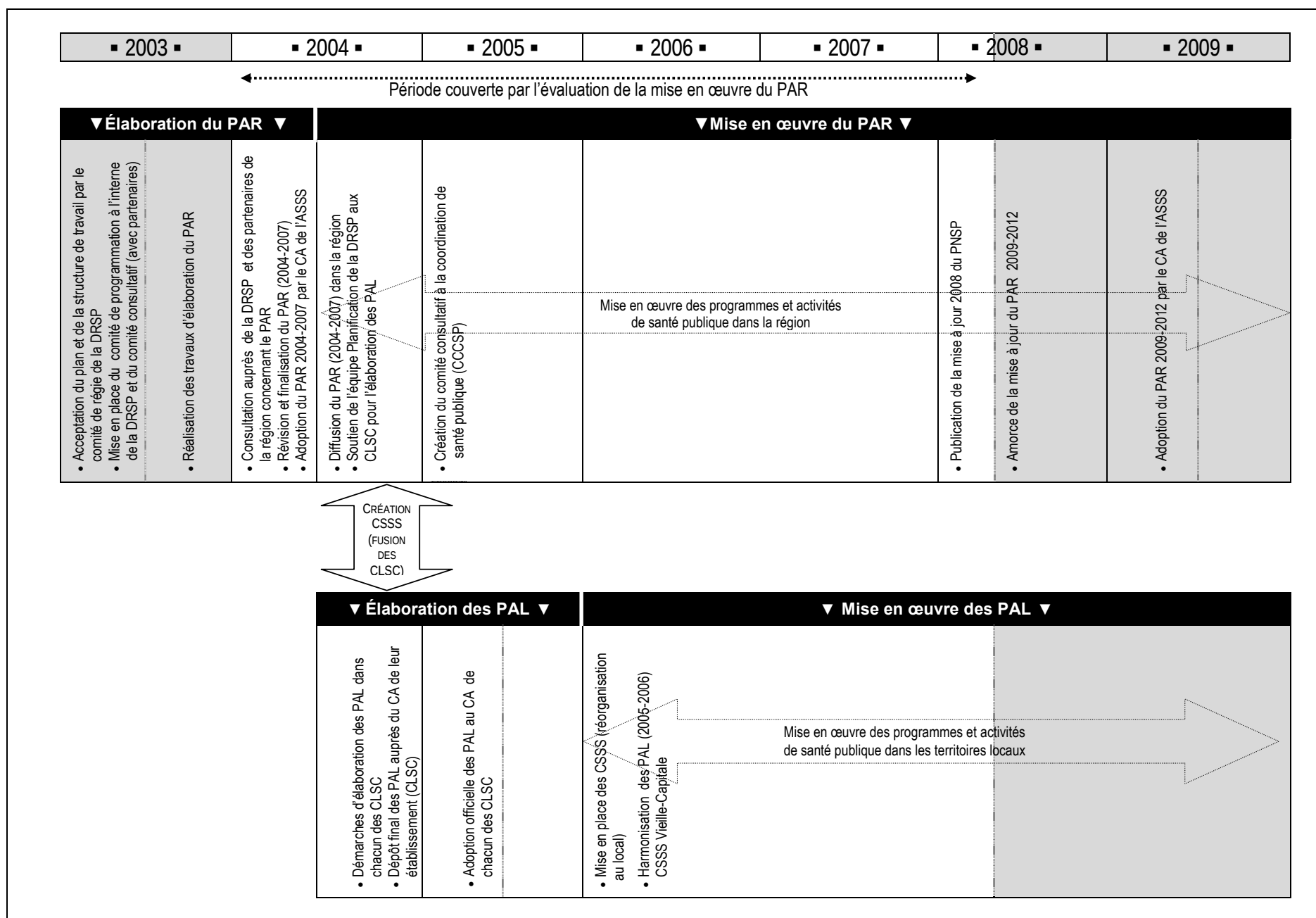


Fig. 1 – Principales étapes de l'élaboration et de l'implantation du PAR et des PAL dans la région de la Capitale-Nationale

1.4.1 Cadre d'analyse retenu

Le cadre d'analyse retenu aux fins de la présente évaluation a été élaboré à partir de celui de Roberts-Gray et Scheirer (1988). Ces auteurs proposent les principales composantes et perspectives à considérer pour documenter l'implantation de programmes et activités, en s'assurant de dresser un portrait d'ensemble des divers aspects inhérents à la gestion, à l'organisation, au fonctionnement et à l'application, présents lors de la mise en œuvre (Figure 2).

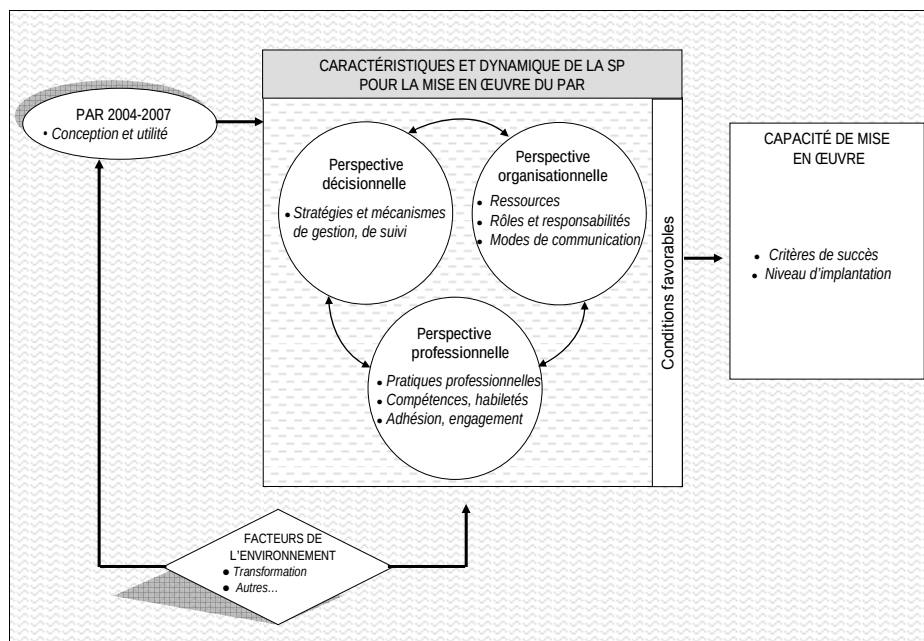


Fig. 2 - Cadre d'analyse et ses principales composantes
(Adapté de Robert-Gray et Scheirer - 1988)

Chacune des perspectives du cadre d'analyse traite d'éléments bien précis :

- La **perspective décisionnelle** s'intéresse aux processus qui structurent les décisions de la DRSP relatives à l'implantation du PAR et des PAL. Cette perspective touche plus particulièrement les mécanismes et les stratégies de gestion ainsi que les mécanismes de suivi et de reddition de comptes des programmes et activités mis en place dans la région.
- La **perspective organisationnelle** concerne les modalités de fonctionnement mises de l'avant pour assurer l'implantation du PAR et des PAL. Plus précisément, cette perspective touche les ressources humaines et financières engagées dans la mise en œuvre des programmes et activités de santé publique, les rôles et les responsabilités dévolus aux acteurs du PAR et des PAL, et ce, aux différents paliers, ainsi que les modes de communication permettant de diffuser l'information d'un niveau à l'autre, au sein des organisations et entre les paliers régional et local.
- La **perspective professionnelle** vise les pratiques des professionnels et des intervenants plus directement engagés dans l'intervention relativement à l'implantation et à la mise en œuvre du PAR et des PAL. Ainsi, cette perspective met l'accent sur les

pratiques professionnelles, les compétences et les habiletés des membres du personnel à exercer leurs fonctions respectives ainsi que sur leur adhésion au PAR et aux PAL et sur leur engagement à leur égard.

Aucune perspective, prise isolément, ne peut fournir un portrait de la situation pour la mise en œuvre. En effet, chacune d'elles s'avère nécessaire et complémentaire. Il faut donc les considérer dans leur ensemble et aussi à la lumière des caractéristiques (conception et utilité) de l'objet qui est mis en œuvre, en l'occurrence le PAR et sa traduction en PAL. De plus, pour obtenir un portrait complet, il faut aussi tenir compte des facteurs présents dans l'environnement; notons, ici, qu'il ne s'agit pas d'une analyse exhaustive de tous les éléments, mais bien de ceux qui se sont avérés marquants au moment de la mise en œuvre du PAR et des PAL, dont la transformation du réseau. Des critères de succès, signalés par les personnes rencontrées, ont également été ajoutés pour mieux apprécier l'atteinte des objectifs visés par la présente évaluation.

La capacité de mise en œuvre du PAR est étroitement associée à celle des quatre CSSS de la région en ce qui a trait aux PAL. Comme l'illustre la figure 3, la présente évaluation inclut l'analyse de l'implantation et de la mise en œuvre du PAR non seulement sur le plan régional (au sein de la DRSP), mais également sur le plan local (au sein des quatre territoires locaux de la région).

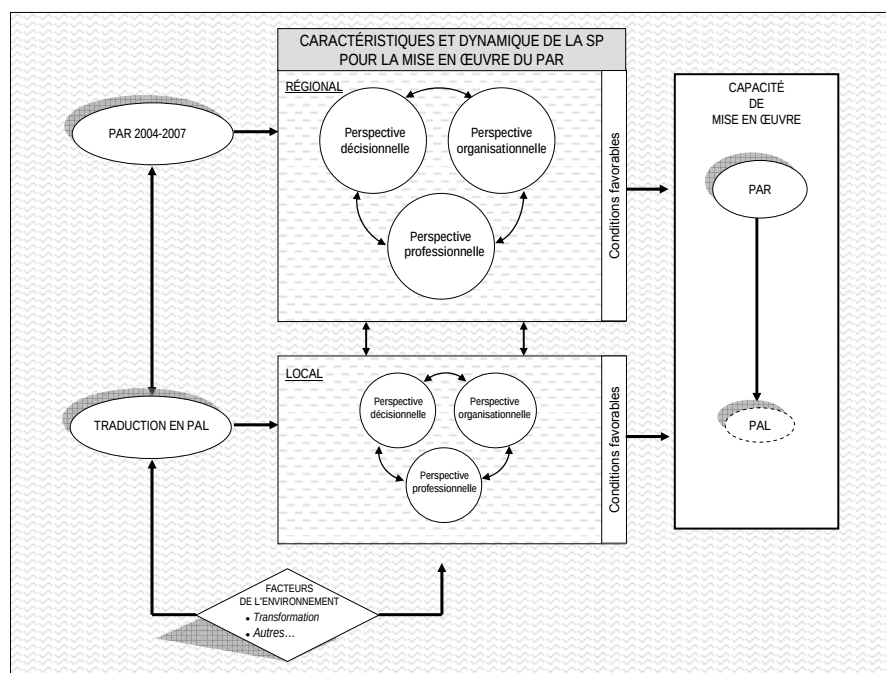


Fig. 3 - Cadre d'analyse pour apprécier la capacité de mise en œuvre du PAR (2004-2007)

L'approche privilégiée rejoint la démarche adoptée dans d'autres projets évaluatifs de recherche, qui se sont intéressés à la mise en œuvre de programmes de santé publique. L'évaluation du PNSP (MSSS, 2008b) portait sur les processus d'implantation en documentant, à partir du point de vue des acteurs concernés, les facteurs liés aux environnements organisationnel et administratif, ainsi qu'à l'appropriation du programme aux paliers régional et

local de santé publique. Mené par Denis et ses collaborateurs (2008), le projet de recherche étudiant l'impact produit par la création des CSSS sur l'organisation de la santé publique dans trois régions du Québec met en évidence l'intérêt d'analyser la relation entre les divers paliers de santé publique dans le contexte de la transformation du réseau. On y souligne l'importance de considérer les éléments stratégiques et la cohérence entre les orientations et les programmes ou activités mis de l'avant, autant par les directions régionales de santé publique que par celles des CSSS.

1.4.2 Démarche d'évaluation

La présente évaluation de la capacité de mise en œuvre du PAR est essentiellement descriptive et de type formatif, axée sur l'utilisation des résultats en cours de réalisation. Cette démarche d'évaluation a favorisé la transmission des résultats, sur une base continue, au comité de suivi², formé du directeur régional de santé publique, de l'équipe Planification et des membres de l'équipe d'évaluation. Cette façon de faire a permis à la direction d'utiliser les premiers résultats de l'évaluation pour alimenter la réflexion et la prise de décision, notamment durant les différentes étapes du processus de mise à jour du PAR 2009-2012.

La démarche d'évaluation visait également à aborder de manière globale les programmes et activités du PAR. Cependant, afin d'approfondir les perspectives citées précédemment, il a été convenu de sélectionner six programmes et activités au palier régional, et trois au palier local. Ces exemples (ou cas) ont aussi permis d'orienter le choix des professionnels et des intervenants à rencontrer pour la collecte de données.

■ *Programmes et activités retenus (choix des exemples)*

Pour aider à déterminer les exemples à retenir dans l'échantillon, des critères ont été définis par l'équipe d'évaluation et validés par le comité de régie de la DRSP. Ces critères tenaient compte de variables pouvant potentiellement influencer sur le degré d'implantation et de mise en œuvre du PAR. C'est d'abord la **nature des fonctions (promotion/prévention et protection)** qui a été retenue, de même que l'**appréciation du programme ou de l'activité (succès ou insuccès)**, et ce, à partir des points de vue émis par les coordonnateurs.

À partir de la liste des programmes et des activités proposés selon les catégories retenues, une première sélection a été faite par l'équipe d'évaluation, puis validée par les membres du comité de régie. Ces derniers ont alors proposé d'ajouter un dossier non sélectionné et d'apporter une modification à l'un des cas retenus. La liste finale des cas a ensuite fait l'objet d'une présentation aux responsables locaux de santé publique au CCCSP, pour être validée et approuvée avant que débute la collecte de données.

Le tableau suivant présente les principaux exemples (programmes et activités) retenus pour être documentés à l'échelle régionale et locale selon la nature de l'intervention, que ce soit en promotion/prévention ou en protection.

² Le nom complet de ce comité est *Comité de coordination et de suivi des activités évaluatives du PAR*.

Tableau I
Programmes et activités retenus pour l'évaluation

	Palier régional	Palier local
Promotion/prévention		
▸ SIPPE (<i>Domaine Développement, adaptation et intégration sociales</i>)	X	X
▸ 0.5.30 COMBINAISON PRÉVENTION (<i>Domaine Habitudes de vie et maladies chroniques</i>)	X	X
▸ Analyse des milieux (<i>Domaine Pauvreté, développement social et des communautés</i>)	X	
▸ MARCHE (<i>Domaine Promotion de la sécurité et prévention des traumatismes</i>)	X	
Protection		
▸ Récupération du matériel d'injection souillé (<i>Domaine Maladies infectieuses</i>)	X	X
▸ Vaccination contre l'influenza (<i>Domaine Maladies infectieuses</i>)	X	

■ *Participants à l'évaluation*

L'approche privilégiée pour l'évaluation de la capacité de mise en œuvre repose sur les points de vue de différents acteurs au sein de l'organisation; ces acteurs représentent des informateurs clés pour les fins de l'évaluation en raison de leur rôle dans l'implantation et la mise en œuvre du PAR et des PAL dans la région.

Plusieurs personnes ont été directement sollicitées pour participer aux entrevues dans le cadre de cette démarche, notamment en raison des fonctions qu'elles occupent au sein de la DRSP ou des CSSS. À l'échelle régionale, les participants à l'étude regroupaient des gestionnaires de niveau supérieur (le directeur régional et son adjointe), des gestionnaires de niveau intermédiaire (les coordonnateurs des équipes) et des professionnels directement associés aux six programmes et activités privilégiés pour l'évaluation. À l'échelle locale, les participants regroupaient, pour chacun des quatre CSSS de la région, les responsables locaux³ ainsi que les chefs de programme et les intervenants engagés dans les trois programmes et activités retenus.

Les personnes interviewées, tant à la DRSP qu'aux CSSS de la région, ont été interrogées sur divers aspects relevant du cadre d'analyse. Les éléments abordés ont porté sur leur conception du PAR et des PAL ainsi que sur la façon dont elles perçoivent leur utilité. Toutes ont ensuite été invitées à se prononcer sur un certain nombre de dimensions rattachées aux perspectives décisionnelle, organisationnelle ou professionnelle, telles qu'elles sont définies dans le cadre d'analyse.

Le tableau II présente sommairement la répartition des types de participants à l'étude pour chacun des paliers (régional ou local) et selon leur niveau de fonction (direction, coordination ou supervision et intervention).

³ L'appellation *responsables locaux* est utilisée pour désigner soit les responsables locaux, soit leurs adjoints.

Tableau II
Types de participants à l'étude

Paliers de santé publique	Niveaux		
	Direction	Coordination	Supervision et intervention
Régional (DRSP)	• Directeur régional de santé publique • Adjointe au directeur	• Coordonnateurs	• Professionnels
Local (CSSS)		• Responsables locaux de santé publique ou leurs adjoints	• Chefs de programme • Intervenants

■ *Sources de données et choix d'instruments de collecte de données*

Plusieurs sources de données ont servi à documenter la présente évaluation; toutefois, les entrevues semi-dirigées constituent la principale source de données.

a. Entrevues semi-dirigées et acteurs rencontrés

Les responsables de l'évaluation ont conçu un guide d'entrevue. Ce document a été élaboré à partir des dimensions clés de chacune des trois perspectives du cadre d'analyse (décisionnelle, organisationnelle et professionnelle) et adapté selon l'objet à l'étude et les acteurs rencontrés. On y aborde la conception et l'utilité du PAR et des PAL, de même que le point de vue des participants concernant l'influence de facteurs de l'environnement sur leur appréciation de la capacité de mise en œuvre du PAR dans la région. Le guide d'entrevue est présenté à l'annexe II.

Le choix de l'entrevue semi-dirigée comme méthode de collecte de données s'est imposé de lui-même en raison de la complexité de l'objet d'évaluation et du peu de documentation disponible sur le sujet. Cette méthode s'avérait particulièrement adaptée à l'évaluation du PAR, puisqu'elle offre l'occasion d'approfondir certains éléments ou facettes qui apparaissent déterminants pour comprendre la capacité de mise en œuvre. De plus, elle permet une certaine flexibilité dans l'ordre des questions abordées selon les personnes rencontrées. L'entrevue fournit également l'occasion de documenter des dimensions non prévues initialement, qui émergent au cours de l'entretien et qui s'avèrent tout à fait pertinentes dans le contexte de l'évaluation.

Les entrevues ont été réalisées en deux séquences principales, entre juin 2007 et mars 2008. Dans un premier temps, ce sont l'équipe de direction de la DRSP (le directeur, son adjointe et les coordonnateurs) ainsi que les responsables locaux qui ont été rencontrés. Dans un deuxième temps, une série d'entrevues s'est tenue avec les professionnels de la DRSP et les intervenants des CSSS associés aux programmes et activités retenus. Les entrevues visaient à approfondir certains des aspects de l'étude. À la suite de ces rencontres, les coordonnateurs concernés par ces programmes et activités ont manifesté l'intérêt de donner aussi leur point de vue sur ces dossiers particuliers; ils ont donc été rencontrés à nouveau.

Toutes les entrevues ont été conduites en présence de deux personnes de l'équipe d'évaluation, dont l'une a participé à l'ensemble des entrevues réalisées, à l'échelle régionale aussi bien que locale. Cette façon de faire a, entre autres, permis d'assurer la validation des données entre les deux membres de l'équipe ayant réalisé les entrevues. Elle a également fourni l'occasion de mieux comprendre les organisations et leurs modalités de fonctionnement dans un contexte de santé publique. De plus, la totalité des entrevues a été enregistrée avec le consentement des participants et la confidentialité de l'information recueillie leur a été assurée.

Au total, 37 entrevues ont permis de rencontrer 47 personnes agissant à titre d'informateurs clés : 19 entretiens ont eu lieu auprès de 23 personnes à la DRSP (directeur, adjointe, coordonnateurs et professionnels) alors que 18 autres ont été menés auprès de 24 personnes dans les CSSS (responsables locaux, chefs de programme et intervenants). En moyenne, la durée des entrevues était de deux heures.

b. Analyse documentaire

Une analyse documentaire est venue compléter les entrevues. Cette analyse a servi à différents moments de la démarche, notamment pour la préparation des entrevues ainsi que pour l'analyse des données recueillies, en fournissant des pistes explicatives.

À titre d'information de premier plan servant précisément à cerner l'objet à l'étude, les documents suivants ont été consultés :

- le PNSP 2003-2012;
- le PAR 2004-2007;
- les PAL de chacun des CSSS de la région couvrant la période 2004-2007;
- les ententes de gestion entre la DRSP et les CSSS et le rapport bilan en découlant;
- le Plan stratégique 2005-2008 et son bilan, produit en 2009.

Plusieurs comptes rendus ont également été pris en considération, soit ceux :

- des consultations faites à la suite de l'élaboration du PAR, tant à l'interne de la DRSP qu'à l'externe, auprès des partenaires;
- du comité consultatif lors de l'élaboration du PAR;
- du comité de régie (rencontres régulières et lacs-à-l'épaule);
- du CCCSP;
- du Forum des directeurs généraux;
- de la tournée du directeur régional de santé publique dans les CSSS.

De plus, l'analyse documentaire s'est aussi intéressée aux résultats d'autres démarches d'évaluation, réalisées au sein de la DRSP, concernant notamment les mécanismes de liaison, le bilan d'implantation des programmes et activités du PAR.

■ *Traitement et analyse des données*

Le traitement et l'analyse des données ont nécessité plusieurs étapes bien définies. Dans un premier temps, l'équipe d'évaluation a vérifié la concordance des programmes et activités du PAR avec ceux des PAL de la région, selon les domaines d'intervention. Cette étape a permis de constater à quel point l'intégration s'était faite dans les CSSS. Il s'agissait également d'une information utile pour la conduite des entrevues, notamment celles faites auprès des professionnels et intervenants associés aux programmes et activités choisis.

De plus, l'équipe d'évaluation a aussi considéré les résultats du bilan d'implantation du PAR. Un portrait sommaire du niveau de réalisation des programmes et activités a ainsi pu être brossé, apportant par le fait même un éclairage pour apprécier la capacité de mise en œuvre du PAR.

Ensuite, toutes les entrevues réalisées ont été transcrites à partir des notes prises par les interviewers au moment de l'entrevue; il s'agit de résumés très détaillés de chacune d'elles, sans recours au *verbatim*. Une fois cette étape complétée, les données d'entrevues étaient transférées dans une *grille de catégorisation* portant sur l'ensemble des variables à l'étude. Cette étape a donné lieu à une première validation de contenu et de compréhension de l'information recueillie entre les membres de l'équipe d'évaluation ayant participé aux entrevues. Une fois la validation complétée, les données ont pu être regroupées selon les composantes du cadre d'analyse et selon les types d'acteurs rencontrés aux paliers régional (gestionnaires de niveau supérieur, coordonnateurs, professionnels) et local (responsables locaux des CSSS, chefs de programme et intervenants).

À partir de cette base de données, une première analyse visait à vérifier la convergence des points de vue émis par les différentes personnes rencontrées aux deux paliers (Tableau III). À l'intérieur d'un groupe, il y a convergence si au moins deux répondants ont le même point de vue; entre les groupes, on parle de convergence si au moins deux d'entre eux expriment la même opinion. De façon plus précise, l'analyse de la convergence de l'information recueillie s'est faite suivant ces paramètres :

- **Au palier régional :**
 - à l'intérieur de chacun des groupes de répondants (le directeur régional et son adjointe; les coordonnateurs; les professionnels);
 - entre les groupes de répondants de la DRSP.
- **Au palier local :**
 - à l'intérieur de chacun des groupes de répondants (responsables locaux de santé publique; chefs de programme et intervenants);
 - entre les groupes de répondants des CSSS.
- **Entre les paliers régional et local**, soit pour l'ensemble ou la majorité des personnes rencontrées, quel que soit le niveau qu'elles occupent dans l'organisation.

Tableau III
Analyse de la convergence de l'information recueillie

Paliers de santé publique	Niveaux		
	Direction	Coordination	Supervision et intervention
Régional (DRSP)	• Directeur régional de santé publique • Adjointe au directeur	• Coordonnateurs	• Professionnels
Local (CSSS)		• Responsables locaux de santé publique	• Chefs de programme • Intervenants

Une fois les données d'entrevues regroupées selon les niveaux, l'équipe d'évaluation procédait à leur synthèse; des constats préliminaires ont été dégagés pour chaque groupe d'informateurs clés, de même que pour l'ensemble. Ces constats ont fait l'objet de validation entre les membres de l'équipe d'évaluation, ce qui a permis d'apporter des précisions et de maximiser la compréhension d'ensemble de chacun des points couverts à l'intérieur de ces perspectives. Comme il a été mentionné précédemment, l'analyse documentaire a permis de dégager un certain nombre d'éléments explicatifs relativement aux constats dégagés.

■ *Limites et forces*

La présente évaluation de la capacité de mise en œuvre repose principalement sur les points de vue d'acteurs concernant les diverses variables à l'étude. Même si le contenu de toutes les entrevues a été validé par les membres de l'équipe d'évaluation, il n'a pas fait l'objet d'une validation de la part des participants eux-mêmes.

Telle qu'elle a été planifiée, l'évaluation n'a aucune prétention d'exhaustivité en ce qui a trait au contenu à couvrir et aux acteurs à rencontrer pour documenter la capacité de mise en œuvre du PAR et des PAL. Ainsi, devant la complexité de l'objet à évaluer et des conditions de réalisation, il a été nécessaire de restreindre le nombre d'informateurs clés, tout en sachant que d'autres types d'acteurs (médecins, pharmaciens, représentants d'organismes communautaires ou des milieux municipal et scolaire, autres directions de l'ASSS, etc.) concernés par la santé publique auraient pu apporter une contribution intéressante. De plus, dans cette démarche qui se voulait exploratoire, l'équipe s'est limitée à six cas devant servir d'exemples sur le plan régional et à trois, à l'échelle locale, bien consciente de n'avoir pu couvrir ces dossiers sous tous les angles. Par ailleurs, la collecte d'information a été réalisée auprès des coordonnateurs de toutes les équipes de la DRSP qui couvre l'ensemble des domaines du PAR; toutefois, il faut préciser que l'évaluation ne traite pas de manière détaillée des particularités liées à chacun des domaines de santé publique. À titre d'exemple, le domaine de la santé en milieu de travail a des

mandats et des ententes de gestion qui lui sont propres, puisqu'il est encadré par la Loi sur la santé et sécurité au travail (LSST) en plus de la LSP. Malgré ces limites, on observe beaucoup de convergence dans les résultats à l'intérieur des organisations (DRSP et CSSS) et entre elles, ainsi qu'entre les professionnels et intervenants de ces deux paliers, ce qui confère une certaine robustesse à l'information obtenue. Certains résultats trouvent également un écho dans d'autres travaux d'évaluation, notamment sur la transformation du réseau et sur l'implantation du PNSP.

L'évaluation a privilégié une approche formative assurant la diffusion de résultats préliminaires au comité de suivi de l'évaluation du PAR au fur et à mesure de leur obtention. Les personnes responsables de la mise à jour du PAR ont ainsi pu exploiter l'information pendant que les travaux étaient en cours, sans attendre la diffusion du rapport final. Cette façon de faire a contribué à l'application et à l'utilité des résultats de la présente évaluation.

Cette section présente l'ensemble des résultats qui se dégagent de la présente évaluation selon les éléments clés du cadre de référence. Ainsi, un premier volet, visant à bien préciser l'objet étudié, porte sur la conception des répondants relativement au PAR et aux PAL. Suit une étude détaillée des perspectives décisionnelle, organisationnelle et professionnelle, à partir de variables clés pour chacune d'elles. Enfin, une présentation des principaux éléments de contexte ayant influé d'une manière particulière sur la mise en œuvre du PAR et des PAL, ainsi que des conditions jugées favorables à l'implantation des programmes et activités de santé publique à l'échelle régionale et locale, complète cette section.

Les résultats sont exposés de manière à faire ressortir les éléments convergents, d'abord pour l'ensemble des types de répondants et, ensuite, pour les répondants des paliers régional et local. Les aspects qui rallient les différents types de répondants pour chaque niveau sont aussi soulignés ainsi que les points de vue qui les distinguent les uns des autres.

Enfin, il a été possible de dégager, sous forme de synthèse pour chacune des perspectives du cadre d'analyse, d'une part, un certain nombre d'assises sur lesquelles la DRSP peut s'appuyer et, d'autre part, des points névralgiques et des interrogations. Ces derniers aspects pourront servir à définir et à convenir des pistes d'amélioration qui serviront à la mise en œuvre du second cycle du PAR dans la Capitale-Nationale ainsi que des PAL dans les CSSS de la région.

2.1 Que représente le PAR et quelle est son utilité?

L'information relative à cette question porte principalement sur l'idée que se font les répondants du PAR et des PAL. Les données recueillies traduisent, en fait, comment les personnes rencontrées, tant au palier régional que local, perçoivent le PAR et les PAL, et quelle en est l'utilité selon elles.

■ *Dans l'ensemble*

À partir des réponses faites par les répondants de la DRSP et des CSSS, il semble que la légitimité dont bénéficie le PAR, dans la foulée du PNSP et de la LSP, représente pour plusieurs un atout majeur, considéré fort utile. Selon un bon nombre d'entre eux, cette reconnaissance faciliterait le financement accordé à des interventions de promotion et de prévention de la santé. De plus, le PAR permet de se référer à un répertoire des programmes et activités de santé publique, fournissant ainsi de l'information sur ce que font les différentes équipes de la DRSP. Cet aspect est d'ailleurs apprécié tant par les membres des équipes de la DRSP que par les personnes rencontrées dans les CSSS. Tant aux paliers régional que local, on souligne que le PAR propose un ensemble très large d'orientations et de programmes ou activités qui auraient avantage à être ciblés afin de faciliter la planification et la réalisation effective, en particulier pour les milieux locaux.

■ À l'échelle régionale

Pour l'ensemble des personnes consultées à la DRSP, le PAR correspond à l'offre de service régionale de santé publique. S'inspirant fortement du PNSP, cette offre de service est perçue comme étant la résultante des orientations retenues à la fois par la DRSP et par les partenaires locaux et régionaux, entérinées ensuite par le CA de l'ASSS.

Le PAR est perçu comme étant un élément structurant de la santé publique, qui donne toute la légitimité à la promotion/prévention de la santé au palier régional. Tous reconnaissent que ce plan d'action s'inscrit dans la foulée de la LSP et du PNSP qui orientent l'actualisation des programmes et activités de santé publique aux paliers national, régional et local. Enfin, ils sont d'avis que le PAR facilite la recherche et même l'obtention de budgets à des fins de promotion/prévention de la santé.



Pour le **directeur régional de santé publique et son adjointe**, le PAR s'inscrit dans « un processus qui suit la logique des poupées russes, le *top-down* » en faisant allusion au PNSP-PAR-PAL. Pour le directeur, le PAR est un élément structurant de la santé publique dans la région de la Capitale-Nationale : « La LSP ainsi que le PNSP donnent un encadrement légal et structurel à la réalisation du programme-service de la santé publique. Cela a permis de bien asseoir la mission de la santé publique aux niveaux national, régional et local. »

Le PAR est perçu comme une offre de service régionale que la DRSP a élaborée avec la collaboration d'autres partenaires du réseau et de l'intersectoriel. En ce sens, le PAR représente un *construit commun* qui propose les activités de santé publique à mettre en place dans la région.

L'**adjointe au directeur régional de santé publique** fait aussi valoir l'utilité du PAR-PAL qui donne une place plus solide à la promotion/prévention dans le réseau de santé et de services sociaux. Sur ce, elle souligne qu'il s'agit « d'un travail de longue haleine. C'est en construction présentement; les CSSS se veulent des bons représentants de santé publique ». Elle ajoute d'ailleurs à ce sujet que les CSSS « ont saisi l'opportunité de s'occuper de promotion/prévention », ce qui se traduit de façon concrète dans leurs PAL.

Pour les **coordonnateurs de la DRSP**, le développement du PAR s'est fortement inspiré du PNSP. Ce dernier est considéré comme un document d'orientation très structurant pour chaque domaine de santé publique : « Le PNSP influence beaucoup car tout est basé là-dessus. On s'est assurés qu'on a les mêmes activités dans notre plan d'action. Cela vient donner le cadre à nos activités et cela précise notre offre de service. » En plus des programmes et activités des plans d'action des équipes, certains ajouts devaient permettre de se rapprocher de l'offre de service du PNSP, à la condition toutefois qu'un financement soit disponible. Selon les coordonnateurs, le PAR a aussi permis de protéger les particularités régionales, notamment en reconnaissant d'autres domaines, tels que Pauvreté, développement social et des communautés et Organisation des services et évaluation ou encore des dossiers transversaux comme les Pratiques cliniques préventives (PCP), en les inscrivant en tant que partie inhérente des actions de santé publique régionale. Le PAR représente, pour plusieurs d'entre eux, une valeur ajoutée, un fil conducteur entre le PNSP et les PAL.

Les coordonnateurs sont d'avis qu'il s'agissait du moment propice pour implanter le PAR, étant donné qu'il a permis de se « repositionner comme santé publique » dans la région. Ils y voient également d'autres aspects positifs. En effet, selon certains d'entre eux, le PAR fournit l'occasion « de se donner des cibles homogènes sur lesquelles travailler; il permet de dire ce que l'on fait [...]; de situer les dossiers des autres et de se donner une certaine solidarité ». Le PAR s'avère également utile pour informer les partenaires sur l'ensemble des dossiers et des programmes de santé publique qu'il regroupe; il peut aussi s'avérer approprié comme outil de gestion interne pour suivre les dossiers de la direction.

Pour leur part, les **professionnels de la DRSP** voient le PAR comme un outil qui permet de regrouper et de structurer les programmes et activités de promotion/prévention et de protection tout en leur accordant une place dans les décisions organisationnelles au sein de la DRSP et dans la région. Selon leurs propres mots : « Le PAR officialise la patinoire! » De plus, il contribue à faire reconnaître leurs actions et à favoriser la collaboration avec certains partenaires. Pour toutes ces raisons, il est considéré comme non seulement utile, mais également rentable, facilitant la recherche de fonds ou de financement supplémentaires.

Même si les professionnels de la DRSP font peu appel au PAR dans leur travail au quotidien, ils le perçoivent comme étant très utile pour motiver les équipes ou comme outil de référence, afin d'expliquer les objectifs poursuivis par un programme. Comme l'ont dit certains, le PAR permet aux équipes « de savoir où on s'en va » et ainsi « de s'organiser comme équipe ». Il sert aussi dans les échanges avec les collaborateurs et les partenaires.

En outre, les professionnels jugent le PAR pertinent et utile, puisque les programmes ou activités qui y sont inscrits répondent à des besoins réels et connus pour la santé et le bien-être de la population de la région. C'est le cas, entre autres, des trois dossiers retenus à titre d'exemples dans la présente évaluation, à l'échelle régionale et locale (SIPPE, 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION, Récupération du matériel d'injection souillé). Les professionnels intervenant dans ces dossiers ne notent aucune remise en question du bien-fondé des activités qui y sont associées. Pour eux, le fait de retrouver les activités liées à ces dossiers à l'intérieur du PAR témoigne de l'intérêt porté, par cette planification de santé publique, à l'amélioration de la santé de la population de la région. Ainsi, les professionnels du programme SIPPE se disent convaincus de sa pertinence, notamment parce qu'il s'appuie sur le cadre de référence du MSSS qui est défini à partir de la littérature scientifique et de données probantes. Les professionnels du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION évoquent, quant à eux, la reconnaissance à l'échelle nationale du problème de l'obésité, pour lequel il apparaît important d'agir sur plusieurs plans relativement à la promotion de saines habitudes de vie, dont l'alimentation et la pratique de l'activité physique. La présence de la Loi sur le tabac joue également en faveur d'une autre facette de ce programme liée au tabagisme. Enfin, pour les répondants de l'activité Récupération du matériel d'injection souillé, comme celle-ci répond à un besoin exprimé par les acteurs du territoire, sa pertinence n'est nullement remise en cause.

■ *À l'échelle locale*

Puisque le PAR se traduit localement par les PAL, les participants des CSSS ont été interrogés principalement sur leur PAL respectif. L'ensemble des répondants le voit comme un outil de référence en matière de santé publique, à l'échelle locale. Il est perçu comme étant utile, entre autres parce qu'il donne de la crédibilité aux programmes et activités de promotion/prévention à l'égard des partenaires.



La majorité des **responsables locaux** des CSSS (interrogés à la fois sur le PAR et les PAL) perçoivent le PAR comme un moyen permettant d'orienter le choix des programmes et activités de santé publique à réaliser au palier local, avec la collaboration des autres partenaires. En ce sens, afin de structurer leur offre de service de manière réaliste, certains responsables locaux souhaiteraient pouvoir compter sur des orientations de la DRSP qui préciseraient des priorités d'action régionales et locales, tout en respectant le besoin des CSSS d'y apporter une couleur locale. Pour cela, ils aimeraient que les moyens proposés par la DRSP puissent s'adapter à la réalité de chaque milieu. On reconnaît qu'un fort leadership du palier régional ainsi qu'un appui stratégique accompagné d'un soutien étroit aux instances locales représentent des conditions favorables à l'implantation du PAR dans la région.

En outre, les responsables locaux considèrent leur PAL comme important et utile compte tenu du fait qu'il regroupe les principaux programmes et activités de promotion/prévention à mettre en place sur le plan local. Certains d'entre eux soulignent qu'ils se sont basés sur le contexte local et les besoins de la population de leur territoire pour structurer leur offre de service en santé publique.

Pour les **intervenants des CSSS**, le PAL représente avant tout un document de base qui se veut « un guide, un document de référence défini à partir des plans d'action des équipes », qui leur donne une crédibilité pour intervenir en promotion/prévention auprès des autres partenaires. Certains intervenants affirment qu'un plan d'action, tel le PAL, constitue un élément essentiel dans une organisation, « car il permet d'avancer, de s'évaluer, d'avoir une vision et cela entraîne des orientations régionales et des décisions ». Ces propos rejoignent également ceux des professionnels de la DRSP.

■ *Assises et points névralgiques*

L'encadrement légal, à la base de la mise en place du PNSP, du PAR et des PAL, fournit une grande légitimité aux actions de santé publique, notamment en promotion/prévention de la santé. La reconnaissance de cette légitimité par l'ensemble des répondants régionaux et locaux représente une assise favorable à la mise en œuvre des programmes et activités de santé publique dans la région.

Le PAR est aussi perçu comme une offre de service élaborée à partir des plans d'action des équipes, en continuité avec leurs activités. Tous conviennent également que le PAR sert à délimiter ce qui se fait en santé publique dans la région. Cependant, en raison de l'étendue de cette offre de service qui couvre largement tous les domaines, l'information découlant des bilans d'implantation et les données recueillies en entrevue font état de la capacité limitée de la DRSP et des CSSS à réaliser l'ensemble des programmes et activités ou à les offrir avec

l'intensité requise. Plusieurs répondants des CSSS souhaiteraient compter sur des orientations régionales pour les guider dans la réalisation d'une offre de service davantage ciblée.

2.2 Quelle est l'influence des aspects décisionnels sur la mise en œuvre du PAR?

L'information colligée relativement aux aspects décisionnels se concentre autour de deux aspects particuliers : d'une part, les stratégies et mécanismes de gestion, présents à la DRSP, qui assurent la mise en œuvre du PAR et, d'autre part, les mécanismes de suivi et de reddition de comptes permettant d'en suivre l'implantation.

2.2.1 Mécanismes et stratégies de gestion

À l'**interne** de la DRSP, les mécanismes décisionnels, de gestion⁴ et de suivi entre la direction et le niveau de coordination sont de trois ordres : **le comité de régie, les réunions de lac-à-l'épaule et les rencontres individuelles des coordonnateurs avec le directeur régional de santé publique**. Précisons que le directeur régional de santé publique est membre du comité de direction de l'ASSS, qui est un autre mécanisme de gestion au sein duquel des dossiers de santé publique peuvent être discutés.

À la suite de l'élaboration du PAR, une démarche de **planification stratégique** a pris forme à la DRSP au printemps 2004. Les préoccupations de la direction à la base de cette initiative étaient de deux ordres : d'une part, améliorer la qualité des services offerts à la population de la région et, d'autre part, mieux assumer ses rôles et responsabilités, et ce, dans la perspective d'améliorer son efficacité et son efficience (ASSS, 2005). Le Plan stratégique mis de l'avant compte parmi les stratégies internes à la DRSP, lesquelles sont liées de près aux modalités de gestion.

Un des principaux mécanismes proposés **avec les CSSS** est le **CCCSP**⁵. Ce comité constitue la structure officielle de concertation, de consultation, de coordination et de décision entre la DRSP, les CSSS et les services de santé et services sociaux aux anglophones pour assurer la traduction du PAR en PAL et en suivre la mise en œuvre. Il existe également d'autres **comités de liaison selon les différentes problématiques**; ces comités associent des gestionnaires et des professionnels de la DRSP et des CSSS, auxquels se joignent, dans certains cas, d'autres partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, des organismes communautaires et des milieux intersectoriels, selon les programmes et les problématiques concernés. Ces comités servent également de lieux privilégiés d'échanges et d'information.

■ *Dans l'ensemble*

Les mécanismes et stratégies de gestion à l'interne de la DRSP ont été discutés uniquement avec les membres de la DRSP; les répondants des CSSS n'ont pas été interrogés à ce sujet. Par ailleurs, aussi bien sur le plan local que régional, la grande majorité des répondants apprécie le mécanisme de liaison entre la DRSP et les milieux locaux, le CCCSP. Ils le perçoivent comme un lieu d'échanges très utile.

⁴ Un survol des caractéristiques des mécanismes et des stratégies de gestion est présenté dans l'encadré suivant.

⁵ Le nom de ce comité a été modifié en juin 2009 pour devenir *Table régionale de santé publique*.

Mécanismes et stratégies de gestion

Mécanismes internes à la DRSP

- Comité de régie de la DRSP et *lacs-à-l'épaule*

Le comité de régie se veut un lieu d'échange d'information entre le directeur régional et les coordonnateurs des différentes équipes. On y traite des aspects d'ordre administratif et organisationnel. Ce comité se réunit toutes les deux semaines sur une base régulière (à l'exception de la période estivale où les rencontres cessent). Dans le contexte de l'implantation du PAR, le comité de régie a poursuivi ses activités selon le même mode de fonctionnement; aucun changement particulier n'a été relevé à cet égard. Toutefois, il a joué un rôle actif lors de l'élaboration du PAR, en lien avec le comité consultatif.

Par ailleurs, les orientations de la DRSP, la mise en place du PAR ainsi que les discussions sur le Plan stratégique se font principalement lors des rencontres en comité élargi, appelées *lacs-à-l'épaule*.

- Rencontres individuelles entre les coordonnateurs et le directeur régional de santé publique pour le suivi des dossiers

Les échanges et les discussions portant plus précisément sur la mise en œuvre et l'implantation des programmes et activités du PAR se font directement entre le coordonnateur concerné et le directeur régional de santé publique, lors des rencontres régulières de suivi de dossiers. Se tenant sur une base individuelle, ces réunions sont l'occasion de passer en revue les différents dossiers de l'équipe afin de vérifier leur état d'avancement et de discuter des difficultés éprouvées autant à l'interne qu'avec les partenaires. Elles se tiennent environ toutes les deux semaines.

- Plan stratégique

Une démarche de réflexion stratégique s'est amorcée à la DRSP au printemps 2004, et ce, « dans une perspective de mieux assumer ses rôles et responsabilités ». Le mandat du comité, mis en place à cet effet, visait à organiser, coordonner et animer l'ensemble des activités de consultation et de réflexion inhérentes à cette démarche. Le comité devait aussi présenter, sur une base régulière, l'avancement des travaux au comité de régie.

Mécanisme externe

- CCCSP

Le CCCSP est le Comité consultatif à la coordination de la santé publique. Il constitue la structure officielle de concertation, de consultation, de coordination et de décision entre la DRSP et les CSSS. Il est composé de huit représentants de CSSS (les responsables locaux de santé publique et leur adjoint), d'une personne responsable des services de santé et services sociaux aux anglophones et du directeur régional de santé publique. Les coordonnateurs de la DRSP y participent selon les sujets discutés aux rencontres et l'animation est assurée par l'adjointe au directeur régional de santé publique.

■ *À l'échelle régionale*

Dans l'ensemble, concernant les mécanismes de gestion de la DRSP, les répondants du palier régional font principalement mention de deux mécanismes de gestion : le comité de régie et les rencontres individuelles entre le directeur et les coordonnateurs. Pour la majorité d'entre eux, quelles que soient leurs fonctions au sein de la direction, les mécanismes de gestion à la DRSP sont perçus comme étant un atout important sur lequel il faut miser. Interrogés précisément sur le Plan stratégique, les répondants considèrent qu'il a principalement permis d'expérimenter un mode de fonctionnement différent concernant les dossiers transversaux (PCP et les chantiers Personnes âgées, Santé mentale) tout en conservant le mode d'organisation existant. Enfin, en ce qui a trait au mécanisme d'interface avec les CSSS, le CCCSP est aussi perçu favorablement par l'ensemble des personnes interviewées à la DRSP.



Pour le **directeur régional et son adjointe**, le comité de régie constitue un mécanisme important, tant dans sa forme régulière que lors des lacs-à-l'épaule, qui se tiennent environ deux fois par année. Par ailleurs, aucune mention n'a été faite des rencontres individuelles entre le directeur et les coordonnateurs. Le directeur régional, par sa présence au comité de direction de l'ASSS, fait valoir l'importance de pouvoir compter sur des budgets de développement en santé publique pour soutenir les programmes et activités du PAR et des PAL. Il mentionne, à titre d'exemples, les programmes MARCHE et SIPPE, qui ont bénéficié de ces budgets au cours des dernières années.

Selon le directeur et son adjointe, la démarche de planification stratégique a été mise de l'avant pour deux raisons principales. D'abord, cette démarche visait à mieux situer la santé publique par rapport à ses partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, entre autres pour positionner la promotion/prévention, et ensuite pour rechercher un niveau de cohérence entre les équipes de la DRSP. Ce dernier aspect est directement associé à des commentaires émis lors de la journée de consultation du PAR sur le manque de vision régionale de santé publique. En effet, cette démarche devait remédier à la situation actuelle ainsi décrite par un **membre de l'équipe Planification** : « Les équipes étaient très loin l'une de l'autre. Tout était cloisonné; travail en silo. Chaque équipe avait ses objectifs et personne ne savait ce que les autres faisaient. [...] Quand on devait aller à l'extérieur, on voyait le peu d'intégration ou de vision d'ensemble que nous avions. Les gens trouvaient cela extraordinaire le rôle de la santé publique, en promotion/prévention et cela ne ressortait pas. Il fallait donc renforcer notre rôle. »

En outre, concernant les mécanismes de liaison et de consultation mettant en cause les CSSS, le **directeur régional de santé publique** les considère comme corrects; pour lui, « ça fait partie des pratiques de gestion en santé ». Il ajoute, en ce qui a trait au CCCSP, que « c'est à cet endroit que l'on attache nos décisions pour la mise en œuvre ». Il relève d'ailleurs une bonne participation (présences et engagement) des différents milieux à ce mécanisme.

Des **coordonnateurs de la DRSP** mentionnent que les rencontres régulières du comité de régie ne semblent pas représenter le lieu de partage privilégié pour convenir et faire valoir les perspectives en matière de santé publique, ni pour définir des modalités de soutien à la mise en œuvre du PAR. À ce propos, certains d'entre eux souhaiteraient que ces rencontres soient davantage utilisées comme lieu d'échanges concernant les

approches et les stratégies à privilégier à la DRSP pour la mise en place des programmes et activités de santé publique dans la région. Les discussions portant sur la mise en œuvre du PAR se font davantage lors des lacs-à-l'épaule. Selon l'information tirée des comptes rendus, ces réunions semblent être le lieu où se prennent les décisions concernant les enjeux et les orientations régionales en santé publique. L'implantation et la mise à jour du PAR ainsi que le Plan stratégique, en ce qui a trait à l'élaboration et au suivi, figurent parmi les principaux sujets qui y sont abordés. On y traite aussi d'autres questions, par exemple les enjeux liés au contexte de santé publique sur le plan national (Politique de la santé et du bien-être, coûts normés, etc.), les enjeux sur le plan régional (rattachement administratif des ressources humaines à l'ASSS, planification stratégique, etc.) et la collaboration avec les milieux locaux (ententes de gestion, projets cliniques, etc.). Deux coordonnateurs soulignent d'ailleurs que ces rencontres s'avèrent pertinentes et apprécient que des sujets de fond y soient discutés.

Pour certains coordonnateurs de la DRSP, les échanges et les décisions entourant les orientations des programmes et activités semblent principalement faits sur une base individuelle entre eux et le directeur régional de la DRSP, lors des rencontres de suivi. Dans l'ensemble, les coordonnateurs partagent l'intérêt pour ce type de suivi, vu comme un mécanisme permettant de discuter des dossiers et de la situation de leur équipe.

Concernant la démarche de planification stratégique, un coordonnateur la considère comme étant « organisationnelle » plutôt que de type « contenu ». Pour lui, l'accent a surtout été mis sur le processus et moins sur le fond, « ce qui aurait impliqué des choix, une sélection ». Par contre, certains éléments du PAR ont été introduits dans le Plan stratégique; cela démontre, pour les coordonnateurs, la volonté de faire des liens avec la mise en place du PAR, d'autant plus qu'un suivi était assuré : « Certains éléments ont été repris dans le Plan stratégique, ce qui fait qu'il y avait un suivi et qu'on demande des comptes plus souvent. » Certains ont mentionné l'importance d'accentuer le rôle de la DRSP dans la région et, pour eux, le PAR en fournit l'occasion.

En ce qui a trait aux mécanismes d'échanges avec les acteurs externes, le CCCSP est perçu par la majorité des coordonnateurs comme un plus, compte tenu du fait qu'il constitue le principal lien entre eux et les CSSS. Ce comité s'est avéré particulièrement utile au moment où les tables régionales avaient temporairement cessé leurs activités. Comme le soulignent quelques coordonnateurs : « Il s'agit d'un lieu stratégique qui permet à chaque coordonnateur d'aller parler de ses dossiers, s'il le juge utile. »

Les **professionnels de la DRSP** rencontrés se sont peu prononcés sur les mécanismes de gestion de la direction. En fait, ils disent ne pas avoir perçu de changement sur ce plan depuis la mise en place du PAR; seul le processus de reddition des comptes a été reconnu comme nouveau. Pour ce qui est du principal élément associé à la gestion et à la prise de décision, la plupart d'entre eux mentionnent l'appui de leur coordonnateur et du directeur régional de santé publique pour la mise en place des programmes ou activités du PAR dont ils sont responsables. Cet appui s'exerce, entre autres, lors des rencontres avec le directeur régional de santé publique. En effet, en plus de servir de lieu d'échanges, ces rencontres offrent au coordonnateur l'occasion de faire valoir des aspects des dossiers de l'équipe. En outre, cet appui est considéré comme un élément facilitant et favorable à l'actualisation de leurs activités.

Par ailleurs, pour quelques-uns, le Plan stratégique a permis de répondre, à partir des chantiers Personnes âgées et Santé mentale, aux lacunes exprimées par les partenaires lors de la Journée de consultation.

■ *À l'échelle locale*

Il faut préciser qu'aucune information n'a été colligée sur les mécanismes et les stratégies de gestion internes aux CSSS. L'information recueillie s'est concentrée autour du CCCSP, qui associe les responsables locaux à la DRSP dans le suivi de l'implantation du PAR et des PAL.

Dans l'ensemble, le CCCSP est vu comme un mécanisme pertinent qui permet d'échanger avec la DRSP et les autres CSSS et de faire les liens entre le PAR et les PAL. Toutefois, ce comité ne semble pas avoir répondu entièrement aux attentes qu'il avait suscitées.



Les **responsables locaux** voient ce comité comme étant utile et important. Pour eux, ce lieu permet de fournir de l'information qu'ils peuvent transmettre par la suite dans leur milieu respectif. Ils trouvent en effet important d'informer les gestionnaires à l'interne de leur CSSS en ce qui a trait au PAR et aux PAL. Toutefois, pour un responsable local, l'échange d'information apparaît insuffisant; il souhaite aussi être davantage soutenu dans la mise en œuvre du PAL, comme cela a été le cas pour l'étape de l'élaboration. Les responsables soulignent, à ce propos, que : « Ce mécanisme doit permettre plus de concertation et d'échange d'information. [...] C'est important d'être accompagné, de faire le lien entre le PAR et le PAL. Avoir une personne pour nous aider, ça va nous aider à nous structurer, à avoir plus de cohérence et à faire le lien avec les autres CSSS, d'avoir des discussions et un partage des résultats. »

2.2.2 *Mécanismes de suivi et de reddition de comptes*

Le suivi de gestion représente l'une des stratégies qui soutiennent le processus de mise en œuvre du PAR. Les principales modalités utilisées par la DRSP à cet égard, tant à l'interne qu'auprès des CSSS, sont les **ententes de gestion et leur suivi** ainsi que **la reddition de comptes associée au Programme de subventions PAR**, conjuguées à une **tournee du directeur régional de la DRSP** auprès des directeurs généraux de chacun des CSSS de la région. Aussi, chaque coordonnateur assure le suivi des dossiers de son équipe directement avec ses membres. Des **démarches d'évaluation**, portant sur des programmes ou activités bien précis, sont aussi réalisées afin de suivre et d'apprécier la mise en place des processus ainsi que l'atteinte de certains résultats visés sur le plan régional et local. À l'instar de ce que le MSSS a entrepris pour le PNSP, la DRSP a réalisé une évaluation globale comprenant un bilan d'implantation et une évaluation de la capacité de la mise en œuvre des programmes et activités du PAR.

■ *Dans l'ensemble*

Sur le plan régional aussi bien que local, la majorité des répondants soulignent que les principaux mécanismes de suivi et de reddition de comptes représentent des outils utiles et pertinents pour suivre l'implantation du PAR.

■ *À l'échelle régionale*

L'ensemble des répondants de la DRSP considère que ces mécanismes sont essentiels pour évaluer et dresser un bilan des programmes et activités de santé publique réalisés à l'échelle régionale ainsi qu'au sein des milieux locaux. À la DRSP, comme prévu dans le PNSP, un bilan des programmes et activités a été réalisé au cours de la dernière année, lequel faisait état de l'avancement des dossiers au terme du premier cycle du PAR. Relativement aux milieux locaux, divers mécanismes de suivi ont été relevés par les coordonnateurs et les professionnels de la DRSP, dont la tenue de rencontres annuelles avec des responsables de dossiers visant à faire un état de situation de l'avancement du programme et de ses activités et à recenser les difficultés éprouvées au cours de l'année. De plus, comme pour la DRSP, un bilan du PAL a également été réalisé dans les CSSS au cours de la dernière année.

MÉCANISMES DE SUIVI ET REDDITION DE COMPTES

- **Reddition de comptes et suivi des Ententes de gestion**
Comme le stipule le PNSP 2003-2012, la reddition de comptes consiste à justifier l'utilisation adéquate des fonds publics. Elle est associée à une plus grande imputabilité du palier régional envers le national, mais également du local envers le régional. Dans la région de la Capitale-Nationale, deux modalités principales sont utilisées. Premièrement, des ententes de gestion avec les établissements dans lesquelles des attentes particulières à l'égard de certains programmes ou activités sont spécifiées. Ensuite, une reddition de comptes est réalisée pour des programmes et activités précises de promotion/prévention et protection du PAR 2004-2007, liées au Programme de subventions PAR.
- **Tournée du directeur régional de santé publique dans les CSSS**
Afin d'assurer un suivi quant à l'actualisation du PAR et des PAL dans la région, le directeur régional de santé publique a convenu de rencontrer, dans chacun des milieux, les directeurs généraux des CSSS. Ces rencontres visent à faire le point sur l'actualisation et l'avancement des programmes et activités de santé publique à l'échelle locale et à discuter des difficultés rencontrées, notamment au regard de la reddition de comptes afin de déterminer des pistes de solution.
- **Évaluations particulières (portant sur des programmes ou activités précis)**
Plusieurs programmes ou activités de santé publique, qui se mettent en place aux paliers local ou régional, sont accompagnés d'une évaluation. Celle-ci porte le plus souvent sur des éléments de processus relativement à l'implantation, mais il peut arriver qu'elle concerne également l'atteinte de résultats et certains effets. Le financement de ces évaluations est pris généralement à même les ressources des équipes.
- **Évaluation du PAR 2004-2007**
Dans la foulée de la mise à jour du PNSP, la DRSP a amorcé une démarche d'évaluation du PAR qui comporte deux composantes : le bilan des programmes et activités ainsi que l'évaluation de la capacité de mise en œuvre. L'exercice bilan a été réalisé à partir de l'adaptation de l'outil de collecte de données du MSSS. L'évaluation de la capacité de mise en œuvre, amorcée au cours de 2007, se veut complémentaire à ce bilan. Elle vise à documenter les conditions favorables ainsi que les difficultés rencontrées lors de l'élaboration et de la mise en œuvre du PAR et des PAL.



Le **directeur régional de santé publique** et son adjointe soulignent que les mécanismes de suivi sont structurants et qu'ils constituent un rappel aux directeurs généraux des CSSS « en ce qui a trait à leur responsabilité à l'égard de la santé publique ». Aussi, le suivi, bien qu'il soit perçu comme important, n'est ni facile ni optimal puisque pour un bon nombre des programmes et activités du PAR, les objectifs associés ne sont pas énoncés en termes mesurables et que, dans plusieurs cas, aucun indicateur n'y est précisé. Ils rapportent que les tentatives faites pour élaborer un outil permettant de pallier cette situation n'ont pas eu le succès escompté et déplorent que le PNSP ne « fournisse aucun éclairage ni soutien à cet égard ».

Chez les **coordonnateurs**, on fait état d'autres modalités pour assurer un suivi, dont des rencontres formelles auprès des CSSS destinées à dresser un état de situation pour l'ensemble des activités de certains programmes. Quelques-uns indiquent que ces rencontres sont généralement moins fréquentes lorsqu'il y a une entente de gestion qui balise clairement les attentes du palier régional envers les CSSS. Il est aussi question de bilans ou du manuel d'organisation de projet (MOP), utilisé entre autres pour l'activité Récupération du matériel d'injection souillé. On parle également de démarches d'évaluation et, à ce propos, la capacité à réaliser des évaluations des programmes et activités du PAR semble représenter une condition favorable à l'adaptation des interventions. D'ailleurs, certains voient le PAR comme un outil nécessaire pouvant servir de tableau de bord pour le comité de régie afin de faire le point, comme c'est le cas pour le Plan stratégique.

Les **professionnels de la DRSP** considèrent que les ententes de gestion constituent le principal mécanisme de suivi. Ces ententes sont perçues très utiles et exercent une certaine influence auprès des CSSS pour les programmes ou activités concernés. Plusieurs d'entre eux voient ces ententes et l'annexe de santé publique comme des conditions favorables à l'implantation du PAR. Par contre, pour certains professionnels, même lorsque le programme est bien établi (comme SIPPE), « tout n'est pas mesurable et on ne réussit pas à toujours mesurer certains indicateurs évolutifs dans le temps ». À cet effet, ils jugent important de bien « cerner les objectifs visés par ce que l'on cherche à mesurer à l'intérieur des ententes de gestion ».

■ *À l'échelle locale*

D'après les répondants des CSSS, les principaux moyens pour assurer le suivi des programmes et activités de santé publique au palier local sont les ententes de gestion et la reddition de comptes. Toutefois, on relève des difficultés pour répondre adéquatement aux attentes régionales, dont la variabilité des bases d'information de certains programmes de santé publique.



Même s'ils reconnaissent l'importance et l'utilité de la reddition de comptes, les **responsables locaux** soulignent « qu'il n'est pas facile de quantifier les activités, en particulier les activités de prévention ». Selon ces derniers, il existe peu d'outils pour assurer le suivi des programmes et activités de santé publique sur le plan local. Pour eux, cet élément représente une difficulté, d'autant plus que dans leur milieu, le personnel n'est pas toujours favorable à une telle collecte de données. Ils apprécient toutefois l'ouverture de la DRSP quant aux différents niveaux de réalisation des programmes et activités prévus en prenant en

compte les difficultés rencontrées qui ont pu ralentir leur implantation. À l'interne du CSSS, les responsables locaux sont chargés de faire le suivi, notamment à partir du bilan d'implantation de leur PAL.

La majorité des **intervenants rencontrés dans les CSSS** signalent l'absence ou le fait « qu'il existe peu d'outils disponibles pour faire le suivi des activités de santé publique en CSSS ». Cet aspect rejoint d'ailleurs le point de vue des professionnels de la DRSP. En fait, ces répondants relèvent certaines difficultés à suivre et à documenter l'information relative aux programmes et activités de santé publique, lesquelles constituent une barrière pour bien s'acquitter de la reddition de comptes.

À partir des cas retenus à titre d'exemples pour l'évaluation, les répondants locaux ont donné leur point de vue sur les mécanismes de suivi et de reddition de comptes. Ainsi, pour le programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION, trois des quatre milieux mentionnent la reddition de comptes comme principal mécanisme de suivi avec la DRSP. Un des milieux indique que « les ententes de gestion sont claires et qu'il existe un bon suivi ». Par ailleurs, des répondants d'un autre CSSS relèvent le manque d'outils concrets ou de tableau d'indicateurs pour assurer un suivi du nombre de personnes rejointes, et non seulement du nombre d'activités réalisées. D'autres intervenants remettent en question la fiabilité des données utilisées pour la reddition de comptes dans certains programmes, estimant qu'il peut y avoir là risque d'erreurs. Selon ce qui est mentionné, cet aspect semble particulièrement présent dans le cas des activités préventives. Par ailleurs, différents moyens sont utilisés de manière à faire un état de situation dans les milieux locaux. À titre d'exemple, le journal de bord, proposé par la DRSP, semble être utilisé par tous les CSSS comme outil de suivi dans le cadre d'une démarche évaluative.

Dans le cas du programme SIPPE, presque tous les CSSS semblent avoir leur propre système de suivi pour répondre aux exigences de la reddition de comptes. Le système d'information clientèle I-CLSC demeure la base d'information à partir de laquelle certains rapports sont produits périodiquement. Cependant, il semble exister une certaine variabilité de l'information qui rend difficile la mise en commun des données disponibles. Enfin, dans le cas de la Récupération du matériel d'injection souillé, le suivi est fait à partir de l'appréciation du nombre de contenants livrés aux différents points de chute, et ce, dans tous les milieux. Somme toute, quels que soient les mécanismes utilisés dans le cas de ces exemples, l'information qui s'en dégage sert essentiellement à chacune des équipes pour dresser un portrait de la situation de leurs programmes ou activités et pour déterminer quels semblent être les ajustements requis afin de maximiser l'atteinte des objectifs visés.

■ *Assises et points névralgiques*

La gestion à l'interne de la DRSP s'est poursuivie à partir des mêmes mécanismes, en continuité avec ce qui se faisait auparavant, ce qui atteste, pour quelques-uns, une certaine stabilité au sein de l'organisation. Le fait d'être au courant des façons de procéder, sur le plan de la gestion, constitue un aspect favorable pour les coordonnateurs. De plus, les liens entre le Plan stratégique et le PAR constituent d'autres points favorables; l'introduction des deux chantiers et des PCP a permis d'expérimenter des façons de faire sur une base transversale.

De plus, la DRSP s'est ajustée au contexte de fusion des établissements pour apporter un soutien dans la démarche de mise en œuvre de leur PAL et pour mettre en place des mécanismes d'interface avec les CSSS, notamment le CCCSP et la tournée du directeur régional, appréciés par les répondants locaux de santé publique. Cependant, compte tenu du fait que le palier local souhaite faire reposer ses actions de santé publique sur les orientations régionales, il est permis de croire que l'utilisation des mécanismes existants pourrait être maximisée, notamment pour favoriser le partage de perspectives d'ensemble et pour permettre une meilleure cohérence entre les programmes et activités aux paliers régional et local.

Pour leur part, les mécanismes de suivi et la reddition de comptes sont perçus comme étant utiles et pertinents à la mise en œuvre des programmes et activités de santé publique dans la région. Cependant, l'absence de stratégies permettant d'assurer le suivi de l'ensemble des activités de santé publique et d'optimiser l'utilisation des résultats qui en découlent constitue un des aspects à améliorer. Le manque d'outils concrets pour bien s'acquitter du suivi et de la reddition de comptes et pour répondre aux demandes du palier régional, notamment dans le cas des programmes et activités de promotion/prévention, représente un autre point névralgique relativement aux mécanismes de suivi du PAR.

2.3 Quelle est l'influence des aspects organisationnels sur la mise en œuvre du PAR?

L'information recueillie relativement aux aspects organisationnels porte principalement sur la suffisance des ressources humaines et financières, sur les rôles et les responsabilités de chacun des acteurs de santé publique ainsi que sur les modes de communication au cours de l'implantation du PAR.

2.3.1 Ressources humaines et financières

Les ressources financières disponibles pour la mise en œuvre des programmes et activités du PAR proviennent principalement du MSSS. Ce financement est alloué sous la forme d'un budget de fonctionnement en santé publique auquel peut s'ajouter un budget de développement pour différents services à partir des priorités du MSSS. L'ASSS, par l'intermédiaire de la DRSP, a la responsabilité de répartir le budget de développement dans les territoires de CSSS de la région. Cette allocation budgétaire permet ainsi à la DRSP de répondre à ses différents mandats et d'exercer son rôle de santé publique au palier régional.

Il est important de préciser que l'information colligée sur les ressources financières n'a pas fait l'objet d'une analyse systématique des données sur les budgets de fonctionnement de la direction et des CSSS. Cet aspect n'a pas été examiné comme tel avec les répondants locaux; la variable a été abordée dans un sens général, concernant les ressources dont la direction et les milieux disposent pour s'acquitter de leurs tâches.

L'information disponible indique que globalement, depuis l'implantation du PAR en 2004, les ressources humaines à la DRSP (professionnels, techniciens, personnel de soutien et de secrétariat) ont augmenté en nombre, passant de 99,9 à 124,0 équivalents temps complet (ETC) en 2007-2008 (voir Annexe III). La hausse du nombre de professionnels est liée essentiellement à l'embauche de personnel, à partir des budgets de développement reçus

depuis 2004. Toutefois, le nombre de médecins a pour sa part diminué; cette baisse s'explique, entre autres, par des réorientations de carrière, ainsi que par certains départs pour l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

■ *Dans l'ensemble*

On n'observe pas de réelle convergence dans les propos recueillis en ce qui a trait à la suffisance des ressources humaines et financières sur le plan régional. D'ailleurs, les CSSS ne se sont pas prononcés à ce sujet à l'égard de la DRSP. Toutefois, tous conviennent du manque de ressources du palier local pour s'acquitter adéquatement de leurs fonctions de santé publique.

■ *À l'échelle régionale*

Les points de vue sur la suffisance des ressources humaines disponibles à la DRSP, pour réaliser l'ensemble des programmes et activités prévus dans le PAR, sont partagés; il n'existe pas de convergence à ce sujet. Par ailleurs, tous s'entendent pour dire que le financement constitue un élément clé qui permet de faire avancer un programme ou une activité. Par contre, les propos recueillis ne permettent pas de préciser si le financement apparaît suffisant ou pas pour assurer la mise en œuvre du premier cycle du PAR.



Le **directeur régional** souligne que les CSSS manquent de ressources financières et humaines pour réaliser pleinement leurs mandats liés à la santé publique : « Il n'y a pas assez de professionnels à temps plein en santé publique, et il manque de financement. » Aucun commentaire n'a été fait de sa part en ce qui a trait à la disponibilité des ressources à la DRSP.

Au sein de la DRSP, de l'avis de l'**adjointe au directeur régional de santé publique**, les ressources humaines semblent suffisantes. En fait, pour elle, il est difficile d'affirmer que la DRSP manque de ressources dans le contexte où des budgets de développement ont été alloués au cours des dernières années, ce qui a permis d'embaucher des personnes. Bien que les ressources humaines à la DRSP semblent en nombre suffisant, elle souligne l'importance d'exercer une certaine vigilance quant à une surcharge possible de travail. Pour elle, la responsabilité revient à chaque coordonnateur de vérifier s'il a, ou non, les ressources humaines suffisantes et compétentes pour remplir ses mandats. Depuis les changements liés au rattachement administratif avec l'ASSS, les ressources humaines de la DRSP sont maintenant sous la responsabilité de la Direction des ressources humaines (DRH) de l'ASSS, ce qui a entraîné une certaine distance dans le suivi des effectifs. De plus, compte tenu du fait que le rôle de la DRSP en est un de soutien au palier local, l'adjointe au directeur souligne que le besoin en ressources humaines est nettement plus marqué pour les CSSS.

Pour leur part, l'ensemble des **coordonnateurs de la DRSP** est d'avis que la majorité des équipes ne peuvent compter sur un noyau suffisant de ressources humaines pour actualiser la totalité des programmes et activités du PAR à la suite du déplacement de certaines ressources humaines vers l'INSPQ, notamment pour les équipes en Maladies infectieuses et Environnement, ainsi qu'en raison du non-remplacement dans le cas des départs à la retraite. Un seul coordonnateur souligne avoir fait le gain d'une ressource professionnelle au cours des dernières années, et ce, pour un dossier particulier dans le domaine Pauvreté/développement social et des communautés; les autres ont plutôt fait

valoir le manque de ressources pour réaliser le plus grand nombre de programmes et d'activités inscrit dans le PAR.

De plus, pour les coordonnateurs, le financement associé à un programme ou à une activité constitue une condition intéressante pour faire avancer ce dossier à l'intérieur du PAR. Ainsi : « Pour les activités qui ont les moyens de s'actualiser, ils [les professionnels] savent quoi faire. Si cela n'a pas été fait, c'est que nous n'avons pas l'argent pour le faire. » Les activités préventives auprès des jeunes de 15 à 24 ans, prévues dans le programme ITSS, en sont un exemple relevé par le coordonnateur de ce dossier. Selon ce qui a été mentionné, compte tenu du fait qu'aucun nouveau financement n'a été versé dans les dernières années de manière à intéresser les CSSS à s'engager dans ce secteur particulier, ces activités n'ont pas progressé autant que ce qui était souhaité.

En outre, de l'avis des coordonnateurs, l'importance de se donner les moyens financiers pour avoir des ressources humaines dédiées et en quantité suffisante constitue une condition clé pour permettre aux CSSS de réaliser les programmes et activités visés par le PAR et les PAL. Toutefois, un coordonnateur apporte une nuance à ce propos, précisant que le manque de ressources ne peut, à lui seul, expliquer tous les écarts observés dans l'implantation des programmes et activités du PAR. Pour lui, d'autres éléments auraient aussi contribué aux problèmes liés à l'avancement des dossiers. Parmi ces facteurs, citons des difficultés sur le plan de la collaboration avec certains milieux, dont l'intersectoriel, ainsi que l'absence de volonté politique dans certains cas, le roulement du personnel et l'émergence de problèmes ou de situations de crise.

Pour l'ensemble des **professionnels rencontrés à la DRSP**, le financement est perçu comme un élément important et favorable pour actualiser les activités de santé publique. Selon eux : « S'il y a de l'argent, le programme a plus de chance de fonctionner. » Bien qu'ils estiment suffisantes les sommes allouées pour les différents programmes et activités retenus à l'étude (SIPPE, 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION, Récupération du matériel d'injection souillé, Analyse des milieux, MARCHE et Vaccination contre l'influenza), les professionnels relèvent l'importance de ne pas négliger le temps et l'effort à consacrer au suivi d'un dossier auprès des milieux, particulièrement dans le cas où il existe un roulement considérable de personnel à l'échelle locale. Dans ce contexte, les sommes allouées par programme ou activité semblent limites pour assurer un suivi soutenu auprès des CSSS et des autres partenaires locaux. Dans les faits, il semble que le soutien requis au palier local est souvent sous-estimé pour plusieurs raisons, et ce, à différentes étapes de réalisation. L'intensité de la période de démarrage d'un programme ou activité, de même que le temps nécessaire à une démarche d'évaluation, en sont des exemples. La disponibilité des ressources humaines pour la mise en place des programmes et activités ciblés s'avère aussi une condition favorable pour leur implantation. Sur ce point, le maintien à l'emploi des professionnels et techniciens à la DRSP demeure un défi.

Par ailleurs, des professionnels soulignent que les modalités d'attribution du financement par programme ou activité, suivant certains critères balisés par le MSSS, ont parfois pour effet de compartimenter l'intervention et ne favorisent pas l'approche globale sur le terrain. À ce sujet, un professionnel déclare : « Les impératifs administratifs prévalent sur des intérêts humains, sur une réalité humaine... Une personne a plusieurs besoins. » Il ajoute : « Si un projet arrive pour telle affaire, c'est

comme s'ils [les intervenants] ne pouvaient plus s'occuper d'une autre affaire parce qu'ils n'ont plus les budgets pour ça... » Une équipe fait aussi valoir les exigences administratives associées au financement alloué, lesquelles représentent beaucoup de « paperasse administrative... Car produire des écrits pour les montants qui nous sont alloués [...] et passer à travers toutes les étapes, c'est long ».

CARACTÉRISTIQUES DE L'ORGANISATION DE LA DRSP DE LA CAPITALE-NATIONALE

La DRSP de la Capitale-Nationale est composée de neuf équipes/domaines :

- six équipes sont rattachées aux domaines d'intervention décrits dans le PNSP (*Développement, adaptation et intégration sociales, Habitudes de vie et maladies chroniques, Promotion de la sécurité et prévention des traumatismes, Maladies infectieuses, Santé environnementale et Santé en milieu de travail*);
- deux équipes/domaines sont spécifiques à la région (*Organisation des services et évaluation ainsi que Pauvreté, développement social et des communautés*);
- une équipe est liée aux fonctions essentielles de la santé publique (*Connaissance et Surveillance de l'état de santé de la population*).

Une équipe *Planification*, associée à la direction, a comme principal mandat de gérer l'ensemble des processus liés à la planification dans l'organisation et les dossiers de nature transversale, soit ceux qui concernent plusieurs équipes de la DRSP.

■ À l'échelle locale

Tous les répondants des CSSS conviennent que le manque important de ressources humaines, entre autres pour les soins infirmiers, représente une difficulté majeure pour l'actualisation de certaines activités de santé publique. Dans tous les CSSS, les activités de santé publique sont assumées par des intervenants qui cumulent d'autres fonctions et tâches. Amenés à jumeler des activités préventives à d'autres de nature curative, ils sont obligés de travailler dans un contexte où le temps alloué à la santé publique est fractionné. Dans ce contexte, les tâches relevant de responsabilités de santé publique sont perçues comme étant ajoutées, dans bon nombre de cas. De plus, cette situation rend difficiles la gestion et le suivi des budgets de santé publique (quelques heures santé publique/semaine pour des intervenants) au palier local.



Tous les **responsables locaux** notent des difficultés liées à l'insuffisance des ressources humaines et financières des CSSS pour la mise en place des PAL. Ils relèvent, entre autres, un manque de temps attribué à certaines activités de santé publique ainsi qu'une disponibilité restreinte d'un bon nombre d'intervenants, dont les infirmières, en raison de la pénurie actuelle dans cette discipline. D'après les responsables locaux, certaines activités de promotion/prévention et de protection sont souvent perçues comme des tâches ajoutées; on déplore le manque de ressources qui y soient exclusivement dédiées. Cette situation entraîne un fractionnement des activités et de nombreuses difficultés dans la gestion du temps et du budget, puisque les intervenants sont parfois sollicités pour intervenir dans plus d'un programme ou d'une activité.

Compte tenu des nombreuses urgences à gérer au quotidien, comme le rapportent les responsables locaux, les activités le plus souvent mises de côté sont celles qui sont liées à la promotion/prévention. Face à cette situation, l'un d'entre eux suggère d'avoir « un budget et des ressources humaines dédiés spécifiquement aux activités de santé publique ». Pour les responsables locaux, la disponibilité des ressources humaines et financières constitue une condition déterminante pour l'actualisation et la continuité des activités de santé publique.

Enfin, un milieu a fait valoir l'importance de l'équité dans la répartition des sommes versées, basée non seulement sur les données démographiques des milieux mais également sur la grandeur et l'étendue du territoire à couvrir. On estime que la répartition des budgets de santé publique dans les CSSS devrait tenir compte de ces paramètres.

La plupart des **intervenants des CSSS** soulignent quant à eux que leur milieu n'a pas assez de ressources humaines pour actualiser leur PAL et craignent une surcharge de travail s'ils devaient actualiser complètement le plan d'action. À titre d'exemple, selon une équipe locale du programme SIPPE : « Si la DRSP décidait d'augmenter la cible à atteindre, cela pourrait occasionner une surcharge de travail pour les infirmières déjà en place, étant donné la pénurie d'infirmières et le fait que les intervenants ne travaillent pas à temps plein sur ce programme. »

De plus, certains milieux notent que le roulement important de personnel occasionne des contraintes dans l'actualisation des programmes de santé publique sur le plan local. Cette situation rend plus difficile la poursuite des programmes et activités de santé publique, notamment en ce qui concerne leur capacité à rejoindre les clientèles ciblées ou à faire le suivi. À ce sujet, des intervenants suggèrent que la DRSP offre plus fréquemment des formations, ce qui permettrait à tout nouvel employé de s'approprier les connaissances liées aux programmes ou activités de santé publique à actualiser sur le terrain.

En ce qui concerne les ressources financières, parmi les activités retenues pour l'étude, seuls les responsables de la Récupération du matériel d'injection souillé, dans chacun des CSSS, ont mentionné que l'allocation budgétaire supplémentaire a été déterminante pour la mise en œuvre de cette activité.

2.3.2 Rôles et responsabilités

La LSP définit les fonctions auxquelles sont associés des rôles et des responsabilités pour les différents paliers, de manière à préciser ce que chacun doit faire en matière de santé publique. Cette section vise à cerner comment les personnes rencontrées définissent leurs rôles et leurs responsabilités, en ce qui a trait à leurs fonctions respectives dans ce domaine. Les répondants s'expriment aussi relativement aux attentes de leurs directions à ce sujet (voir Encadré à la page suivante).

■ *Dans l'ensemble*

D'après l'information recueillie, peu de changements semblent avoir été introduits dans l'actualisation des mandats à exercer depuis l'entrée en vigueur de la LSP et l'implantation du PNSP, particulièrement au sein de la DRSP. À l'échelle locale, l'arrivée d'un responsable a conduit à des modifications dans l'exercice des rôles liés à la santé publique; dans son cas, le rôle a bien été confirmé par la transformation du réseau de la santé et des services sociaux.

RÔLES ET RESPONSABILITÉS DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Au palier régional, les mandats de la DRSP se traduisent principalement dans l'exercice de ses fonctions essentielles (la surveillance continue de l'état de santé de la population; la promotion de la santé et du bien-être; la prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes; la protection de la santé) et de ses fonctions de soutien (la recherche, l'évaluation ainsi que le développement et le maintien des compétences en santé publique). Dans la foulée du PNSP, la DRSP a la responsabilité d'élaborer un PAR qui intègre ces fonctions aux domaines d'intervention ainsi qu'aux stratégies d'action retenues régionalement et d'en assurer la gestion. Elle assume aussi une responsabilité à l'égard de la gestion du programme Service de santé publique.

Les responsabilités de la DRSP s'exercent également envers les CSSS, notamment pour ce qui est du soutien et de l'accompagnement, entre autres par la formation offerte et par la transmission des connaissances. D'autres responsabilités à l'égard des milieux locaux touchent la mise à profit de l'expertise et la diffusion des pratiques efficaces et prometteuses.

Les CSSS ont aussi à élaborer et à mettre en place une offre de service dans leur territoire respectif. La version révisée du PNSP indique à ce sujet que les « instances doivent se mobiliser à l'égard des préoccupations telles que l'amélioration de l'état de santé de la population, l'accès aux services et la continuité des services, l'interdisciplinarité et l'intersectorialité, la dynamique inter-organisationnelle, la circulation de l'information et du savoir, l'évaluation et le suivi des résultats ».

De manière plus précise, l'introduction d'un gestionnaire responsable des dossiers de santé publique, issu de la réorganisation du réseau, joue un rôle clé au sein du CSSS. Entre autres fonctions, il doit renforcer la prévention au sein de son CSSS et mobiliser les différents partenaires de son territoire. La gestion et le suivi du PAL dans son milieu, notamment à partir du bilan d'implantation des activités du PAL, sont également sous sa responsabilité. Dans les faits, ce gestionnaire joue un rôle de soutien à la Direction générale, aux autres directions et aux chefs de programme pour ce qui est des activités de santé publique au sein du CSSS. Il siège également à différents comités régionaux, dont le CCCSP, et s'assure de transmettre ensuite l'information recueillie à l'intérieur de son milieu.

■ *À l'échelle régionale*

Selon les personnes rencontrées à la DRSP, l'arrivée du PNSP, du PAR et des PAL n'a pas entraîné de modifications majeures dans la définition des rôles et des responsabilités. En ce sens, l'implantation du PAR n'a pas changé les rôles et les responsabilités que doit jouer la DRSP; ses responsabilités demeurent celles qui apparaissent dans l'encadré. Seule la mise en place des ententes de gestion et la reddition de comptes ont été relevées à ce propos.

De façon particulière, les personnes rencontrées ont décrit le rôle de la DRSP comme étant d'orienter, de soutenir et d'accompagner les intervenants des CSSS dans la mise en place des différents programmes ou activités de santé publique; à cela s'ajoute une responsabilité d'évaluation des activités. On mentionne aussi que la DRSP a la responsabilité de faire les liens entre « les orientations du MSSS et les besoins du terrain » ainsi qu'une obligation d'assurer un suivi auprès des CSSS, à partir des ententes de gestion ou des démarches d'évaluation particulières.

Pour la majorité des personnes rencontrées à la DRSP, il semble qu'aucune indication particulière n'ait été donnée pour préciser les rôles à jouer dans la mise en œuvre du PAR. Les personnes interviewées décrivent leur rôle de manière diversifiée. Pour certaines, il s'agit de fournir soutien et accompagnement aux milieux pour l'implantation des activités ainsi que de réaliser des évaluations.



Pour le **directeur régional de santé publique**, les mandats et les responsabilités de la DRSP sont bien définis par la LSP. Comme l'entrée en vigueur de cette loi et l'arrivée du PNSP n'ont entraîné aucun changement dans les mandats dévolus à la DRSP, aucune attente précise de la direction n'a été formulée au personnel concernant leur rôle et leurs responsabilités lors de l'implantation du PAR et des PAL, si ce n'est de poursuivre la mise en place des programmes et activités de santé publique en fournissant le soutien requis au palier local.

Comme le soulignent le **directeur régional de santé publique** et **son adjointe**, les membres de l'équipe Planification ont été chargés de l'élaboration du PAR et de son implantation. De plus, ce sont eux qui se sont assurés du suivi et de l'évaluation de l'implantation au sein de la DRSP ainsi que des liens avec les milieux locaux pour la traduction du PAR en PAL.

En outre, l'importance de se donner la capacité, au palier régional, de faire une planification rigoureuse et d'en assurer la coordination est ressortie comme étant une condition favorable à la réussite de l'implantation du PAR. Il apparaît également central de bien définir ce sur quoi chacun travaille, de préciser les rôles attendus, de déterminer les résultats à atteindre ainsi que les moyens que l'on se donne pour y arriver.

Selon ce qui se dégage des propos des **coordonnateurs**, leurs rôles dans la mise en œuvre du PAR sont multiples et varient selon les domaines d'intervention. Ils agissent d'abord en continuité avec ce qu'ils font en santé publique, relativement à leurs plans d'action respectifs et à la coordination de leur équipe. Pour ce qui est de leur fonction, ils mentionnent, entre autres, le soutien conseil auprès des CSSS et des autres partenaires, la gestion des budgets et du personnel de leur équipe ainsi que l'analyse des données produites par l'équipe Surveillance. De plus, la majorité d'entre eux soulignent leur responsabilité à l'égard du suivi et de la reddition de comptes à partir des ententes de gestion.

Invités à se prononcer sur les changements survenus par la mise en place des PAL au sein des milieux locaux, la plupart des coordonnateurs ont répondu que leur rôle se situait en continuité avec ce qu'ils faisaient auparavant, c'est-à-dire, lié à la mise en œuvre de leur propre plan d'action dont les programmes et activités figurent dans le PAR. Ils ne se voyaient pas jouer un autre rôle particulier concernant l'élaboration des PAL. Toutefois, certains soulignent le besoin que leurs rôles soient clairement définis en ce qui a trait au soutien à fournir aux instances locales dans la mise en œuvre des PAL.

De leur côté, pour les **professionnels de la DRSP**, leurs rôles consistent à orienter, à soutenir et à accompagner les intervenants des CSSS dans l'actualisation des différents programmes ou activités de santé publique. Dans les faits, ils se concentrent surtout sur le contenu. À cet égard, le soutien fourni aux intervenants des CSSS ou à d'autres

partenaires prend différentes formes : conception et documentation, formation des intervenants, animation de rencontres, etc., selon l'état d'avancement des programmes ou des activités. Ils se voient également jouer un rôle d'évaluation et de suivi des activités réalisées.

De leur point de vue, le rôle du coordonnateur en est principalement un de gestion et de soutien aux professionnels de son équipe. Cet appui porte à la fois sur le contenu, sur les approches ainsi que sur les aspects du processus destiné à mettre les activités en place. Pour les professionnels, le coordonnateur voit principalement aux aspects administratifs et à ceux liés au fonctionnement de l'équipe ainsi qu'à la bonne marche des dossiers. Il a aussi la responsabilité d'assurer les liens avec les gestionnaires des CSSS associés aux dossiers qui sont en relation avec les membres de son équipe.

Parmi les conditions favorables à la mise en œuvre du PAR fréquemment mentionnées, autant par les coordonnateurs que par les professionnels de la DRSP, citons le fait de pouvoir compter sur des mandats clairs et des alignements définis pour implanter les activités de santé publique. Ajoutons le soutien et le niveau d'écoute de la direction à l'endroit du coordonnateur, un aspect relevé par un grand nombre de professionnels et de coordonnateurs.

■ *À l'échelle locale*

Tous conviennent du rôle clé du gestionnaire responsable des activités de santé publique à l'échelle locale. Dans l'ensemble, les attentes de leurs directions semblent claires et ils apprécient de pouvoir compter sur l'appui et le soutien de leur supérieur pour la mise en place des activités de leur PAL.



C'est aux CSSS qu'il revient d'implanter le PAL, et le responsable local y joue un rôle central. À cet égard, selon les **responsables locaux**, les attentes de chacune de leurs directions (CSSS) envers eux semblent claires. Ainsi, comme ils l'expriment, on attend d'eux qu'ils appuient la direction (CSSS) relativement aux activités de santé publique, entre autres en s'occupant de la promotion de celles-ci au sein du CSSS et auprès des partenaires du RLS, et en assurant leur suivi auprès des différentes directions. Lorsqu'ils définissent leurs fonctions au sein du CSSS, tous disent travailler en étroite collaboration avec les chefs de programme concernés par les activités de santé publique dont les services courants, Famille Enfance Jeunesse, Soutien à domicile, etc. Ils coordonnent également, avec les chefs de programme des secteurs, les activités de santé publique et, dans certains cas, voient même à les harmoniser pour l'ensemble du territoire. Certains d'entre eux ont mentionné avoir participé à l'élaboration de projets cliniques dans leur territoire local de services.

En raison de leurs fonctions, les responsables locaux échangent principalement avec les coordonnateurs de la DRSP et les membres de l'équipe Planification. Lors de l'élaboration des PAL, la contribution de cette dernière a été fort appréciée. Dans la mise en place des activités de santé publique au niveau local, le rôle des professionnels de la DRSP, tel qu'il est perçu par les responsables locaux, est de proposer des stratégies efficaces. Ce type de contribution est d'ailleurs vu comme étant une condition favorable à la mise en œuvre des PAL. On souhaite cependant que les stratégies proposées ne

soient pas trop complexes ou lourdes, estimant « qu'avoir des modalités d'actualisation réalistes dans le temps et dans les moyens sont un plus ». Aussi, interrogés sur leurs attentes à l'égard de la DRSP, les responsables locaux font principalement valoir des besoins de nature instrumentale, soit des outils cliniques et promotionnels ou des guides d'intervention. D'autres souhaits concernent la formation destinée à les aider dans la mise en place de certaines activités.

Pour leur part, la majorité des **intervenants rencontrés dans les CSSS** déclarent que les attentes de leurs supérieurs (chef de programme et directeur) et de la DRSP, face à leur rôle dans l'implantation des activités du PAL, sont claires. Ainsi, la plupart soulignent que leur rôle est « d'implanter et de mettre en œuvre les activités ou programmes de santé publique dans leur milieu ». Dans l'exercice de ce rôle, ils disent pouvoir compter sur le soutien de leurs supérieurs et des professionnels de la DRSP, le concours de ces derniers se traduisant par une expertise à donner de la formation et à fournir des outils ou des guides pour actualiser leur programme ou leur activité. On signale aussi la « bonne écoute » de la DRSP qui, par exemple, ajuste les échéanciers dans certains cas ou les aide dans la recherche de financement supplémentaire. Par ailleurs, de l'avis des intervenants rencontrés, l'aide professionnelle fournie par la DRSP s'avère plus intense au moment de l'implantation que pour un programme qui fonctionne depuis un certain temps. Dans ce cas, la tenue de quelques rencontres annuelles peut suffire, surtout qu'en tout temps les intervenants peuvent recourir au soutien des professionnels concernés, au besoin. Plusieurs intervenants soulignent toutefois qu'il est plus difficile qu'avant d'avoir des échanges directs avec les professionnels de la DRSP. À cet égard, il est mentionné dans un milieu que, depuis la fusion des établissements et en raison de la « grosseur » de leur nouvelle structure (CSSS), les liens avec la DRSP sont plus complexes, et ce, en raison du fait que les procédures en place impliquent de passer par la direction avant de redescendre vers eux.

Certains intervenants du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION relèvent toutefois que, malgré des attentes claires du palier régional, ils ne savent pas toujours comment faire pour atteindre les objectifs visés. À titre d'exemple, un des objectifs du programme est de rejoindre 10 % des municipalités. Cependant, aucune précision n'est donnée quant à l'opérationnalisation concrète de cet objectif, conformément à l'attente du palier régional, ni sur les stratégies gagnantes pour y arriver. Ces intervenants souhaiteraient donc pouvoir compter sur le rôle d'experts de la DRSP pour les aider quant aux stratégies possibles à utiliser pour atteindre les objectifs visés. Selon eux, la DRSP a un rôle dans la transmission des connaissances, d'autant plus qu'elle assure un suivi et qu'elle a une vision d'ensemble.

Du point de vue des intervenants en CSSS, plusieurs éléments sont considérés comme favorables à la mise en œuvre des programmes et activités de santé publique au palier local. Ils mentionnent principalement l'importance « de rendre les objectifs du programme plus clairs afin d'aider à leur actualisation sur le terrain, avoir des stratégies, des interventions ou des outils adaptés aux groupes ciblés et, dans un temps approprié pour les rejoindre, les convaincre et faire le suivi ». De plus, dans l'optique d'optimiser la mise en œuvre des activités de santé publique dont ils sont responsables, des intervenants ont proposé certaines stratégies telles que la tenue de rencontres régionales plus fréquentes pour échanger sur une problématique particulière, sur la détermination de stratégies efficaces ou encore sur des expériences ayant bien

fonctionné dans chacun des CSSS. On suggère aussi qu'il est essentiel de faire une relance du PAR et des PAL auprès des gestionnaires des CSSS, compte tenu du fait que chaque milieu a connu une certaine mobilité au cours des dernières années.

2.3.3 *Modes de communication*

Sur le plan organisationnel, la présence de différents mécanismes et modalités d'information entre la direction et le personnel joue un rôle important, entre autres lors de changements affectant directement les membres du personnel (voir Encadré à la page suivante).

À la DRSP, on compte différents mécanismes d'échange et d'information, dont l'**Assemblée générale** et la **Journée de l'intervention en santé publique (JISP)**. Les **réunions de chacune des équipes** servent également de lieu d'échanges avec le personnel.

D'un autre côté, il existe un certain nombre de mécanismes qui assurent l'interface entre le palier régional et les acteurs locaux. Ces mécanismes constituent des outils de communication de premier plan. Ainsi, le CCCSP favorise grandement les multiples échanges et discussions entre la DRSP et les CSSS relativement au PAR et à sa traduction en PAL. En fait, bon nombre d'échanges se font entre les responsables locaux et les coordonnateurs de la DRSP et l'équipe Planification. Par ailleurs, il existe différents **mécanismes de liaison**, lesquels portent le plus souvent sur des problématiques particulières. Une évaluation de ces modes de fonctionnement (Rossi, 2007) a d'ailleurs été faite dans le cadre du Plan stratégique. Selon les conclusions de ce travail, rapportées dans le bilan du Plan stratégique : « Les mécanismes semblent insuffisants en maladies infectieuses. Il faut garder la préoccupation de faire un bilan périodique (aux deux ans) de ces mécanismes étant donné le contexte changeant. » À ce propos, un bilan de ces mécanismes est prévu au cours de l'année 2009, en collaboration avec le CCCSP.

■ *Dans l'ensemble*

Il n'existe pas de convergence comme telle en ce qui a trait aux propos recueillis sur les modes de communication. On note divers points de vue sur la présence des différents mécanismes et sur certaines difficultés entre les paliers régional et local. Plusieurs professionnels de la DRSP et des intervenants des CSSS déplorent l'absence d'échanges directs entre eux pour la réalisation des programmes et activités de santé publique.

■ *À l'échelle régionale*



Le **directeur régional de santé publique et son adjointe** n'ont pas relevé de changement dans les modes de communication depuis la mise en place du PAR dans la région. Les mécanismes d'information à l'interne de la DRSP sont restés les mêmes. Toutefois, l'**adjointe au directeur régional de santé publique** fait allusion à l'objectif 9 du Plan stratégique, directement lié à l'axe portant sur la Mobilisation du personnel. Cet objectif vise précisément à « mettre en place des mécanismes de communication axés sur une meilleure connaissance de l'organisation, sur une plus grande participation, sur des échanges efficaces intra et interéquipes ainsi que sur l'élimination des doublages ». Sur ce point particulier, le bilan de la démarche de planification stratégique fait mention de la tenue d'un certain nombre d'activités ponctuelles, telles que la JISP « qui connaît une très bonne participation », les travaux des chantiers « ayant permis des discussions

interéquipes qui ont conduit à des activités intégrées pour la clientèle des personnes âgées, sur la problématique de la santé mentale ainsi que sur les PCP » et la formation des comités 0•5•30 et Environnement à l'interne de la DRSP « qui représentent des ajouts importants pour la réalisation de cet objectif et démontrent un beau dynamisme au sein de la DRSP ». En outre, selon le constat du bilan réalisé à l'égard de cet objectif : « Le dédoublement s'est avéré marginal après vérification. »

MÉCANISMES D'ÉCHANGES ET D'INFORMATION

Mécanismes internes à la DRSP

- Assemblée générale de la DRSP

Les assemblées générales de la DRSP constituent un mécanisme utilisé par la direction pour informer l'ensemble de son personnel. Lors des trois assemblées générales organisées habituellement chaque année, différents sujets sont abordés touchant la vie interne à la DRSP, les liens avec les partenaires immédiats ou, encore, les orientations provenant du MSSS. À titre d'illustration, ces assemblées sont l'occasion d'informer et de faire le point sur différents sujets d'actualité à l'échelle nationale (mise à jour du PNSP), régionale (Plan stratégique de la DRSP, mise à jour du PAR et dossiers particuliers de l'ASSS) ou locale (ententes de gestion avec les CSSS, projets cliniques ou mise à jour des PAL). Ces assemblées sont aussi l'occasion pour la direction de faire état d'éléments de contexte qui influent directement sur la mise en place des activités de santé publique dans la région. Au cours des dernières années, chaque assemblée générale a comporté des volets d'information relativement à l'avancement des travaux d'élaboration et d'implantation du PAR. L'avancement des travaux liés aux objectifs de la démarche de planification stratégique est également mis à l'ordre du jour de ces assemblées.

- Journée de l'intervention en santé publique

La Journée de l'intervention en santé publique (JISP) dans la région de la Capitale-Nationale a été mise en place en 2002. Il s'agit d'une occasion de diffuser certains projets d'intervention ou d'évaluation conçus par l'ensemble des équipes de santé publique, soit en cours de réalisation ou complétés durant les dernières années. Ce mécanisme (JISP) a été mis en place afin de favoriser les échanges entre les équipes de la DRSP, répondant ainsi au souhait exprimé par les membres du personnel d'être davantage informés du travail de leurs collègues.

- Réunions d'équipe

Chacun des coordonnateurs est responsable d'animer des rencontres d'équipe et d'assurer un suivi individuel auprès des membres de son équipe relativement à l'ensemble des dossiers dont il est responsable. Les objectifs liés à ces modalités de gestion au sein des équipes relèvent exclusivement du coordonnateur qui les utilise, principalement comme stratégie de communication et d'échanges et, dans certains cas, d'orientations avec le personnel de son équipe.

Mécanismes externes

- Mécanismes de liaison entre le palier régional et les instances locales

Différents comités de travail, mis en place dans la région, servent d'interface entre les CSSS et la DRSP. Ces mécanismes portent le plus souvent sur des programmes, des problématiques ou des clientèles particulières. Ils peuvent associer, selon le cas, d'autres partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, des organismes communautaires ou des milieux intersectoriels.

Les **coordonnateurs** n'ont pas comme tel commenté les mécanismes d'information internes à la DRSP. Ils ont plutôt cité le CCCSP, par l'intermédiaire duquel ils ont des interactions avec les responsables locaux ainsi que les autres mécanismes avec les partenaires des milieux locaux, à l'intérieur de leurs domaines respectifs. Dans l'ensemble, il appert que ces comités fonctionnent correctement; du moins, les coordonnateurs n'ont pas relevé de problèmes particuliers à cet égard.

Les **professionnels de la DRSP** ne se sont pas prononcés sur l'état des communications au sein de la DRSP; ils ont plutôt commenté la situation qu'ils vivent au palier local. À ce sujet, ils font état d'une certaine lourdeur dans le fonctionnement avec les gestionnaires et les intervenants associés à la mise en place des activités de santé publique en CSSS. Dans certains cas, la transformation du réseau a entraîné des difficultés pour établir qui sont les personnes responsables d'un programme ou d'une activité et à qui elles doivent en référer. Aussi, plusieurs font valoir que les modalités de communication avec les CSSS ont changé, en raison notamment de la présence de plusieurs niveaux de gestion. Cette situation leur apparaît particulièrement complexe dans le cas des CSSS de la région métropolitaine de Québec où les structures ont pris une grande expansion.

■ *À l'échelle locale*

la



Aucun commentaire n'a été fait de façon particulière par les **responsables locaux** relativement à la communication des CSSS, tant à l'interne qu'avec DRSP.

Les **intervenants des CSSS**, pour leur part, partagent le point de vue des professionnels de la DRSP quant au fait que la hiérarchisation, beaucoup plus grande qu'avant dans les CSSS, rend difficiles les échanges et la communication entre la DRSP et les personnes directement responsables d'implanter les activités des PAL.

■ *Assises et points névralgiques*

À la DRSP, dans l'ensemble, chacun semble bien jouer son rôle et assumer ses responsabilités dans l'implantation du PAR. Sur le plan local, le responsable de santé publique occupe une place importante et son rôle est apprécié de tous. Le soutien et l'appui des directions et des supérieurs des acteurs locaux et de la DRSP sont aussi des assises importantes.

Par contre, les changements dus à la transformation du réseau et à l'insuffisance de ressources humaines et financières, particulièrement sur le plan local, constituent des points névralgiques qui méritent d'être pris en considération. En effet, l'introduction de la responsabilité populationnelle a apporté certains changements dans l'exercice des rôles de santé publique, notamment en mettant l'accent sur le partage des responsabilités à l'ensemble du RLS et en intégrant la fonction de responsable local dans chaque CSSS. Ce contexte demande donc une certaine clarification des rôles et des responsabilités entre les différents acteurs pour favoriser la collaboration et ainsi augmenter la capacité de mise en œuvre des programmes et activités de santé publique dans la région. De plus, les acteurs de santé publique ne peuvent répondre à l'ensemble des activités proposées dans le PAR et les PAL, faute de financement. Le roulement du personnel et la pénurie dans certains secteurs d'activités représentent des contraintes récurrentes à l'implantation des PAL pour l'ensemble des milieux locaux. En outre, le risque possible de surcharge de travail constitue une préoccupation à ne pas négliger. Les

intervenants et les responsables locaux ont fait part à la DRSP des besoins en matière d'outils, de guides de pratiques et de formations relativement aux façons de faire pour implanter un certain nombre d'activités, notamment en promotion/prévention de la santé. En ce sens, l'exercice des rôles et des responsabilités des acteurs de la DRSP serait à améliorer, particulièrement dans le soutien à apporter au palier local.

Enfin, à l'interne de la DRSP, la prise en compte des modes de communication dans le Plan stratégique fait ressortir la volonté de la direction de mettre en place des moyens qui permettront d'améliorer la mobilisation de son personnel. Il y a cependant lieu de se questionner sur les résultats des démarches concrètes menées par les membres de la direction autour de cet objectif particulier et de voir si d'autres démarches sont à venir au cours des prochains mois.

2.4 Quelle est l'influence des aspects professionnels sur la mise en œuvre du PAR?

Cette section, qui porte sur les éléments de la perspective professionnelle, couvre trois facettes particulières. La première vise à examiner dans quelle mesure le PAR et les PAL ont entraîné des changements sur le plan du contenu et sur la manière de travailler des professionnels et des intervenants locaux. La seconde vérifie la présence de compétences et d'habiletés des principaux intervenants mis à contribution pour la mise en place des activités de santé publique. Enfin, la dernière s'intéresse à l'engagement et à l'adhésion des membres de la DRSP, des CSSS ainsi que des partenaires, directement concernés par les activités de santé publique.

2.4.1 Pratiques professionnelles

Les pratiques professionnelles abordées avec les répondants de la DRSP et des CSSS incluent le contenu des programmes et activités de santé publique à implanter ainsi que les approches privilégiées pour le faire.

■ *Dans l'ensemble*

Aucun changement dans le contenu des dossiers n'a été relevé par l'ensemble des personnes interrogées, aux paliers régional aussi bien que local. Toutes indiquent que, dans les faits, le PAR comme les PAL se sont définis à partir des plans d'action sur lesquels les professionnels et les intervenants travaillaient déjà. Toutefois, les répondants locaux ont fait état de modifications dans les manières de travailler avec les partenaires du RLS (organismes communautaires, milieux intersectoriels, etc.).

■ *À l'échelle régionale*

Selon les répondants du palier régional, le PAR n'a pas entraîné de changements majeurs quant au contenu des programmes et des activités ni dans la façon de travailler des professionnels de la DRSP. Les travaux liés à la mise en place du PAR se sont réalisés dans la continuité des plans d'action de chacune des équipes. Toutefois, l'actualisation des deux chantiers (Personnes âgées et Santé mentale) ainsi que le dossier des PCP a conduit à un travail davantage axé sur la transversalité, c'est-à-dire que des membres de différentes équipes

de la DRSP ont été mis à contribution dans l'un de ces dossiers. Aucun autre changement n'a été signalé lors des entrevues réalisées au palier régional en dehors de ces dossiers.



Le **directeur régional de santé publique** et des **membres de l'équipe Planification** soulignent que le PAR a entraîné peu de changements dans le contenu ou la manière de travailler à l'exception des travaux des deux chantiers et des PCP, qui ont conduit au partage de connaissances, et d'expertises de professionnels issus de différentes équipes autour d'un dossier commun. Consciente des difficultés que suscite pour les membres de ces équipes cette nouvelle façon de faire, axée sur la transversalité, l'**adjointe au directeur régional de santé publique** dit avoir bon espoir de les voir s'amenuiser au fur et à mesure de l'avancement des travaux. Comme elle le souligne : « Travailler sur une base transversale à l'intérieur de la DRSP entraîne des difficultés; il s'agit d'un travail qui se construit avec des membres d'équipes non habitués de travailler ensemble et dont les cultures et le langage sont différents, ce qui entraîne des divergences de points de vue et d'approches. » En outre, elle souligne que même si les équipes ont poursuivi leurs activités en continuité avec ce qu'elles faisaient, le PAR inclut également la participation des autres partenaires avec qui la DRSP partage les responsabilités de santé publique pour la région.

Selon les **coordonnateurs de la DRSP**, le PAR n'a pas introduit de changements majeurs dans le contenu étant donné que les programmes et les activités se sont poursuivis en continuité des plans d'action de chaque domaine. Comme certains l'ont exprimé : « Le PAR s'inscrit dans la continuité, tout est en lien avec le PAR, il est toujours en *background*. » Toutefois, les coordonnateurs sont d'avis que le PAR a entraîné quelques changements dans la façon de travailler, entre autres pour les PCP et par la mise en œuvre des deux chantiers introduits à la suite de la consultation de février 2004. Pour certains, il n'est pas facile de faire vivre ces dossiers car « c'est une toute autre façon de réfléchir ». En plus des dossiers transversaux, quelques autres changements ont été mis en relief. Quelques coordonnateurs font valoir qu'avant le PAR, il était possible pour des professionnels de prendre des initiatives dans le cadre de problématiques émergentes, ce qui est moins le cas maintenant, compte tenu du caractère structurant du PAR. Cet aspect est perçu favorablement par certains alors que, pour d'autres, il constitue une contrainte, étant donné qu'il offre moins de souplesse et de latitude d'ensemble.

Néanmoins, deux coordonnateurs, responsables des domaines en protection, font valoir que certains éléments de contexte peuvent concourir à influencer sur le contenu du travail; l'écllosion de maladies nosocomiales ou le dossier de l'eau contaminée en sont des exemples. D'autres situations, devant être traitées en urgence, sollicitent des membres de ces équipes de façon importante, ce qui leur laisse moins de temps pour les autres dossiers, même lorsqu'ils sont inscrits dans le PAR.

Pour les **professionnels de la DRSP**, le PAR n'aurait rien changé comme tel dans l'exercice de leurs fonctions au quotidien, et ce, tant dans le contenu que dans la façon de travailler. Pour eux, le travail se poursuit dans la logique adoptée pour leur propre plan d'action. Il faut cependant ajouter qu'aucun professionnel associé aux chantiers n'a été rencontré dans le cadre de la présente évaluation.

■ *À l'échelle locale*

De l'avis des **responsables locaux** et des **intervenants**, aucun changement important, ni sur le plan du contenu ni pour ce qui est des approches privilégiées, n'a été introduit par les PAL, puisqu'un certain nombre d'entre eux étaient déjà mobilisés par des activités de santé publique. Comme ils l'ont relevé, « les intervenants travaillaient déjà sur la majorité de ces programmes et activités ». Cependant, pour eux, le suivi des activités de santé publique entraîne des nouvelles façons de faire, pour répondre entre autres à la reddition de comptes du palier régional.



Tous les **responsables locaux** soulignent que les activités de santé publique, consignées dans les PAL, étaient déjà réalisées par les intervenants; dans les faits, peu de changements ont été perçus à cet égard. Ils soulignent cependant la présence de certains changements dans le travail fait avec les partenaires, notamment avec des Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ou des organismes communautaires; ce point de vue est d'ailleurs partagé par l'ensemble des responsables locaux. En effet, chacun a fait ressortir que le PAL de son territoire a permis de formaliser un certain nombre d'ententes et de collaborations avec ces partenaires.

Les **intervenants rencontrés en CSSS** n'ont relevé aucun changement depuis l'implantation des PAL. Pour eux, le travail se poursuit dans le sens de ce qu'ils faisaient auparavant, même si certains d'entre eux ne s'étaient pas encore familiarisés avec l'ensemble du contenu de leur PAL.

2.4.2 *Compétences et habiletés*

Cette facette s'interroge sur la présence ou non des compétences perçues des personnes en place pour réaliser la mise en œuvre du PAR et des PAL, aux plans régional et local. On cherchera également à documenter les besoins dans certaines catégories de personnel ou encore en formation qu'il faudrait combler pour permettre aux milieux et au personnel de la DRSP de bien s'acquitter de leurs mandats.

■ *Dans l'ensemble*

Selon les répondants des paliers régional et local, tant les membres du personnel de la DRSP que ceux des CSSS associés à la santé publique détiennent les compétences et les habiletés requises pour actualiser le PAR et les PAL. Cependant, de manière à s'acquitter pleinement de leurs fonctions, des besoins de formation ont été identifiés.

■ *À l'échelle régionale*

Tout le personnel rencontré au palier régional est d'avis que les personnes en place ont les compétences nécessaires pour bien remplir leurs fonctions. Cependant, on signale un manque de certains types de professionnels et des besoins de formations complémentaires.



Le **directeur régional de santé publique** et son **adjointe** considèrent que la DRSP peut compter sur l'expérience et les compétences des membres de son personnel, chargés de mettre en œuvre les programmes et les activités figurant dans le PAR. Pour eux, il appartient à chaque coordonnateur de s'assurer que le personnel de son équipe répond aux

exigences souhaitées et qu'il a les compétences requises pour réaliser les activités du domaine ciblé.

Par ailleurs, l'**adjointe au directeur régional de santé publique** se montre préoccupée par l'atteinte d'un « équilibre entre le maintien d'une expertise et une certaine polyvalence » du personnel, dans l'optique d'assurer une complémentarité des compétences pour la mise en place des programmes et des activités des différents domaines. Elle mentionne également que la direction doit faire des efforts pour accompagner les nouvelles personnes qui se joignent aux équipes de la DRSP, « car la culture, en santé publique, veut qu'on s'attende à ce qu'elles soient fonctionnelles dès le lendemain de leur arrivée ».

Dans l'ensemble, les **coordonnateurs de la DRSP** considèrent que les membres de leur équipe possèdent les compétences requises pour mettre en place les programmes et les activités de santé publique, d'autant plus que cela s'inscrit en continuité avec ce qui se faisait avant à la DRSP. Toutefois, compte tenu d'un manque de ressources humaines dans certains domaines bien précis, dont les maladies infectieuses et la santé environnementale, les collaborations avec des membres de l'INSPQ, qui complètent l'expertise requise, s'avèrent également très utiles. D'ailleurs, une équipe en protection témoigne de l'étroite collaboration établie avec eux, notamment pour leur expertise en matière de revues de littérature sur des sujets particuliers ou lors de situations complexes qui nécessitent des avis externes. Des coordonnateurs font aussi valoir l'intérêt de maintenir des collaborations avec des équipes de recherche universitaires pour leur apport important sur le plan de l'expertise. Dans toutes ces situations, les coordonnateurs concernés font ressortir que ces collaborations se sont avérées des plus aidantes.

De plus, afin de maintenir les compétences « à jour », notamment dans le soutien à fournir aux responsables des dossiers de santé publique des CSSS et aux autres partenaires, des coordonnateurs jugent important que la DRSP entreprenne une réflexion sur les besoins en formation du personnel ainsi que sur les moyens pour y répondre. Ils soulignent en outre l'importance de renforcer les collaborations entre les équipes et de maintenir, au sein de la direction, des professionnels expérimentés et reconnus pour leur expertise.

Les **professionnels rencontrés à la DRSP** sont également d'avis que les ressources humaines de la DRSP semblent avoir, dans l'ensemble, l'expertise adéquate pour réaliser leurs mandats. Cependant, certains d'entre eux font valoir des besoins pour compléter le profil des ressources en place; c'est le cas de l'équipe régionale du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION qui aimerait compter sur l'expertise d'un professionnel en communication. Pour elle, cet ajout aiderait directement à « la mise en place d'une stratégie importante de leur programme, visant à mobiliser l'ensemble des partenaires ».

■ *À l'échelle locale*

Sur le plan local, la majorité des répondants dans les CSSS reconnaissent la présence d'habiletés et de compétences chez les personnes associées à la santé publique, tant les responsables locaux que les intervenants. Ils sont d'avis que ces derniers ont le bagage

nécessaire pour implanter les programmes et les activités de santé publique dans leur milieu. Toutefois, certains souhaiteraient accroître leur capacité à mieux rejoindre les clientèles visées et à optimiser l'implantation des stratégies les plus efficaces pour intervenir en prévention, en particulier avec les milieux cliniques et les partenaires intersectoriels. Pour cela, le développement d'habiletés dans ce domaine s'avérerait pertinent et permettrait de mieux s'acquitter de certaines responsabilités relatives aux partenaires.



Il semble que tous les **responsables locaux** ont les compétences requises pour s'acquitter de leurs fonctions, lesquelles s'appuient sur une bonne expérience pour la majorité d'entre eux. En effet, la plupart des responsables locaux travaillaient déjà sur des dossiers de santé publique dans leur milieu respectif. Aussi, certains font mention du nouveau programme de formation, *Compétences en action*, développé par l'INSPQ et implanté dans la région, auquel ils ont eu l'occasion de participer. Depuis 2007, quatre journées de formation ont été offertes et deux autres sont à venir. Ce programme leur offre l'occasion de consolider leur base de connaissances en santé publique ainsi que l'accès à des outils utiles dans l'exercice de leur rôle comme responsable local ainsi que pour la mise en œuvre de leur PAL.

Pour les **intervenants des CSSS**, les personnes associées à la mise en place des activités de santé publique ont, dans l'ensemble, les compétences et les habiletés nécessaires pour assurer l'implantation du PAL dans leur territoire. Ils font néanmoins valoir un certain nombre de besoins, dont celui d'accroître leur capacité à mieux rejoindre les clientèles cibles. C'est le cas des équipes SIPPE, qui arrivent difficilement à atteindre une partie de leur clientèle. Les milieux locaux aimeraient également être en mesure de maximiser leurs interventions sur le terrain, en particulier avec les milieux cliniques (pharmacies, cliniques médicales, etc.) et intersectoriels (commissions scolaires, municipalités, etc.). À ce propos, des milieux ont donné comme exemple l'approche École en santé; ils souhaiteraient pouvoir créer davantage de liens avec les écoles de leurs milieux et être en mesure de travailler en étroite collaboration avec les décideurs dans l'optique proposée par cette approche. Pour y arriver, ils comptent sur la DRSP pour leur fournir des moyens et des stratégies qui ont fait la démonstration de leur efficacité en ce sens, que ce soit par le biais d'outils ou encore de formations, centrés sur cet objectif. En outre, on fait état d'autres besoins en formation, notamment en ce qui a trait à des programmes d'« éducation à la santé », qui selon un certain nombre d'intervenants, leur permettrait d'« aller plus loin » dans leurs dossiers.

L'information qui suit illustre davantage les points de vue des personnes rencontrées concernant les programmes et activités retenus relativement à ce qui touche les compétences et les habiletés nécessaires pour la mise en œuvre de leurs activités respectives.

Pour l'implantation du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION, la plupart des milieux mentionnent avoir les « bonnes personnes et l'expertise adéquate ». Toutefois, de manière à consolider certaines connaissances de base ou pour en acquérir de nouvelles, favorables à la mise en place de ce programme relativement complexe, des besoins de formation ont été formulés. Ils portent, entre autres, « sur les habiletés en communication, sur la notion de promotion de la santé et sur comment apprivoiser les différents milieux en lien avec les objectifs à atteindre dans ce programme. Aussi,

l'identification de moyens et de méthodes d'interventions efficaces sur cette thématique particulière serait utile ». D'autres attentes sont aussi formulées à l'endroit de la DRSP relativement à des formations complémentaires, celles-là ciblant particulièrement les « habiletés personnelles et les forces des intervenants à mettre de l'avant dans la mise en œuvre de tels programmes ou activités ». Par ailleurs, certains font valoir les gains observés grâce à la contribution récente d'une nutritionniste, associée à ce dossier en raison de son expertise : « On a mis beaucoup de temps là-dessus afin de dégager les sommes requises pour engager cette ressource et on voit les bénéfices aujourd'hui. » La contribution d'autres intervenants serait également très appréciée, c'est le cas d'un kinésologue que certains CSSS aimeraient voir s'ajouter à leur équipe 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION.

Pour le programme SIPPE, la plupart des membres des équipes des CSSS disent avoir les bons intervenants (infirmières, travailleurs sociaux et organisateurs communautaires). Étant donné que les infirmières semblent être particulièrement sollicitées par leur rôle central qui est de rejoindre la clientèle, des intervenants soulignent l'importance de leur apporter du soutien dans la mise en place du programme. En effet, les infirmières sont, le plus souvent, les premières intervenantes à entrer en contact avec la clientèle ciblée. Comme certains l'ont relevé : « Il ne manque qu'à mieux comprendre le contexte particulier de cette clientèle à rejoindre pour aller plus loin dans le soutien à lui donner et à appuyer les infirmières dans leurs tâches étant donné qu'elles doivent en couvrir plus large, ce qui exige beaucoup d'apprentissage de leur part. »

Dans le cas de l'activité Récupération du matériel d'injection souillé, tous conviennent qu'aucune habileté supplémentaire n'est requise pour actualiser cette activité. En fait, cela nécessite surtout une certaine logistique sur le plan de l'organisation pour s'assurer que la récupération se fait adéquatement, en suivant le protocole défini. Comme une personne l'a exprimé : « Il s'agit de comprendre ce qu'il faut faire, c'est-à-dire de donner de l'information sur le sujet et de donner l'accessibilité pour la récupération de seringues. Comme c'est très simple comme tâche à réaliser, eh bien, tout est bien compris! » Pour un milieu, le fait d'avoir consulté et intéressé le personnel de l'accueil, plus directement concerné par cette activité, dans les modalités à mettre en place, a aidé au bon fonctionnement.

2.4.3 Adhésion et engagement

L'engagement correspond à une autre facette de la perspective professionnelle documentée auprès des répondants. Cette facette s'intéresse tout particulièrement à vérifier dans quelle mesure les personnes interrogées se sentent engagées dans le PAR et les PAL, selon qu'elles se trouvent à la DRSP ou en CSSS. Elles sont également invitées à se prononcer, plus largement, sur l'adhésion de leur direction, des membres de leurs équipes et, dans certains cas, des partenaires.

■ *Dans l'ensemble*

L'engagement semble bien présent, tant aux paliers régional que local, chez tous les répondants. Interrogés, ces derniers estiment que l'ensemble des professionnels et des intervenants de la DRSP et des CSSS, directement associés à la mise en place des

programmes et des activités sur le terrain, partage cet engagement. En raison de son engagement et de son adhésion, chaque répondant a le sentiment de contribuer au succès du PAR. Ainsi, de l'avis de tous, la majorité des partenaires sont mobilisés dans la mise en place du PAR et des PAL de la région.

■ *À l'échelle régionale*

Au palier régional, tant l'équipe de direction que les professionnels rencontrés concernant les six cas à l'étude soulignent leur engagement et leur intérêt à l'endroit du PAR. D'après eux, cet engagement se manifeste aussi chez l'ensemble des membres de la DRSP. Pour eux, tous semblent consacrer leurs efforts à la réalisation des activités dont ils sont directement responsables, dans leur domaine d'intervention particulier, d'autant plus que les activités à l'étude sont en continuité avec ce qui se faisait auparavant.



Le **directeur régional de santé publique et son adjointe** reconnaissent la contribution et l'engagement des professionnels de la DRSP à la mise en place du PAR. Pour le directeur, la participation des coordonnateurs et des professionnels au processus d'élaboration du PAR est en quelque sorte garante de leur mobilisation pour la mise en œuvre des programmes et des activités qu'il renferme. L'engagement du personnel de la DRSP, selon les membres de la direction, se traduit par un soutien diversifié aux acteurs locaux, tant du réseau de la santé et des services sociaux que des milieux communautaire et intersectoriel (milieux scolaires, municipalités et autres). Cette contribution prend différentes formes, dont une expertise de contenu, de processus d'évaluation et de surveillance pour que les interventions proposées dans le PAR et les PAL se mettent en place dans le sens souhaité dans chacun des territoires. L'engagement du personnel de la DRSP envers le PAR s'exprime également par la recherche de collaboration des partenaires, considérée essentielle pour assurer la mise en place des activités de santé publique.

L'**adjointe au directeur régional de santé publique** apprécie aussi positivement l'engagement des CSSS envers le PAR. Comme ces derniers (les CLSC à l'époque) se sont engagés, chacun dans son milieu, dans l'élaboration de leur PAL et qu'ils l'ont rapidement mis de l'avant, cela illustre, à son avis, leur adhésion au PAR. Selon elle, cet engagement « a permis de rendre clairs leurs rôles et leurs responsabilités au regard de la santé publique. Ils ont saisi l'opportunité de s'occuper de la promotion/prévention. Cela se traduit de façon concrète : différents programmes et activités implantés se retrouvent dans les PAL ».

L'ensemble des **coordonnateurs** se dit engagé dans le PAR et perçoit que les membres de leur équipe le sont tout autant. En effet, selon eux, ils se sentent responsables de fournir les efforts nécessaires afin d'offrir des services de qualité. En ce sens, les coordonnateurs considèrent que le travail de leurs membres contribue au succès du PAR.

Du point de vue des coordonnateurs, l'engagement des partenaires du RLS est variable. Concernant les CSSS, leur adhésion semble bien présente, mais à des degrés divers selon les milieux. En fait, compte tenu du fait que chaque CSSS a été mobilisé de manière importante par les changements organisationnels majeurs vécus durant cette

période (fusion des établissements), il est permis de croire que l'on ait accordé moins de temps aux activités de santé publique. Par ailleurs, la collaboration avec des CHSGS s'est avérée très positive relativement à des dossiers précis, notamment en ce qui a trait aux maladies infectieuses. L'adhésion est cependant plus difficile à confirmer pour les partenaires des milieux communautaire et intersectoriel. Toutefois, il semble que le PAR ait fourni à des organismes communautaires l'occasion de démontrer le bien-fondé de leurs actions pour rechercher du financement additionnel. Cette situation semble d'ailleurs concourir pour favoriser leur adhésion.

Les **professionnels rencontrés** se disent engagés et mobilisés autour de leurs dossiers respectifs sans cependant faire mention du PAR pour la majorité d'entre eux. Le plan d'action de leur équipe, ou du programme ou de l'activité auxquels ils sont associés, leur sert davantage de référence. Quoi qu'il en soit, ces personnes sont d'avis que leurs efforts contribuent au succès des activités du PAR.

Les professionnels estiment aussi que les CSSS adhèrent au PAR dans le sens où ils participent et s'investissent dans les programmes ou dans les activités qui les concernent directement. Selon leur nature (promotion/prévention ou protection), plusieurs autres partenaires y adhèrent également, qu'ils proviennent du réseau public, communautaire ou intersectoriel. Pour certains programmes ou approches, tels le programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION et École en santé, la collaboration avec des milieux intersectoriels semble plus difficile, notamment avec des commissions scolaires ou des municipalités. Pour les professionnels de la DRSP, les partenaires apprécient retrouver à l'intérieur des plans d'action régional et local les activités de santé publique pour lesquelles ils sont interpellés; cela constitue d'ailleurs une condition qui faciliterait grandement leur adhésion.

■ *À l'échelle locale*

Les responsables locaux et les intervenants rencontrés témoignent de la mobilisation et de l'engagement des membres du personnel des CSSS à l'égard des activités de santé publique. Ces derniers n'associent pas toujours directement ces activités au PAL de leur milieu, mais plutôt à leur propre plan d'action. La situation semble toutefois variable suivant le type de responsabilité des personnes dans l'organisation. Ainsi, ceux et celles qui sont plus près des activités de promotion/prévention adhèrent davantage au PAL que ceux et celles qui sont associés aux activités de nature curative.

Tant les responsables locaux que les intervenants rencontrés dans les CSSS disent pouvoir compter sur la collaboration des partenaires de leurs territoires. En effet, ces derniers coopèrent sous différentes formes. À titre d'exemples, ils contribuent directement à la mise en place des activités proposées sur le terrain à la clientèle cible, comme c'est le cas des services de loisirs des municipalités avec le volet du programme MARCHE, en prévention des chutes. Ils peuvent également participer à un comité visant le développement et la promotion des activités concernées (ex. : programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION ou Écoles en santé, etc.). La mobilisation et la collaboration des partenaires des paliers régional et local constituent un atout pour tous les milieux. Ils les définissent d'ailleurs comme une condition incontournable à la réussite de la mise en œuvre du PAR et des PAL.



L'adhésion des **responsables locaux** au PAR et à leur PAL ne fait pas de doute. L'utilisation qu'ils en font est variable suivant la nature des dossiers. En effet, certains d'entre eux l'utilisent comme un outil de référence pour faire valoir leurs programmes et leurs activités, plus précisément en promotion/prévention. D'autres, par contre, ne semblent pas en faire mention comme tel, en particulier pour les programmes en protection, généralement plus *prescriptifs*, qui nécessitent moins de démonstration relativement à la pertinence d'entreprendre ce type d'activités.

Pour les responsables locaux, la mobilisation et la collaboration des partenaires des paliers régional et local constituent un atout pour tous les milieux. D'ailleurs, ils considèrent la coopération des partenaires comme étant une condition incontournable à la réussite de la mise en œuvre du PAR et des PAL.

Dans l'ensemble, les **intervenants des CSSS** adhèrent aux dossiers de santé publique dans lesquels ils sont directement mobilisés. La majorité d'entre eux voient les PAL comme « des outils de diffusion auprès des partenaires ». D'ailleurs, un grand nombre d'intervenants font mention de l'implication de ces derniers dans la réalisation de certains dossiers. Les exemples ci-dessous témoignent de ces deux points.

L'engagement des intervenants des équipes locales 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION semble bien réel dans chacun des territoires de CSSS. Ils se sentent intéressés, entre autres parce que le PAL constitue un bon moyen de diffusion auprès des partenaires de leur territoire. Aussi, selon les personnes rencontrées, plusieurs partenaires ont emboîté le pas autour de ce programme, dont des employés du secteur de la santé et du secteur municipal, des écoles ainsi que divers organismes des milieux. Cependant, l'adhésion ne se fait pas au même rythme pour tous.

Les intervenants du programme SIPPE rencontrés semblent positifs à l'égard du PAR et du PAL de leur CSSS. Ils font aussi valoir l'intérêt d'un bon nombre de partenaires pour ce programme, lesquels apportent une excellente collaboration dans l'ensemble.

Les intervenants chargés de voir à la réalisation du dossier de Récupération du matériel d'injection souillé font valoir, de plus, que le PAR et le PAL légitiment le fait que les CSSS communiquent avec leur personnel dans différents dossiers pour leur adresser des demandes particulières, associées aux cibles retenues et aux objectifs à atteindre. De plus, ce programme met principalement à contribution les pharmacies et les cliniques médicales des différents territoires de CSSS qui offrent tous une excellente collaboration pour la mise en place de ce dossier.

■ *Assises et points névralgiques*

Plusieurs assises ressortent de ces constats. La présence de personnel compétent, ayant dans l'ensemble les habiletés requises, s'avère très positive pour la DRSP et les CSSS. Le personnel est également engagé envers ces plans d'action de santé publique, et les directions des milieux fournissent également un appui favorable.

Par contre, on estime avoir besoin de formations complémentaires et d'expertise pour être en mesure de bien réaliser le travail à faire. Ces lacunes ont surtout été signalées par les

intervenants locaux, notamment en ce qui a trait à des guides de pratique et à des stratégies efficaces qui requièrent de consolider la contribution de la DRSP à cet égard.

2.5 Quelles conditions sont jugées favorables et défavorables pour assurer la mise en œuvre du PAR?

Interrogés afin de déterminer les principales conditions à favoriser pour la mise en place du PAR et sa traduction en PAL, les répondants ont mentionné un ensemble de facteurs favorables et défavorables. Ceux-ci peuvent être présents ou non dans les organisations, à la DRSP ou dans les CSSS. Aussi, afin de faciliter l'analyse et la détermination de la convergence des points de vue relativement à ces conditions, celles-ci sont présentées selon les différentes perspectives du cadre d'analyse retenu, soit décisionnelle, organisationnelle ou professionnelle.

2.5.1 Conditions liées à la perspective décisionnelle

■ *Dans l'ensemble*

Le fait d'avoir un **mandat légal et des responsabilités reconnues par la LSP** constitue, de l'avis de tous, des conditions favorables pour l'implantation du PAR et des PAL, en particulier en ce qui concerne les activités de promotion/prévention. La **présence d'une planification régionale** qui précise, de manière claire, les mandats et les rôles de chacun concernant l'implantation et la réalisation des activités du PAR sont aussi des éléments positifs. Face à l'impossibilité de réaliser toutes les activités inscrites dans le PAR, les répondants réitèrent l'**importance de déterminer les principales activités de santé publique** à réaliser, tant aux paliers régional que local, tout en précisant les résultats à atteindre.

Une convergence est aussi relevée relativement au **suivi et à l'évaluation des activités de santé publique** en cours. En effet, tous conviennent que les ententes de gestion et la reddition de comptes s'avèrent utiles pour faire état de l'avancement des actions visées et que le suivi par indicateur constitue un ajout important. Plusieurs reconnaissent l'importance de l'évaluation comme stratégie de suivi de l'implantation et l'atteinte des résultats des activités du PAR.

■ *À l'échelle régionale*



Le **directeur** souligne l'importance de préciser aux CSSS les éléments jugés problématiques à partir des résultats de la reddition de comptes et selon les cibles à atteindre. Par la suite, chaque CSSS est responsable de déterminer les pistes de solution qu'il souhaite privilégier pour apporter les ajustements nécessaires. Aussi, en ce sens, le directeur relève qu'au palier local, « un bon suivi de gestion, un bon mode de fonctionnement organisationnel ainsi qu'une bonne communication » sont d'autres conditions importantes.

Pour l'**adjointe au directeur régional de santé publique**, il est important de définir ce sur quoi la DRSP travaillera, de préciser les objectifs à atteindre et la façon de les réaliser en collaboration avec les partenaires. Selon elle, un fort leadership et un appui stratégique sont également nécessaires pour arriver à convaincre certains partenaires, ce qui implique de se donner du temps. Elle reconnaît également, tout comme d'autres l'ont aussi relevée, que la reddition de comptes constitue une condition importante qui

permet d'assurer un suivi et un certain contrôle sur la réalisation des activités du PAR. Elle soulève l'importance d'avoir d'autres stratégies de suivi et d'évaluation au-delà de la reddition de comptes.

Les **coordonnateurs** ont formulé l'importance de compter sur des orientations nationales et régionales claires ainsi que sur l'écoute du directeur afin qu'il « épouse les priorités de l'équipe et qu'il les fasse siennes » en tenant compte des ressources humaines et financières disponibles. Selon certains, le fait de se donner une coordination régionale s'avère également favorable pour bien suivre l'avancement de l'implantation d'un programme avec les milieux locaux. D'autre part, on fait également mention de difficultés, particulièrement lorsque les activités de santé publique déployées dans le réseau ne sont pas sous le contrôle de la DRSP, mais plutôt dirigées par d'autres établissements ou organismes (CHSGS, commissions scolaires, municipalités, etc).

Pour les **professionnels**, les évaluations des programmes ou des activités constituent un atout important parce que leur réalisation permet d'apporter des adaptations et des ajustements dans le sens des résultats attendus. Elles sont aussi considérées comme des outils stimulants et très utiles pour fournir des rétroactions aux équipes et aux responsables des dossiers. De plus, l'utilisation de certains outils de planification, tel le MOP, est également ressortie comme étant un élément facilitant, par exemple dans le dossier de la Récupération du matériel d'injection souillé. Concernant les difficultés, certains professionnels relèvent les situations où « les commandes viennent d'en haut et s'ajoutent sur le terrain et il n'y a pas toujours de cohérence dans leurs priorités ». Il est alors difficile pour eux de transmettre des messages cohérents aux responsables et aux intervenants du palier local qui auront à en assurer l'application. Le suivi de l'information s'avère difficile dans certains cas en raison du manque d'outils et d'indicateurs pour bien apprécier la capacité de mise en œuvre.

■ *À l'échelle locale*



Les conditions favorables à l'implantation des activités de santé publique, relevées par les **répondants locaux**, concernent différents aspects. Les répondants relèvent entre autres le rôle crucial que joue l'appropriation du PAL par l'établissement et le personnel; il importe, selon eux, de pouvoir se fier à des orientations claires sur le plan de l'organisation des services de santé publique associées à des moyens appropriés et à de bons arrimages avec les partenaires. On souligne également qu'il est déterminant pour les répondants de sentir qu'ils peuvent exercer une influence sur le palier régional dans les orientations à privilégier, ce qui suppose « de l'ouverture dans les deux sens ». Un milieu évoque l'importance « d'avoir une certaine liberté d'action et de ne pas avoir trop de balises ». De plus, un autre milieu fait part de l'intérêt qu'un répondant régional de santé publique soit jumelé à chaque CSSS.

En ce qui a trait aux difficultés énoncées, les **intervenants** considèrent qu'ils manquent d'outils pour évaluer les résultats des interventions de manière objective. L'absence d'indicateurs pour assurer le suivi des programmes et des activités est aussi citée par les professionnels au nombre des lacunes.

2.5.2 Conditions liées à la perspective organisationnelle

■ Dans l'ensemble

Une bonne **cohésion au sein de chaque organisation** (DRSP et CSSS), des **rôles et des responsabilités clairement définis** ainsi que **des modes de communications souples et efficaces entre les paliers régional et local** sont des conditions jugées facilitantes pour la mise en œuvre des activités de santé publique. La majorité des personnes rencontrées considèrent également que **la disponibilité et la stabilité des ressources humaines** associées aux activités du PAR et des PAL constituent d'autres facteurs favorables. Enfin, un **financement suffisant** rallie aussi l'ensemble des répondants de la DRSP et des CSSS.

■ À l'échelle régionale



L'**adjointe au directeur régional de santé publique** fait valoir l'avantage des alliances avec les partenaires pour la recherche de consensus, consistant à se donner un plan de travail et à clarifier les rôles de chacun. Elle considère aussi qu'il est important de compter sur des ressources humaines et financières suffisantes et d'assurer un suivi des programmes et des activités mis en place.

De leur côté, les **coordonnateurs et les professionnels** font également ressortir l'importance de compter sur des ressources financières appropriées. De plus, selon eux, des moyens concrets pour faciliter la communication et la transmission des connaissances auprès des partenaires seraient des facteurs facilitant l'implantation des activités du PAR et des PAL. Les échanges directs avec les intervenants des CSSS ou d'autres acteurs du réseau local sont également cités. Enfin, certains soulignent qu'il est nécessaire que les professionnels de la DRSP fassent preuve de flexibilité pour s'adapter à la réalité des milieux dans le cas de programmes ou activités en particulier, tels que MARCHE ou SIPPE.

Au nombre des difficultés, les **coordonnateurs** soulèvent l'incapacité, dans certains cas, à mobiliser les milieux intersectoriels, dont celui de l'éducation. Ils évoquent également la présence de résistances des intervenants sur le terrain dans certains dossiers ainsi que les éléments liés au contexte de fusion des établissements, qui a entraîné un ralentissement en raison de la réorganisation interne des milieux. Sur ce point, certains **professionnels** ont retenu la hiérarchie, relevant les difficultés de communication entre les différents paliers des CSSS. La notion de temps, souvent sous-estimée, pour mobiliser les partenaires associés à la mise en œuvre des programmes et activités constitue une autre condition défavorable. Enfin, la lourdeur des exigences administratives crée également une contrainte, notamment par la « quantité de paperasse » à compléter dans certains dossiers.

■ À l'échelle locale

Au palier local, les **responsables locaux et divers intervenants** soulignent l'importance que la DRSP évalue la capacité du réseau local à réaliser les activités du PAR en considérant les besoins des territoires. En ce sens, tous jugent nécessaire de prendre en compte les besoins de la population afin de donner une couleur locale à leur PAL. Certains mentionnent qu'au-delà

du financement, l'accès à des ressources humaines en quantité suffisante pour assurer l'actualisation des activités proposées par le PAR et les PAL est important. D'ailleurs, pour certains, cet aspect constitue un défi en soi, en raison du manque de quelques catégories d'intervenants, dont la présence serait nécessaire à la mise en place d'un bon nombre d'activités, dont le personnel infirmier et les intervenants en réadaptation.

Concernant les contraintes à la mise en œuvre des PAL, la mobilité du personnel représente somme toute une difficulté majeure. Le fractionnement des actions de santé publique portant sur différentes cibles et la réorganisation du travail dans les CSSS ont aussi été mentionnés par les répondants locaux. En outre, le manque de ressources humaines et financières fait aussi l'unanimité chez les répondants des CSSS en ce qui a trait aux principales difficultés qui entravent la mise en œuvre du PAR et des PAL; à cet égard, le nombre limité d'organismes communautaires a, entre autres, été souligné de manière particulière.



D'autres conditions favorables ont été dégagées par les **intervenants** des programmes ou des activités retenus pour l'étude, soit : se familiariser avec le mode de fonctionnement des organisations (organismes communautaires, milieux intersectoriels, etc.) et leur dynamique interne, ce qui suppose un appriovissement des milieux avant d'y entrer comme intervenant. On cite aussi la stabilité du personnel et des gestionnaires des CSSS comme étant un facteur favorable. Pour les intervenants, un soutien du palier régional visant à clarifier les rôles de chacun des différents partenaires associés constitue une autre condition facilitant la mise en œuvre du PAR et des PAL sur le plan organisationnel. Enfin, le soutien humain et financier lors du déploiement d'un programme ou d'une activité figure aussi au nombre des facteurs favorables.

2.5.3 Conditions liées à la perspective professionnelle

■ *Dans l'ensemble*

La presque totalité des personnes rencontrées souligne le caractère favorable de l'**engagement et de l'appui de leur direction** respective. La **mobilisation** de l'ensemble des personnes associées au PAR et aux PAL constitue une autre condition importante pour laquelle il existe une convergence sur le plan professionnel.

■ *À l'échelle régionale*

Plusieurs répondants ont fait valoir l'importance de la motivation des directeurs, des gestionnaires placés aux divers niveaux de la DRSP et des CSSS; ils précisent : « Si les gens y croient, c'est plus facile d'être convainçants envers les autres. » Le fait de pouvoir compter sur un « champion, un leader pour porter le projet et le faire avancer » constitue un autre facteur positif. Ce point a été relevé tant par l'adjointe au directeur régional de santé publique que par des coordonnateurs et des professionnels de la DRSP. On voit en cette personne, quelqu'un de motivé, capable d'initiatives pour mener un programme ou une activité à terme. Un coordonnateur cite également le soutien du directeur régional de santé publique, particulièrement en ce qui a trait à la défense des dossiers auprès de l'ASSS.



Par ailleurs, les exigences dans le suivi et le soutien à apporter aux milieux peuvent représenter des difficultés pour les professionnels qui font face aux résistances des intervenants, ces derniers devant appliquer concrètement les interventions dans leur milieu respectif. De l'avis des **professionnels**, « souvent, on néglige les résistances en provenance du terrain ». Une autre difficulté réside dans les façons de travailler. À ce sujet, une équipe soulignait la difficulté « à apprendre à travailler en équipe multi ». Pour y arriver, il faut acquérir des réflexes qui ne sont pas toujours présents chez tous les professionnels.

■ *À l'échelle locale*

Plusieurs répondants des CSSS (responsables locaux et intervenants) font valoir la valeur ajoutée que représentent l'adhésion et l'engagement des personnes engagées en santé publique aux divers paliers de leur milieu ainsi que la collaboration des partenaires et de la communauté à certains programmes ou activités.



Les **responsables locaux** relèvent l'importance d'avoir une stabilité dans les programmes et activités ainsi qu'un plan de travail clair et précis issu du palier régional. Ce dernier devrait proposer des stratégies gagnantes et efficaces, couplées à des outils permettant de rejoindre les populations visées, permettant de s'assurer de l'atteinte des résultats. L'appui du palier national ou régional, qui se traduit par des orientations, un programme cadre, des outils et un échéancier, demeure facilitant. Ce soutien peut aussi se manifester par des campagnes de publicité dans le cas de programmes ou d'activités en particulier, ayant pour effet de mobiliser la population. Un responsable mentionne que l'absence, au sein de la DRSP, d'un répondant de santé publique par territoire rend plus difficile, à l'échelle locale, la continuité de l'ensemble des dossiers de santé publique.

Les **intervenants**, pour leur part, soulignent l'importance de susciter une grande mobilisation de la part du personnel de leurs milieux mais aussi auprès des partenaires pour assurer le bon fonctionnement des activités de santé publique dans leur territoire. Avoir des partenaires convaincus demeure une condition centrale pour eux, dans le cas des différents programmes et activités retenus à l'étude. L'appui du directeur du CSSS est aussi une condition importante, qui doit passer par des actions concrètes. Le fait que la population croit davantage aux bonnes habitudes de vie facilite aussi la mise en place du programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. Quelques intervenants mettent l'accent sur l'importance de « sortir des cadres » dans l'optique de chercher à innover en s'inspirant d'expériences probantes menées dans d'autres provinces ou pays. Pour eux, cela « fait en sorte que ça bouge, ce qui augmente les chances d'atteindre les objectifs du programme ».

D'autres conditions favorables ont été citées par les intervenants, dont une bonne connaissance du milieu ainsi que des partenaires et des acteurs sur le terrain. La mise en place de comités d'implantation pour démarrer et orienter les programmes et activités et une certaine marge de manœuvre pour le faire ont aussi été mentionnées. En outre, on estime que le soutien de la DRSP a été favorable à l'implantation d'activités particulières à l'échelle locale, entre autres parce qu'il y avait un document d'appui, des échéanciers et une écoute pour ce qui est d'apporter des ajustements à l'échéancier ou des fonds supplémentaires.

En outre, les intervenants des CSSS ont également recensé certains obstacles. Ils ont fait ressortir des difficultés pour obtenir la collaboration de la part des milieux intersectoriels (municipalités, commissions scolaires, etc.). L'absence de protocole d'entente ou de précisions quant à « qui fait quoi » est aussi mentionnée. Le manque d'outils ou de guides d'intervention dans certains cas, ou le retard pour les obtenir, constitue un autre frein à la mise en place des activités des PAL. Les attentes de la DRSP ne sont pas toujours réalistes quant au rythme à soutenir pour réaliser les interventions sur le terrain. En effet, il arrive que des éléments d'un programme ou d'une activité soient très prescriptifs alors que sur le terrain il soit nécessaire de nuancer et de l'adapter en raison de la dynamique et des contraintes existantes dans les milieux. Selon eux : « Il ne faut pas trop pousser, car on va les [les partenaires] perdre! » En effet, il faut aussi tenir compte du fait que ce sont généralement les mêmes intervenants des CSSS et les mêmes partenaires du RLS qui sont sollicités.

2.6 Quels facteurs de l'environnement étaient présents lors de la mise en œuvre du PAR?

Quelques-uns des facteurs de l'environnement présents lors de la mise en œuvre du PAR et des PAL ont été relevés par les répondants lors des entrevues. Étant donné qu'il existe une certaine « homogénéité » des propos à cet effet, aucune distinction quant à l'échelle (régionale ou locale) n'est apportée. L'intérêt de cette section est davantage la mise en relief des facteurs environnementaux ayant joué un certain rôle d'influence dans la mise en œuvre du PAR et des PAL.

En premier lieu, la **LSP qui encadre l'ensemble des activités en santé publique**, et ce, aux paliers décisionnels, national, régional aussi bien que local, est ressortie comme étant un aspect majeur et structurant de l'élaboration et de la mise en œuvre du PAR dans la région. Pour le directeur régional de santé publique, ce contexte a permis des arrimages entre les projets cliniques et les PAL, puisque « cela fait partie de la loi ». Il reconnaît cependant que le poids de la promotion/prévention n'y est pas très élevé.

Toutes les personnes rencontrées ont mentionné la **récente transformation du réseau de la santé** comme étant un élément de contexte majeur. L'ensemble des CSSS a connu une réorganisation interne de taille, à l'exception de Portneuf pour qui les impacts ont été moindres étant donné que le processus de fusion avait déjà été amorcé dans ce territoire. Plusieurs répondants ont, entre autres, relevé le changement de fonctions d'un certain nombre de personnes des CSSS ayant joué un rôle clé à l'échelle locale, en lien avec la DRSP. Tout le temps mis à leur réorganisation interne a ralenti considérablement la démarche d'implantation du PAR et l'élaboration de leur PAL. Toutefois, la dynamique entre les professionnels de la DRSP et les CSSS est perçue comme ayant joué un rôle favorable, malgré le contexte difficile lié à la réorganisation du réseau. À leur niveau, les professionnels soulignent l'influence de la réorganisation du réseau sur leurs relations avec les intervenants et les chefs de programme des CSSS en raison d'une plus grande hiérarchisation. Selon eux, cette influence a été plus marquée pour les deux CSSS de la région métropolitaine de Québec (territoires de Québec-Nord et de Vieille-Capitale) étant donné la « grosseur » et la complexité des nouvelles structures en place.

D'autres transformations, actuellement en cours à l'interne des CSSS, concourent à influencer sur l'implantation d'activités de santé publique à l'échelle locale, dont la **titularisation de postes**, ce qui apparaît comme étant une solution à plusieurs difficultés rencontrées dans différents programmes ou activités. Toutefois, cette mesure risque, à court terme, d'entraîner des changements de personnel dans les programmes et activités de santé publique. Aussi, cette situation obligera les professionnels de la DRSP à accentuer le soutien à fournir aux nouveaux intervenants afin qu'ils aient les connaissances nécessaires pour mettre le programme ou l'activité en place selon les exigences requises. De même, la **pénurie de ressources** dans certaines disciplines, tels les soins infirmiers, constitue un facteur défavorable à l'actualisation du PAR et des PAL.

Selon les répondants, la **loi 90** (loi modifiant le code des professions) a aussi entraîné des changements dans différents champs de pratique des intervenants et des professionnels en santé. Bien qu'il ne semble pas, selon eux, que cette loi ait pour le moment influé sur la mise en œuvre du PAR et des PAL dans son premier cycle, il faudra être attentif pour voir comment elle pourra agir sur la pratique des intervenants en santé publique sur le terrain. De plus, la **mise en vigueur de lois (ex. : tabac) et d'orientations ministérielles (ex. : obésité)** vient aussi agir sur l'implantation des programmes et activités, notamment pour le programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION. Dans ce cas particulier, ce sont autant d'incitatifs qui renforcent la pertinence d'intervenir en prévention sur les trois habitudes de vie ciblées (tabac, alimentation et exercice physique).

En outre, la **responsabilité populationnelle** demeure un enjeu de taille de l'avis de certains coordonnateurs. Même s'il en est question de plus en plus dans le « discours », peu de moyens ont été formulés pour atteindre cet objectif particulier.

■ *Assises et points névralgiques*

La légitimité conférée par la LSP à l'application des programmes et activités de santé publique donne une assise importante à l'élaboration et à la mise en œuvre du PAR et des PAL dans la région. Des décisions et des orientations ministérielles (loi 90, Loi sur le tabac, titularisation des postes, etc.) représentent des éléments favorables ou des contraintes à l'implantation des activités de santé publique.

Si, de l'avis de tous, la transformation du réseau de la santé amorcée en 2004 est venue ralentir la mise en œuvre du PAR et des PAL, la dynamique entre la DRSP et les CSSS a toutefois joué un rôle favorable dans ce contexte. Compte tenu de l'importance accordée à la responsabilité populationnelle et au positionnement des actions de promotion/prévention dans les continuums de services des projets cliniques, ces changements, qui se poursuivent dans les RLS, peuvent créer des occasions de favoriser l'actualisation des activités de santé publique.

2.7 *Comment évalue-t-on la capacité de mise en œuvre du PAR?*

Au-delà du bilan d'implantation des activités de santé publique réalisées à la DRSP et dans les CSSS de la région, l'information recueillie auprès des répondants dans le cadre de la présente évaluation fournit des indications selon laquelle la région a effectivement la capacité d'implanter le PAR et les PAL et d'en assurer la mise en œuvre. Toutefois, un certain nombre de critères ont été cités comme étant garant d'une implantation réussie.

■ *Dans l'ensemble*

Les divers **critères de succès** cités par les répondants de la DRSP et des CSSS pour apprécier la capacité de mise en œuvre du PAR et des PAL ont été regroupés en deux catégories, selon que la réussite du PAR et des PAL est liée à :

- la **mobilisation des personnes** participant aux activités de santé publique. Cette mobilisation est associée à l'engagement et à la collaboration des différents acteurs visés (professionnels, intervenants, partenaires, etc.) autant à la DRSP que dans le RLS;
- la **réalisation effective des activités prévues** en santé publique au sein des divers territoires de la région, qui se traduit, notamment, par l'atteinte des résultats visés.

■ *À l'échelle régionale*

Les répondants de la DRSP vont dans le même sens que ce qui est rapporté dans l'ensemble, c'est-à-dire que le succès de la mise en œuvre du PAR et des PAL s'apprécie par le fait que les activités prévues sont bel et bien mises en place et que les collaborations attendues se sont aussi concrétisées. On cite aussi d'autres critères, davantage axés sur le processus.



Pour le **directeur régional de santé publique et son adjointe**, le PAR est considéré comme étant réussi lorsque le milieu et les partenaires reconnaissent « l'importance de mettre à l'agenda des activités de la santé publique », non seulement celles de protection, mais également celles de prévention auxquelles ils accordent une bonne place. Ils reconnaissent de plus le succès du PAR au fait d'avoir des partenaires mobilisés, non seulement au sein des CSSS, mais aussi avec les partenaires intersectoriels (municipalités, milieu scolaire, etc.). La réussite est également associée à la mise en place d'actions concrètes sur le terrain, à l'échelle locale. En outre, pour le directeur, la présence d'un comité en interface avec les CSSS ainsi que la capacité d'influence de la DRSP à l'échelle locale constituent d'autres critères de succès.

Pour des **coordonnateurs de la DRSP**, la réussite correspond, entre autres, à la capacité de la DRSP à assurer une coordination régionale et à réaliser des évaluations destinées à aider les milieux et les partenaires concernés, à partir des résultats qui en découlent. Cette façon de faire permet une rétroaction avec les milieux touchés. Enfin, un autre critère de succès réside dans l'implantation des activités des PAL ou en voie de l'être. Certains l'expriment d'ailleurs ainsi : « un PAR réussi correspond à des PAL réussis ».

Par ailleurs, on recense d'autres critères, plus près du processus, dont celui de tenir des rétroactions sur une base régulière avec les CSSS, entre autres, à partir de résultats d'évaluation qui permettent de cerner les correctifs à apporter. Pouvoir compter sur la disponibilité d'un professionnel pour faire avancer le dossier dans la région et avoir un programme ou une activité bien définis avec des indicateurs de résultats clairs sont d'autres critères importants. En outre, un coordonnateur souligne que le PAR aurait pu fournir à la DRSP l'occasion d'effectuer une réflexion sur la signification de la capacité de mise en œuvre, notamment avec les CSSS.

Pour les **professionnels de la DRSP**, un PAR est réussi lorsque les milieux sont engagés et qu'ils collaborent comme prévu à la réalisation des activités de santé publique. Ainsi, une « forte adhésion sur le terrain » et « le fait de faire un travail d'équipe » avec les divers partenaires du RLS, représentent des éléments associés au succès du PAR. Le fait de pouvoir atteindre les résultats visés avec les milieux constitue un autre facteur de réussite.

■ *À l'échelle locale*

Les responsables locaux et les intervenants considèrent que l'implantation de leur PAL est réussie. Toutefois, le niveau d'implantation des programmes et activités est variable à l'intérieur de leur territoire. Ils soulignent que le choix des programmes et activités à mettre en place est basé sur des éléments de faisabilité destinés à répondre, de manière réaliste, aux mandats liés à la santé publique. La capacité d'implanter le PAL et de le mettre en œuvre peut entraîner la décision, pour certains CSSS, de faire des choix dans le nombre d'activités à mettre en place dans l'ensemble du territoire à desservir.



Les **responsables locaux** partagent la conception que la réussite des activités de santé publique passe par l'atteinte du niveau attendu d'implantation de l'activité. On est également d'avis qu'il faut rejoindre effectivement la clientèle visée et obtenir des résultats concrets à la suite de la réalisation des activités. Un responsable local évalue même à 80 % le seuil d'implantation constituant un standard de réussite. Un autre évalue la réussite en fonction des attentes du PNSP ou du PAR concernant les orientations, les activités, les clientèles à rejoindre.

Selon les responsables locaux, la prise en compte de la réalité locale dans l'exercice de leurs mandats en santé publique, à partir des besoins de la population, constitue un critère de réussite pour le choix et la réalisation des activités à mettre en place. Le fait de considérer le contexte de pratique et les caractéristiques des intervenants est aussi vu comme un facteur de succès dans l'implantation du PAR.

En outre, on reconnaît le succès du PAR et des PAL lorsque la mobilisation des différents acteurs se traduit par leur adhésion et leur engagement, et ce, tant de la part de la direction que de celle du personnel et des partenaires locaux. Le succès se manifeste aussi par l'accessibilité de l'offre de service à l'ensemble des personnes visées, peu importe le secteur géographique.

Pour les **intervenants des CSSS**, les éléments associés à la réussite sont également diversifiés. L'implantation réalisée et un bon suivi des programmes ou des activités sont, pour eux, des signes de réussite. Pour plusieurs répondants, on parle de succès quand des actions concrètes sont observables sur le terrain. Parmi les autres facteurs de réussite relevés par les intervenants locaux, citons le fait que les partenaires engagés connaissent les cibles visées par les activités de santé publique ou que la population générale ait une certaine connaissance des activités, par exemple celles du Défi 5-30.

■ *Assises et points névralgiques*

On considère comme une assise importante le fait que l'ensemble des répondants, aussi bien aux paliers régional que local, évalue positivement la capacité de mise en œuvre du PAR et des PAL dans la région.

Toutefois, le fait que les répondants, chacun à leur niveau, évaluent la capacité de mise en œuvre à partir de critères différents pas toujours convenus et axés sur l'atteinte de résultats pour la clientèle représente un point névralgique. Pour le second cycle du PAR, des efforts pourraient être consentis en vue de mettre en commun, autant au sein de la DRSP qu'avec les CSSS, les résultats à atteindre.

La présente section propose une analyse des principaux constats relatifs à la mise en œuvre du PAR et des PAL dans la région. Cette démarche s'appuie sur les résultats de l'évaluation, présentés précédemment selon le cadre d'analyse. La réflexion qui s'en dégage intègre également les résultats d'autres évaluations réalisées au palier national et portant sur ce même objet. Ceux-ci viennent appuyer les résultats observés dans la région ou apportent un point de vue complémentaire. L'analyse à la base de cette discussion tient également compte de la mise à jour du PNSP 2003-2012 en tant qu'outil de référence pour soutenir la poursuite de la mise en œuvre du PAR 2009-2012.

La présentation des principaux constats de cette évaluation est suivie de l'énoncé des différentes conditions susceptibles d'aider la DRSP et les CSSS à poursuivre leur réflexion sur les moyens à privilégier pour favoriser l'actualisation du second cycle du PAR et des PAL.

3.1 Principaux constats

■ *Le PAR s'est implanté en toute légitimité*

L'ensemble des personnes rencontrées considère l'arrivée du PNSP, du PAR et des PAL de manière très positive. En fait, la légitimité que confère la LSP à l'application de programmes et activités en prévention s'avère un appui fort utile, renforçant l'exercice des rôles et des mandats liés à la santé publique, et ce, aux différents paliers. Ainsi, sur le plan régional, la LSP et le PNSP fournissent à la DRSP les ancrages nécessaires pour la réalisation de sa mission propre au sein de l'ASSS. Selon la formulation du PNSP, dans sa version mise à jour en 2008, le PNSP ainsi que la LSP « marquent un tournant dans la pratique de santé publique au Québec, lui conférant une légitimité et un pouvoir d'influence accrue » (MSSS, 2008a, p.10). Les propos recueillis dans la présente évaluation abondent en ce sens, tant aux paliers régional que local. D'ailleurs, les participants des CSSS voient le PAR comme un élément structurant qui fournit un appui aux efforts réalisés localement pour implanter des programmes ou activités en promotion/prévention et en protection de la santé. L'évaluation d'implantation du PNSP fait également ressortir cet aspect en mentionnant que, pour plusieurs, « le programme a servi en quelque sorte de rempart au moment où l'on retenait davantage l'accessibilité, la continuité et la qualité des services comme enjeux de la transformation du réseau, une situation qui a pu causer une certaine déstabilisation du secteur » (MSSS, 2008b, p.26). En ce sens, la LSP fournit l'encadrement nécessaire à l'exercice d'un leadership affirmé en santé publique. L'introduction d'un PNSP dans un dispositif législatif constitue en soi une innovation par le changement que cela entraîne (MSSS, 2009). Compte tenu que la LSP et le PNSP rehaussent le pouvoir du directeur national de santé publique ainsi que celui des directeurs régionaux et des instances locales, Laberge et Morisset soutiennent qu'il s'agit de changements majeurs. En effet, ces transformations « 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 ces différentes instances centrales, régionales et locales » (2007, p. 3). En ce sens, la LSP fournit l'encadrement nécessaire à l'exercice d'un leadership affirmé en santé publique (MSSS, 2009). Cela met davantage en évidence l'importance de l'arrimage du PAR avec les PAL et, en particulier, dans le contexte des travaux reliés au projet clinique, comme le souligne le Ministère dans l'évaluation d'implantation du PNSP (MSSS, 2008b).

S'appuyant sur les textes de loi, la DRSP, quant à elle, a privilégié l'avenue de la mise en œuvre des PAL comme stratégie pour favoriser l'intégration des activités en promotion/prévention avec le palier local. En conséquence, les efforts d'arrimage proviennent principalement des CSSS où les responsables locaux ont participé aux démarches des projets cliniques et ont fait valoir l'intérêt d'insérer la promotion/prévention dans les différents continuums de services. Malgré l'engagement de ces derniers et la légitimité des actions de santé publique dans les discours officiels, la situation de la promotion/prévention dans les services n'est pas acquise et demeure un défi afin que les moyens suivent les intentions.

■ *Un PAR et des PAL qui s'inscrivent en continuité des actions de santé publique dans la région*

Au moment de l'élaboration du PAR, la DRSP a privilégié la continuité des dossiers de chacun des domaines en santé publique. En ce sens, elle a misé sur la poursuite des plans d'action des différentes équipes; elle a choisi de ne pas établir de priorités dans les programmes ou activités à mettre en œuvre dans le premier cycle du PAR. En procédant ainsi, la DRSP a voulu répondre au plus grand nombre de besoins et de problématiques de sa population, associés aux données découlant du portrait de la population de la région et en conformité avec les domaines d'intervention du PNSP.

Le PAR s'est construit à partir des ressources disponibles. Toutefois, la démarche entourant son élaboration a fourni l'occasion d'y inscrire un certain nombre d'activités jugées pertinentes, pour lesquelles les ressources requises n'étaient pas disponibles. Ces programmes ou activités ont été classés sous la rubrique « à développer », indiquant qu'ils pourraient être mis en œuvre si les fonds nécessaires à leur actualisation étaient alloués.

Les CSSS, pour leur part, ont élaboré leur PAL en se guidant sur le PAR de la DRSP. Certains d'entre eux y ont apporté des modifications mineures de manière à coller davantage aux caractéristiques de leur milieu et aux besoins de leur population, basés sur le portrait de santé de leur territoire. Les CSSS jugent pertinent d'avoir un PAL qui structure l'offre de service en santé publique à l'échelle locale; ils ont cependant dû l'harmoniser sur l'ensemble de leur territoire et assurer une équité intraterritoriale. Devant la nécessité de faire des choix, les CSSS auraient souhaité être guidés relativement aux programmes et activités jugés incontournables, dont la mise en place était prévue pour le premier cycle du PAR et des PAL.

Étant donné son caractère structurant aux paliers régional aussi bien que local, en regroupant l'ensemble de l'offre de service de santé publique, en cherchant à préciser des responsabilités particulières et des objectifs de résultats à atteindre, en définissant des défis communs à tous les domaines, le PAR constitue « une première ». Le PAR et les PAL créent un *timing* mobilisateur au moment de leur élaboration et de la consultation, tant à l'interne de l'organisation qu'auprès des partenaires du réseau de la santé et des milieux intersectoriels. Un plan stratégique de mise en œuvre pourrait contribuer au maintien de cette mobilisation en faveur de la promotion/prévention et protection dans la région. Tant le Ministère que l'INSPQ préparent des actions en ce sens, auxquelles la région pourrait s'associer.

■ *Le PAR a entraîné peu de changements dans le contenu des dossiers sur le plan des pratiques et de la gestion, à l'exception du suivi des activités de santé publique*

Malgré que le PNSP, le PAR et les PAL constituaient une innovation, dans les faits, peu de changements ont été relevés lors du premier cycle de mise en œuvre. Les principales modifications, survenues au sein de la DRSP relativement à l'implantation du PAR, se sont concentrées autour de la mise en place des dossiers transversaux et du suivi des activités de santé publique à partir de la reddition de comptes.

En effet, les deux chantiers et les travaux relatifs aux PCP ont fourni l'occasion de mobiliser du personnel issu de diverses équipes de la DRSP autour d'une thématique commune. Ces dossiers, inscrits dans le Plan stratégique de la DRSP, ont conduit à une certaine réorientation dans la planification des activités à mettre de l'avant, particulièrement dans le cas des deux chantiers. Leurs objets visaient précisément à revoir l'offre de service proposée de manière à couvrir un plus large éventail de besoins et à faire participer davantage les acteurs des différentes sphères d'activités concernées. Ce travail interéquipes sur des clientèles et des stratégies est un changement amorcé dans le contexte du PAR. Ces dossiers n'ont pas été retenus dans les exemples utilisés pour la présente évaluation. Toutefois, on peut s'interroger sur les bénéfices découlant d'une telle pratique pour renforcer la cohérence dans l'action à l'interne de la DRSP ainsi que face à ses partenaires, particulièrement les CSSS.

L'autre changement lié au PAR concerne la structuration de certaines modalités de suivi, à partir des ententes de gestion ASSS/établissements. Celles-ci sont perçues par l'ensemble des répondants comme étant utiles et appropriées à l'exercice du suivi des activités et de la reddition de comptes. Ainsi, dans la perspective de se donner des moyens additionnels de suivi auprès des milieux locaux, la DRSP a ajouté une annexe de santé publique qui suit un nombre supplémentaire d'indicateurs de résultats. À l'instar de l'évaluation du PNSP (MSSS, 2008b), la DRSP considère l'allocation budgétaire et la reddition de comptes comme des leviers importants pour soutenir l'implantation des programmes et activités du PAR. L'évaluation met toutefois en lumière le fait que le suivi à l'aide d'indicateurs ne touche qu'une faible partie des programmes et activités de santé publique. Cette situation fait ressortir la nécessité d'aller plus loin dans la détermination et la mesure d'indicateurs pour suivre le plus possible l'ensemble des programmes et activités du PAR et des PAL.

■ *La transformation du réseau a modifié l'exercice de santé publique au palier local*

Le réseau de la santé et des services sociaux a vécu une période de transformation importante qui a coïncidé avec la fin de l'élaboration du PAR et des PAL. Dans la région, la réorganisation du réseau s'est traduite par la fusion des CLSC et des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) pour la création des CSSS. À l'exception du territoire de Portneuf où le processus avait déjà été amorcé, les autres milieux ont connu une réorganisation interne de taille. Au-delà des changements structuraux et organisationnels, plusieurs modifications de rôles et de fonctions pour le personnel des CSSS sont aussi survenues; un bon nombre d'acteurs (gestionnaires, intervenants, etc.), jouant un rôle clé dans la réalisation des programmes et activités ainsi que dans les liens avec la DRSP, n'occupent plus les mêmes fonctions.

La responsabilité populationnelle, la hiérarchisation des services avec un renforcement du rôle de la première ligne ainsi que la préoccupation de la continuité et de l'intégration des services, représentent désormais les fondements du réseau. La décentralisation constitue également un élément central de la réforme de la santé et des services sociaux. Cette responsabilité, accompagnée d'une marge de manœuvre accrue, des instances locales quant à l'organisation des services ont façonné le contexte dans lequel s'est inscrite la mise en œuvre des programmes et activités de santé publique dans la région. Aussi, en raison de la nature de ces changements, selon Denis et Trottier (2009), les CSSS doivent maintenant : « conjuguer un système axé sur la maladie, le curatif et la production interne de services avec une perspective d'amélioration de la santé de la population et construire un système axé sur les résultats de santé, le réseautage et la coordination d'un continuum de soins intra et extra muros, allant de la prévention à la réadaptation ».

Dans les faits, ces nouvelles responsabilités impliquent le passage d'une approche « clientèle » à une dite « populationnelle » qui exige le recours à de nouveaux modèles d'intervention ainsi que l'expérimentation de nouvelles façons de faire, notamment en promotion/prévention. À ce sujet, la littérature suggère que des efforts sont à déployer pour vaincre les résistances et surmonter les obstacles organisationnels, professionnels et individuels présents dans les milieux concernés (Laberge et Morisset, 2007).

Comme le souligne l'évaluation du PNSP, « la création des CSSS devrait renforcer l'action en santé publique, puisque les fondements de la transformation, particulièrement les approches populationnelle et intersectorielle, rejoignent la perspective de santé publique » (MSSS, 2008b, p. 31). Les résultats de la présente étude font également ressortir l'importance du rôle des instances locales en santé publique dans le contexte de la transformation du réseau. Plusieurs éléments semblent converger pour faire en sorte que les milieux locaux exercent leurs fonctions de santé publique au mieux dans ce nouveau contexte d'organisation des services. La venue d'un nouvel acteur, le responsable local de santé publique, nommé dans chacun des CSSS de la région, contribue à cette orientation. Cette personne porte les dossiers de santé publique à l'intérieur de son organisation et voit à amener son milieu et le réseau local à agir en faveur des actions de santé publique; elle est l'interface principale entre les paliers régional et local. Il importe que ces acteurs locaux participent à la traduction du PAR en PAL, surtout dans un contexte où des changements ont toujours cours.

Même si le contexte de fusion des CLSC a ralenti la réalisation des activités de santé publique à l'échelle locale, la présence du PAR et des PAL à cette période a fourni l'occasion d'entreprendre une réflexion ou de « se repencher » sur leur offre de service de santé publique avec la préoccupation de l'harmoniser pour l'ensemble du territoire de CSSS. L'enjeu consistant à accorder une place à la promotion/prévention et à certaines activités de protection au sein des milieux locaux demeure encore majeur. Dans la région, à la différence de ce que souligne l'évaluation d'implantation du PNSP, ce défi est présent non seulement pour le CSSS qui gère une mission de centre hospitalier, mais également pour les autres.

3.2 Conditions favorables à une mise en œuvre réussie du PAR

■ *S'assurer de clarifier les rôles et les responsabilités en santé publique*

À l'instar du PNSP, le PAR confirme que la mission de santé publique n'est pas la seule responsabilité de la DRSP, mais qu'elle fait plutôt l'objet d'un engagement partagé par les divers acteurs de la région associés à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. La réalisation du PAR se concrétise en bonne partie par la mise en place d'activités de santé publique qui relèvent de l'échelle locale et qui sont regroupées en PAL. Les CSSS en sont les acteurs centraux auxquels se greffent plusieurs collaborateurs, tant du réseau de la santé et des services sociaux que des organismes communautaires et des milieux intersectoriels. La complexité des actions de santé publique invite à une clarification des rôles et responsabilités particulièrement dans le contexte de la nouvelle gouvernance et de ses retombées dans le réseau.

Il n'est donc pas étonnant que, lors de l'évaluation de la capacité de mise en œuvre du PAR, l'ensemble des types d'acteurs consultés souligne l'importance de compter sur des rôles et des responsabilités clairement définis aux paliers régional et local. Comme le PAR s'est développé en continuité avec ce qui se faisait dans les plans d'action existant à la DRSP, les rôles et les responsabilités de la DRSP se sont maintenus, d'autant plus qu'aucune attente de changement n'a été exprimée à cet égard, ni au plan régional ni au national. Le PNSP n'avait d'ailleurs donné aucune précision à cet effet, les indications à l'intention des acteurs régionaux et locaux concernant l'exercice des rôles étant demeurées d'ordre général. À la lumière des commentaires recueillis, la DRSP est perçue comme jouant bien son rôle pour ce qui est des fonctions de santé publique.

Toutefois, plusieurs font valoir que la clarification des rôles et des responsabilités qui incombent aux divers acteurs régionaux et locaux constitue un facteur favorable et nécessaire pour améliorer la mise en œuvre du PAR et des PAL. Il s'agit d'un aspect important pour assurer une bonne cohésion, non seulement au sein de la DRSP, mais également avec les CSSS qui doivent composer avec la dynamique des changements instaurés par la transformation du réseau. Cet effort pour préciser et convenir des contributions respectives et communes avec les principaux partenaires assurera un arrimage propice à la mise en place des activités de santé publique dans un contexte encore en évolution.

La mise à jour du PNSP met en évidence l'importance de préciser les rôles et responsabilités (MSSS, 2008a), notamment en confirmant le rôle majeur de soutien de la DRSP aux CSSS. Le PNSP le décrit comme « une coordination régionale et locale de même qu'un partage structuré de l'information permettant de convenir des actions prioritaires, des stratégies d'implantation et de mise en œuvre des activités de santé publique ainsi que des suivis complémentaires à la reddition de comptes » (MSSS, 2008a, p.82). La DRSP peut déjà s'appuyer sur différentes modalités existantes pour assurer ce rôle de coordination avec le palier local. Le CCCSP et divers comités sont déjà en place pour des échanges avec les milieux locaux. Ils représentent des assises favorables à considérer pour orienter un certain nombre de programmes et d'activités dans le sens des objectifs visés en promotion/prévention et en protection proposés par le PAR. Ces lieux d'échange et de concertation permettent de rendre plus explicites et de convenir des rôles de la DRSP et des acteurs locaux pour la mise en œuvre des PAL, notamment auprès des responsables locaux des CSSS. Ainsi, en jouant un rôle actif de coordination des activités de santé publique, la DRSP s'assure d'une cohérence favorable au soutien qu'elle doit fournir aux partenaires locaux. Cet appui se traduit, entre autres, par de

l'accompagnement et de l'expertise en proposant des stratégies et des moyens visant à leur permettre d'assumer pleinement les fonctions de promotion/prévention et de protection auprès de la population.

Il est permis de croire que des efforts additionnels pour la clarification des rôles des divers acteurs associés à l'offre de service de santé publique faciliteraient à la fois le partage des responsabilités de chacun et l'établissement de collaborations permettant un meilleur arrimage de ces actions dans la région.

■ *Favoriser le rôle clé du responsable local de santé publique*

Le rôle joué par les responsables locaux de santé publique est reconnu comme étant central par l'ensemble des participants consultés lors de l'évaluation. Tous sont conscients de la quantité de responsabilités qui leur incombe, notamment celles d'assurer les échanges avec la DRSP et de voir à la mise en place des activités du PAL dans leur milieu. La perception des personnes interviewées à leur égard est d'ailleurs très positive; elles définissent ce rôle comme étant mobilisateur et d'influence, tant à l'intérieur du CSSS qu'auprès des partenaires du réseau local de services. De plus, comme l'ont révélé les entrevues, le niveau d'engagement des responsables locaux constitue, de l'avis d'un grand nombre de personnes, un atout majeur pour l'élaboration et la mise en place des PAL.

L'exercice du rôle des responsables locaux a varié selon les milieux et avec le temps ainsi qu'en fonction de leur position hiérarchique au sein de l'organisation. Certains se concentrent entièrement sur les dossiers de santé publique alors que d'autres cumulent plusieurs fonctions. Pour ces derniers, un défi plus grand se pose, celui d'assurer une continuité et un soutien direct aux personnes associées à la réalisation des programmes et activités de santé publique sur le plan local, tout en participant aux divers mécanismes d'interface avec les instances régionales.

En raison du rôle du responsable local dans chaque CSSS, une bonne part d'information se trouve « centralisée » autour de cette personne, ce qui semble satisfaire les attentes des répondants, tant aux paliers régional que local. Selon les responsables locaux ayant participé à l'évaluation du PNSP, il est important « que la gestion des PAL soit confiée à un responsable influent dans l'organisation [...] afin que les objectifs de prévention soient pris en charge par les lieux décisionnels et pour que soit établie une ligne d'imputabilité. Rapprocher la gestion du PAL des lieux décisionnels assure aussi la circulation de l'information » (MSSS, 2008b, p.33). Ainsi, il faudrait s'attarder aux difficultés signalées relativement aux modalités de circulation de l'information sur les activités de santé publique au sein des CSSS et à l'intérieur du réseau local de services.

Par ailleurs, étant donné le rôle central du responsable local, il importe de se questionner à la DRSP sur les moyens concrets à mettre œuvre pour soutenir cet acteur dans l'exercice de ses fonctions. Dans les faits, une bonne partie du soutien provient du programme de formation Compétences en action, mis sur pied au cours des dernières années par l'INSPQ. Ce programme vise à fournir des outils aux gestionnaires et aux professionnels de santé publique pour les aider à positionner les dossiers de santé publique dans leur organisation. Dans la région, la DRSP offre ce programme dans le cadre des activités du CCCSP; on vise à améliorer complicité entre les gestionnaires et, aussi, à susciter une vision ainsi qu'un langage communs entre la DRSP et les CSSS. Il est d'ailleurs à prévoir que ce type de programme grandira en popularité au cours des prochaines années, compte tenu de la mobilité du personnel

notamment liée aux départs à la retraite. Toutefois, en dehors de ce programme et devant l'ampleur des responsabilités qui incombent aux responsables locaux, il y a lieu de se demander si d'autres modalités devraient être mises à leur disposition, par les paliers tant national que régional, afin de les aider à remplir l'ensemble de leurs mandats.

■ *Rendre disponibles des moyens pour aider les professionnels et les intervenants locaux dans leurs efforts pour implanter le PAR et les PAL*

La réussite de la mise en œuvre des programmes et activités de santé publique à l'échelle régionale et locale dépend aussi du soutien que les professionnels et les intervenants reçoivent de leur supérieur immédiat pour accomplir adéquatement leurs tâches. L'appui des directions et des organisations à l'implantation des programmes et activités du PAR et des PAL constitue une condition favorable à la mise en œuvre du PAR et des PAL dans la région. À cet égard, les constats révèlent la présence d'un soutien jugé satisfaisant dans l'ensemble, de la part des personnes rencontrées, aussi bien aux paliers régional que local.

L'appui des principaux partenaires apparaît aussi comme une condition favorable. Les observations à cet égard sont généralement positives, même si le niveau d'adhésion varie selon les partenaires, particulièrement pour ce qui est des milieux intersectoriels. En fait, la capacité de mise en œuvre avec ces derniers exige des efforts accrus pour maintenir la mobilisation et la collaboration nécessaires à l'implantation des activités de santé publique même lorsqu'ils sont directement concernés. De même, il y a lieu de se préoccuper de faire participer davantage les milieux cliniques, en particulier les médecins, pourtant ciblés dans bon nombre de cas pour jouer un rôle actif dans l'implantation de plusieurs activités proposées dans le PAR et les PAL.

De manière à optimiser les chances de réussite, il est important que le PAR, tout comme les PAL, puissent compter sur l'appui de personnes reconnues comme étant des leaders dans leur communauté, favorisant ainsi une certaine appropriation des programmes et activités de santé publique. En matière de promotion/prévention, il est nécessaire que la DRSP suscite l'intérêt d'acteurs ayant un pouvoir d'action sur les déterminants de la santé, qu'elle établisse des collaborations et qu'elle tente de faire converger les intérêts en faveur de l'amélioration de la santé, comme le soulignent Laberge et Morisset (2007). Ces aspects représentent un atout à considérer de près pour faciliter, entre autres, l'implantation de nouvelles stratégies ou approches dans certains milieux, telles l'École en santé ou, encore, les PCP. Dans ces cas, le soutien de commissions scolaires ou du Département régional de médecine générale (DRMG) constituerait un appui stratégique appréciable. De plus, la DRSP a avantage à favoriser la mise en place de conditions visant à faciliter le travail des CSSS et des groupes communautaires, vu leurs rôles confirmés en promotion/prévention par la LSP et le PNSP. En fait, une perspective de promotion/prévention de problèmes complexes « renvoie 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 des recours à des approches dites pluralistes » (Laberge et Morisset, 2007, p. 10).

Le partenariat constitue un élément déterminant dans la réussite du PAR et des PAL, lequel représente un défi constant, notamment en ce qui concerne les milieux intersectoriels. C'est pourquoi d'autres moyens méritent d'être mis en branle pour optimiser les chances de succès à cet égard. Parmi eux, mentionnons l'utilisation des résultats de travaux d'évaluation pour démontrer les gains observés dans différents secteurs d'activité et, ainsi, convaincre les autres

directions et les partenaires du bien-fondé des interventions entreprises en santé publique. Aussi, les « bons coups » découlant des travaux menés à la DRSP, en collaboration avec les milieux, gagneraient également à être plus largement diffusés dans la région.

Par ailleurs, les compétences et les habiletés des professionnels et des intervenants ne sont pas remises en doute. Ceux-ci semblent détenir, dans l'ensemble, les compétences requises à l'exercice de leurs fonctions. Certains professionnels de la DRSP font cependant état de quelques lacunes dans les stratégies d'intervention mises de l'avant par le PNSP, dont celle qui repose sur la concertation et l'établissement de partenariat visant à soutenir l'action intersectorielle. On insiste sur le manque de moyens concrets accompagnant ces stratégies globales d'intervention destinées à aider les acteurs de santé publique, tant aux paliers régional que local. Plusieurs disent avoir besoin d'outils et même, dans certains cas, de connaissances additionnelles afin d'être en mesure de bien faire le travail.

Dans certains cas, la transmission des connaissances est insuffisante; le palier national formule des orientations générales, mais les intervenants locaux et leurs supérieurs immédiats souhaiteraient compter sur davantage de précisions, sous forme de guide par exemple, pour les aider sur le plan opérationnel et même, parfois, pour les aspects tactique ou stratégique, selon les dossiers. Cette situation reporte en quelque sorte, du palier national au régional, la responsabilité d'outiller les intervenants sur le terrain, aux prises avec les difficultés concrètes au moment de l'implantation des activités. Comme ils l'ont exprimé lors des entrevues, les professionnels qui ne peuvent compter sur les outils nécessaires doivent faire preuve de créativité et d'innovation dans plusieurs cas et tous ne se sentent pas à l'aise avec cette façon de faire.

L'évaluation d'implantation du PNSP met en évidence le souhait que le régional inclue des activités de concertation et de transmission des connaissances tenant compte de la dynamique locale et des besoins propres à chaque CSSS. De plus, on mentionne que le développement des compétences est crucial pour que l'exercice de la responsabilité populationnelle puisse s'appuyer sur la planification et la réalisation d'activités portant, entre autres, sur les déterminants de la santé (MSSS, 2008b). Il apparaît important que la DRSP puisse inventorier dès maintenant les besoins de formation les plus saillants afin d'outiller au mieux les membres de son personnel pour faciliter l'implantation des activités de santé publique, de concert avec l'ensemble des partenaires du RLS, tous associés, à des degrés divers, à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population. Aussi, il serait pertinent de considérer les lacunes relevées par les acteurs des CSSS dans la présente évaluation, notamment pour ce qui est de la diffusion de stratégies visant à rejoindre les clientèles ciblées. À cet égard, l'élaboration d'un plan de formation et de soutien en ce qui a trait à l'expertise requise pourrait s'avérer utile.

■ ***Au-delà de l'utilisation des ententes de gestion et de la reddition de comptes :
renforcer le suivi pour favoriser l'atteinte des résultats***

Les ententes de gestion et la reddition de comptes constituent, tant aux paliers régional que local, des processus administratifs considérés comme très pertinents et utiles pour assurer un suivi des activités de santé publique. On relève cependant des difficultés liées à la collecte de données et à la définition de certains indicateurs; cela rejoint d'ailleurs un commentaire de l'évaluation du PNSP (MSSS, 2008b).

Plusieurs responsables locaux font en outre mention du défi à relever par chaque milieu pour suivre les résultats escomptés par les PAL, notamment quand il s'agit des clientèles à rejoindre et des partenaires à mobiliser (dont les médecins, les milieux scolaires, etc.). Ils signalent également combien il est parfois difficile d'apprécier les résultats des activités préventives et de promotion. Malgré cela, les personnes interrogées réitèrent l'importance de disposer d'indicateurs clairs afin d'être en mesure de réaliser adéquatement le suivi de leurs programmes ou activités, aussi bien pour les résultats que pour les processus. À cette fin, la définition et la mise en place de modalités simples et efficaces de suivi des programmes et activités peuvent aider le personnel à ajuster ses interventions.

Un suivi régulier de l'ensemble des actions de santé publique et l'utilisation systématique des résultats obtenus lors des différentes évaluations (bilan d'implantation, évaluation d'interventions, etc.) sont des avenues à explorer pour assurer une rétroaction sur la planification et sur l'action, à la DRSP et dans les CSSS. À cet égard, le maintien d'une capacité d'évaluation à l'interne de la DRSP, accordant une place croissante à la mesure des résultats, pourrait contribuer à l'amélioration des pratiques, aux paliers régional que local.

■ *Améliorer les échanges et la communication entre les principaux acteurs de la DRSP et des CSSS*

L'implantation du PAR et des PAL implique, pour les différents acteurs de santé publique, de pouvoir compter sur des canaux de communication efficaces. Cette prémisses s'applique à l'interne de la DRSP comme dans ses interfaces avec les milieux locaux.

À la DRSP, l'information entourant le PAR et les PAL est principalement transmise lors des assemblées générales. Il s'agit du lieu privilégié par la direction pour informer l'ensemble des membres du personnel de la situation nationale et des alignements retenus pour la région et les territoires de CSSS. Les réunions d'équipes constituent un autre moyen de communication utilisé par les coordonnateurs. Cette modalité est laissée à la discrétion de chacun.

L'importance d'une bonne transmission de l'information à l'ensemble du personnel demeure une condition essentielle au succès de la mise en œuvre du PAR et des PAL, notamment en ce qui a trait aux orientations retenues et à leurs conséquences pour la région. La DRSP, par son plan stratégique, a d'ailleurs retenu l'objectif suivant : « Mettre en place des mécanismes de communication axés sur une meilleure connaissance de l'organisation, sur une plus grande participation, sur des échanges efficaces intra et interéquipes ainsi que sur l'élimination de dédoublements » (ASSS, 2005, p. 19). Malgré une bonne participation à la JISP, qui permet de faire connaître aux différentes équipes les interventions réalisées à la DRSP, la situation actuelle n'est pas optimale compte tenu du fait que l'échange d'information sur les autres modalités de communication semble varier selon les équipes. En outre, comme la participation aux assemblées générales de la DRSP demeure faible, il est suggéré d'explorer d'autres modes de communication qui permettront de diffuser l'information essentielle à l'ensemble du personnel.

La mise en place et le fonctionnement des comités, assurant le suivi de l'implantation du PAR et sa traduction en PAL à l'intérieur de chaque milieu, semblent satisfaisants pour les personnes qui y participent. Avec la création du CCCSP, les échanges entre la DRSP et les CSSS ont été facilités, notamment pour les gestionnaires. Cependant, le fonctionnement du comité pourrait être amélioré de façon à mieux soutenir les responsables locaux, notamment dans l'exercice de

leurs rôles auprès des partenaires de l'intersectoriel, et à les outiller pour faciliter l'implantation des activités de santé publique auprès de clientèles vulnérables de leur territoire.

Selon les acteurs locaux, la mise en place des activités du PAR serait facilitée par l'accès à des moyens de communication simples, rapides et efficaces pour rejoindre des personnes ressources aptes à les aider et à les orienter dans leur travail. En effet, la présence de liens directs entre les paliers régional et local peut permettre de corriger des aspects liés au contenu ou aux stratégies à privilégier dans l'actualisation d'interventions qui auraient été mal comprises et, ainsi, d'ajuster les interventions à réaliser. La disponibilité de ces contacts leur offre de plus une réassurance fort importante. Dans les faits, des professionnels et des intervenants ont exprimé leur insatisfaction face à une certaine lourdeur dans les échanges et la communication entre la DRSP et les CSSS, entre autres depuis la fusion des établissements. Habitué à communiquer directement avec leurs principaux interlocuteurs, les professionnels et les intervenants voient, par cette formalisation plus grande des liens, des entraves à l'exercice de leurs fonctions et, dans certains cas, les causes d'un ralentissement de l'implantation des programmes et des activités.

Pour tout programme ou activité, l'accès à des liens directs entre son promoteur et celui qui est chargé de son implantation constitue un élément clé de réussite. Ainsi, des efforts sur le plan de la communication seraient à fournir pour aider les personnes directement associées à l'implantation des programmes et activités, tant aux paliers régional que local. Enfin, ces constats conduisent à vérifier si la prise en compte d'autres options pourrait permettre d'optimiser les échanges entre les intervenants et les professionnels directement engagés dans des programmes ou activités précis et de s'assurer de leur utilité. Comme le soulignent les travaux de Denis et Trottier (2009), il importe que les directions régionales et locales accordent, à la transmission d'information, une grande importance afin de donner un sens à la réalisation des activités du PAR et des PAL. Pour cela, le recours à des modes de communication efficaces, destinés à l'ensemble du personnel de ces milieux, y contribuera.

■ *Pouvoir compter sur des ressources humaines et financières suffisantes*

La disponibilité de ressources humaines et financières est au cœur de la mise en œuvre du PAR et des PAL dans la région. Tant à la DRSP que dans les CSSS, les personnes rencontrées estiment ne pas pouvoir compter sur un nombre suffisant de ressources et toutes expriment le besoin d'avoir un personnel stable pour réaliser les programmes et activités de santé publique, particulièrement au palier local.

À la DRSP, les départs à la retraite et le déplacement de ressources au profit de l'INSPQ expliquent en partie le manque observé. Différentes stratégies ont été adoptées au cours des dernières années afin de compenser le manque de ressources humaines, notamment en protection (Maladies infectieuses et Santé environnementale), où des collaborations ont été établies avec des membres de l'INSPQ, ce qui a contribué à la réalisation de certains mandats régionaux. La situation de ces deux équipes soulève la question des urgences à laquelle la DRSP se doit de répondre dans de courts délais, que ce soit lors de l'éclosion d'infections particulières (infections nosocomiales, syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)) ou dans d'autres situations, telle la contamination de l'eau potable. Des membres de ces équipes soulignent les difficultés de composer avec une réalité qui les oblige à se mobiliser temporairement autour de ces problématiques et à délaisser des activités préventives ou de protection durant cette période. Dans ces cas, des professionnels avancent même l'idée de se

doter, au sein de leur équipe, d'un noyau de personnes qui se consacraient particulièrement aux activités de prévention de manière à ne pas mettre en péril la poursuite des activités de protection prévues dans le PAR.

Sur le plan local, les problèmes de disponibilité de ressources sont aussi bien présents, notamment en ce qui a trait aux infirmières, pour lesquelles les difficultés de recrutement sont relevées par plusieurs. Une situation similaire est observée pour d'autres ressources spécialisées qui contribuent aux activités de santé publique, dont les intervenants en réadaptation et en nutrition. Quoi qu'il en soit, la pénurie de ressources humaines est préoccupante pour la mise en place, à l'échelle locale, de certains programmes ou activités de santé publique. En effet, plusieurs de ces programmes ou activités sollicitent le personnel infirmier qui se voit jouer un rôle actif dans les interventions et les services à prodiguer aux clientèles visées. En protection, la vaccination en fournit un exemple tout comme certains programmes préventifs, tels que SIPPE qui s'adresse aux parents de jeunes enfants. Dans ce contexte, des programmes ou activités pourraient être mis en péril. La DRSP et les CSSS devraient s'interroger sur des solutions de remplacement.

Le roulement du personnel dans les CSSS inquiète également quant au suivi et à la continuité des programmes et des activités de santé publique. Quel que soit le palier concerné (intervenants et gestionnaires), la stabilité du personnel demeure une condition nécessaire à la réalisation des activités de santé publique dans la région, sans quoi le recrutement et la formation des nouveaux intervenants vont occuper une place croissante dans le travail des professionnels de la DRSP et des responsables locaux. Si les milieux pouvaient compter sur du personnel « dédié », quitte à ce qu'il doive jumeler des activités préventives à d'autres de nature curative, il est permis de croire que les bénéfices sur le plan de l'approche mise en œuvre en santé publique serait nettement accrue. Cependant, l'expérience montre que dans ce cas, il faudrait être vigilant quant au temps effectivement consacré aux activités de prévention. En effet, confrontés à un ensemble de mandats, les intervenants doivent composer avec la recherche d'un équilibre souhaitable entre les activités de nature curative et celles de nature préventive. Aussi, des moyens méritent d'être mis en place pour y parvenir et pour augmenter la capacité d'action ainsi que l'efficacité des interventions de santé publique mises de l'avant.

Une autre condition de succès réside dans la capacité à compter sur un financement suffisant pour implanter les activités du PAR et des PAL. En effet, la disponibilité de budgets pour recruter et garder des ressources humaines appropriées permet de faire avancer un dossier dans le sens du niveau d'implantation souhaité. Bien que tous conviennent de cette affirmation, il arrive que des soldes soient reportés à l'année suivante sans que les activités inscrites dans le PAR et les PAL aient été réalisées comme prévu. Ainsi, la disponibilité des ressources financières n'explique certainement pas, à elle seule, un niveau d'implantation peu ou moins avancé pour un programme ou une activité. Des difficultés de recrutement ou de collaboration avec certains partenaires peuvent aussi fournir des pistes d'explication.

Des attentes sont en outre exprimées à l'égard de l'application des coûts normés puisque cette méthode permet d'inventorier les ressources requises pour la réalisation des activités de santé publique tant aux paliers régional que local ainsi que le manque à gagner pour répondre aux besoins de la population. Cette préoccupation se retrouve aussi dans le PNSP mis à jour où l'on vise à « s'assurer du maintien et de l'évolution des investissements en prévention vu l'évolution de certaines maladies et problèmes psychosociaux évitables. Des stratégies complémentaires doivent être déployées pour favoriser à la fois la réallocation intraprogramme, la réallocation

interprogrammes et l'ajout de nouvelles sommes (budget de développement). Les autorités de santé publique, à chaque palier, peuvent s'appuyer sur le processus d'allocation de ressources et les coûts normés pour soutenir le développement de la prévention. Le suivi des dépenses réalisées dans ce secteur est essentiel » (MSSS, 2008b, p. 86). En suivant l'utilisation des coûts des divers programmes ou activités figurant à l'annexe de santé publique à partir de la reddition de comptes, la DRSP sera en mesure de vérifier si l'application des coûts normés permet ou non d'optimiser l'utilisation des ressources de santé publique de manière effective, à l'échelle locale, comme cela est pressenti sur le plan national.

■ ***Prendre en considération que la mise en œuvre du PAR et des PAL exige du temps et des adaptations locales***

La notion de temps s'avère un élément à prendre en compte dans la mise en œuvre des programmes et des activités de santé publique. Face à l'attente manifestée par le palier régional à propos du niveau d'implantation, plusieurs interlocuteurs de l'échelle locale ont fait ressortir la brièveté de l'échéance. On précise que le temps requis pour la mise en œuvre effective de tous les programmes et activités peut varier et que, dans les faits, un certain nombre d'éléments interfèrent à des degrés divers. C'est le cas, par exemple, de la complexité de certaines interventions à déployer; des efforts à faire pour mobiliser une diversité de partenaires, parfois issus de l'intersectoriel, avec lesquels les habitudes de collaboration sont moins bien établies; de l'aspect novateur de certains programmes ou activités, pour lesquels le personnel se sent moins habilité. L'incapacité d'implanter un programme ou une activité dans l'ensemble des secteurs d'un territoire de CSSS dans un laps de temps défini, comme à l'intérieur du premier cycle du PAL, constituerait un autre exemple.

Les données régionales du bilan d'implantation indiquent que, dans certains secteurs d'activité, l'obtention du niveau souhaité passe par des efforts additionnels qui favoriseront un meilleur avancement de dossiers. Plusieurs éléments méritent d'être pris en compte dans l'interprétation de ces constats : manque de ressources, temps d'implantation requis pour la mise en place plus long que prévu, etc. Ces constats soulèvent également la question de la planification faite au moment de l'élaboration du PAR. Les CSSS apprécieraient probablement de convenir avec la DRSP de l'étalement dans le temps prévu pour la mise en place des activités du PAR, de façon à tenir compte de leur contexte local et des ressources disponibles. Une partie de cette démarche s'actualise dans le cadre des ententes de gestion. Dans ce contexte, il apparaît important que la notion de temps soit prise en compte afin de définir de manière plus réaliste les échéanciers d'implantation de certains dossiers, particulièrement complexes ou exigeants. De plus, un soutien professionnel offert par la DRSP aux milieux locaux peut s'avérer utile pour aider à la planification de ces programmes ou activités en vue d'optimiser l'implantation pour le prochain cycle de leur PAL, et ce, à l'intérieur de chacun des territoires.

De même, le soin d'adapter l'offre de service aux besoins de la population de la région demeure un élément de préoccupation de la DRSP et des milieux locaux. À ce sujet, outre le portrait de santé, de quels moyens la DRSP dispose-t-elle pour vérifier si des changements ont été observés dans les besoins de sa population et, le cas échéant, quelle est la nature de ces changements?

À partir de ces principaux constats et des différentes conditions, des pistes d'action présentées dans la section suivante sont proposées pour améliorer la capacité de mise en œuvre du second cycle du PAR.

4. PISTES D'ACTION POUR AMÉLIORER LA CAPACITÉ DE MISE EN ŒUVRE DU PAR

L'information recueillie dans le cadre de l'évaluation indique que la région de la Capitale-Nationale possède la capacité de mettre en œuvre son PAR ainsi que les PAL qui en découlent. Les personnes interrogées conviennent que, dans l'ensemble, la mise en œuvre du premier cycle du PAR et des PAL est réussie; elles évaluent positivement la capacité des paliers régional et local à implanter les programmes et activités de santé publique dont elles sont responsables.



Plus concrètement, au sein de la DRSP, plus de 70 % des programmes et activités prévus par le PAR sont réalisés ou en voie de l'être, ce qui semble satisfaisant pour ce premier cycle de mise en œuvre. Les répondants des CSSS voient aussi favorablement l'implantation de leur PAL même si le niveau de réalisation est variable d'un milieu à l'autre. Dans l'ensemble, la perception positive des répondants s'appuie également sur la collaboration des divers acteurs, observée autant aux paliers régional que local. L'engagement des gestionnaires, des professionnels et des intervenants de santé publique y contribue aussi grandement.

La mise en œuvre des plans d'action de santé publique s'est faite dans un contexte de changements associés à la transformation du réseau de la santé et des services sociaux et à la création des CSSS. Cet environnement en mutation a, à certains égards, retardé la mise en place des activités de santé publique dans les milieux alors aux prises avec des changements organisationnels importants. Toutefois, la légitimité du PAR et des PAL a contribué à minimiser ces effets. Comme relevés par l'évaluation du PNSP, les orientations du programme et son cadre légal représentent « des conditions favorables, mais insuffisantes pour l'atteinte des objectifs » (MSSS, 2008b, p. 7). Ces facteurs constituent à la fois des assises et des opportunités stratégiques à considérer pour accroître la capacité de mise en œuvre du PAR dans la région.

Ainsi, les modifications sur le plan de la gouvernance et l'imputabilité plus grande des CSSS représentent des facteurs d'influence notables pour la mise en œuvre des actions de santé publique auprès de la population de la région. En effet, la LSP vient renforcer la responsabilité populationnelle et l'atteinte des résultats de santé de la population, exerçant ainsi une influence sur la mise en œuvre des activités de santé publique. Dans cette foulée, des changements structuraux et organisationnels se sont manifestés dans l'exercice des rôles des acteurs de santé publique, particulièrement à l'échelle locale. Chaque milieu a, entre autres, procédé à la nomination d'un responsable local de santé publique, lequel joue un rôle déterminant au sein du CSSS et du RLS. Ces modifications contribuent favorablement à une responsabilité partagée entre la DRSP et les CSSS, dans la mise en place des activités de promotion/prévention et de protection, ce qui accentue l'interdépendance entre les paliers régional et local en matière de santé publique.

Face à cette réalité, la DRSP a privilégié la continuité des processus décisionnel et organisationnel, ainsi que celle des pratiques professionnelles, en élaborant le PAR en concordance au PNSP. Quelques adaptations ont été apportées par le palier régional dans son rapport avec les milieux locaux, dont la mise sur pied d'un mécanisme de concertation (le CCCSP) et le recours à des moyens additionnels de suivi des activités de santé publique, tels

que proposés par le PNSP. À leur tour, les CSSS se sont guidés sur le PAR pour élaborer leur plan d'action local qui renferme des activités de promotion/prévention et de protection, comme le prévoit la LSP.

La traduction du PAR en PAL représente un élément inhérent de la capacité de mise en œuvre du PAR. Bien que plusieurs adaptations et ajustements aient été apportés au cours des dernières années, un réel défi demeure pour les milieux locaux dans la mise en œuvre du second cycle des PAL 2009-2012. À cet égard, l'arrimage entre les paliers régional et local de santé publique mérite d'être consolidé. La présence d'assises au sein de la DRSP et dans les CSSS permettra de renforcer les conditions favorables à prendre en compte afin d'influer sur des points névralgiques particuliers. L'appréciation positive, telle que dégagée dans la présente évaluation, constitue sans nul doute une des assises notables pour l'introduction de pistes visant à améliorer la portée des actions de santé publique, et ce, autant aux paliers régional que local.

L'ensemble des pistes d'action proposées sont dégagées de l'analyse des résultats dont certaines sont corroborées par des pistes d'amélioration formulées par le MSSS, à la suite de l'évaluation de l'implantation du PNSP. **Les pistes d'action suivantes sont reliées aux processus décisionnel et organisationnel de la DRSP :**

- **Se donner les moyens d'élargir le suivi et la reddition de comptes à l'ensemble des activités du PAR pour mieux évaluer l'atteinte des résultats.** Les retombées d'un tel exercice faciliteront non seulement la gestion et le suivi, mais contribueront également à préciser et à convenir, au sein de la DRSP, des principaux objectifs ainsi que des cibles que le PAR désire atteindre. Cette démarche permettra d'accentuer la préoccupation à l'égard de l'atteinte des résultats visés par les actions du PAR, non seulement centrés sur les processus, mais également sur les effets pour les clientèles à rejoindre. En outre, l'amélioration de la mesure des résultats à atteindre représente en soi un axe d'action important.
- **De pouvoir compter sur la disponibilité de ressources humaines compétentes au sein de la DRSP pour implanter les activités prévues à l'intérieur du PAR** s'avère majeur. En plus de compter sur des ressources suffisantes, il apparaît essentiel que celles-ci puissent s'appuyer sur des approches et des stratégies appropriées pour leur permettre de jouer pleinement leur rôle de soutien et d'accompagnement auprès de l'ensemble des partenaires. À cet effet, on souligne, entre autres, l'importance que le personnel de la DRSP acquière davantage d'habiletés et de savoir-faire, particulièrement pour la mise en place des actions de promotion/prévention auprès de clientèles vulnérables ainsi que pour le développement des collaborations avec les milieux intersectoriels.

De plus, d'autres **pistes d'action portent plus précisément sur des éléments d'interface entre la DRSP et ses partenaires, particulièrement les CSSS.** Celles-ci visent, notamment, à favoriser les modes de collaboration qui soient le plus favorables possibles :

- **Assurer la clarification des rôles et des responsabilités de santé publique, de la DRSP et des partenaires locaux,** particulièrement en raison des changements survenus à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux. Les récents travaux de la DRSP avec les CSSS, pour la mise à jour du PAR et des PAL 2009-2012,

représentent une opportunité pour préciser et convenir des rôles les plus appropriés afin que chacun s'acquitte au mieux de ses mandats en ce qui a trait à la promotion, la prévention, la surveillance et la protection de la santé de la population. Ces précisions pourront donner lieu à l'identification des besoins exprimés par les milieux locaux à l'endroit de la DRSP pour optimiser leur contribution respective.

- **Prendre en compte**, lors de collaborations entre les paliers régional et local, **que les CSSS et les autres acteurs de santé publique ont une plus grande autonomie décisionnelle, notamment en matière de prévention et d'action intersectorielle**. Il est toutefois important de préserver une cohérence des actions de santé publique entre les différents paliers à la lumière des orientations régionales et ministérielles.
- **Intensifier l'appui à apporter au responsable local de santé publique dans l'exercice de son rôle**. Comme ce dernier représente un acteur clé au sein du RLS, il s'avère crucial qu'il puisse s'appuyer sur des fondements et des stratégies qui faciliteront la planification et la réalisation d'activités de santé publique à la lumière des orientations et des cibles privilégiées par le PAR et les PAL. De plus, la responsabilité populationnelle, telle que définie par la LSP, représente une opportunité pour favoriser la mobilisation des partenaires concernés et ainsi, se rapprocher de l'atteinte des résultats souhaités pour la population. Le MSSS, qui partage ces préoccupations, prépare une stratégie de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle, à laquelle la région pourrait s'associer.
- **Maintenir la mobilisation et l'engagement du personnel, aussi bien à la DRSP que dans les CSSS**. Comme les personnes se sentent déjà très engagées dans la réalisation du PAR et des PAL, il est important de s'appuyer sur cette force tout en étant conscient qu'il s'agit là d'un défi constant, et ce, aux différents paliers, pour accroître l'intégration de la promotion/prévention à l'intérieur d'une offre de service largement axée sur les soins curatifs.
- **Convenir des types de soutien et d'expertise que la DRSP doit mettre de l'avant afin de mieux répondre aux besoins spécifiques de chacun des CSSS et autres partenaires de la région**, dont ceux de l'intersectoriel. Cela favorisera le maintien de collaborations essentielles entre les paliers régional et local, compte tenu de leur interdépendance pour la réalisation des activités de santé publique dans la région.
- **Se donner les moyens d'assurer le développement des compétences, aussi bien à l'échelle régionale que locale**, concernant des moyens et des stratégies reconnus efficaces pour établir des liens étroits avec les divers types de partenaires (médecins, municipalités, commissions scolaires, etc.) ainsi que pour mieux intervenir auprès des clientèles vulnérables.
- **Améliorer les canaux de communication** pour qu'ils soient les plus fonctionnels possibles **entre les paliers régional et local**. La transmission de l'information demeure un aspect déterminant pour le développement d'une cohérence dans les orientations et les actions à privilégier ainsi que pour le partage des savoir-faire. À cet égard, une attention est à apporter pour que les mécanismes de communication en place tentent de diminuer les inconvénients issus d'une grande hiérarchisation qui prévaut dans les organisations et entre elles.

L'évolution de la pratique de santé publique, autant aux paliers régional que local, se réalise dans la recherche d'un équilibre entre ce qui est proposé par les orientations nationales et régionales et l'adaptation des programmes et activités à la réalité de chaque territoire local. Elle est tributaire de la relation étroite qui unit la DRSP et les CSSS et exige une action collective, basée sur la coopération et la concertation entre ces deux paliers. De plus, pour l'action intersectorielle, la DRSP et les CSSS auraient avantage à rechercher des alliances avec d'autres acteurs n'appartenant pas au réseau de la santé et des services sociaux et dont les actions contribuent aussi à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

Ainsi la mise en œuvre du second cycle du PAR et des PAL doit être soutenue par le **leadership affirmé de la DRSP de manière à partager une vision commune au sein de la direction et avec les autres acteurs du réseau**. Cette quête de « sens » est favorable à la concertation et à la collaboration entre les différents paliers d'action et les partenaires, telle que le soutiennent Denis et Trottier (2009). De même, une meilleure cohérence dans l'action permet aux objectifs de promotion/prévention, de surveillance ainsi que de protection de la santé d'être portés par l'ensemble des acteurs régionaux et locaux de santé publique en vue d'optimiser les résultats attendus auprès de la population ciblée.

L'appréciation de la capacité de mise en œuvre du PAR 2004-2007 et sa traduction en PAL dans la région de la Capitale-Nationale est évaluée comme positive. Autant à la DRSP que dans les CSSS, les acteurs l'associent principalement à l'implantation effective des activités prévues ainsi qu'à la mobilisation et à la collaboration entre divers acteurs régionaux et locaux de santé publique. Toutefois, le fait que l'atteinte des résultats auprès de la clientèle ne ressort pas comme un critère de réussite représente un point névralgique important à considérer pour le second cycle du PAR.

La capacité de mettre en œuvre le PAR repose notamment sur sa traduction en PAL, ce qui met en évidence l'importance de l'arrimage entre les paliers régional et local. De même, comme les facteurs liés à l'environnement (fusion des CLSC en CSSS, création des RLS, etc.) ont influé sur l'implantation des activités de santé publique à divers degrés au cours des dernières années, il apparaît essentiel de leur accorder une attention particulière dans la poursuite de la réalisation du PAR.

L'évaluation fait aussi ressortir l'importance de s'intéresser aux assises, aux points névralgiques et aux conditions favorables liés à la fois aux perspectives décisionnelle, organisationnelle et professionnelle, lesquelles s'avèrent toutes aussi nécessaires pour le succès de la mise en œuvre des programmes et activités du PAR et des PAL.

En outre, l'évaluation révèle aussi de nombreux défis auxquels la DRSP et les CSSS devront faire face afin de renforcer la place de la santé publique dans la région. À cet égard, les principales pistes d'action proposées pour y arriver reposent, entre autres, sur le leadership de la DRSP et sur un arrimage étroit entre les paliers régional et local de santé publique. La recherche d'une vision commune des orientations et des approches à mettre de l'avant, tant au sein de la DRSP qu'avec les acteurs des RLS, concourra à ce que les objectifs de promotion de la santé, de prévention et de protection soient partagés. Le renforcement des alliances entre ces deux paliers optimisera l'implantation des actions du PAR et des PAL et contribuera favorablement à l'exercice de la responsabilité populationnelle. Enfin, une meilleure cohérence dans les actions de santé publique dans la région permettra d'accroître la capacité du PAR et des PAL 2009-2012 d'améliorer la santé de la population de la région de la Capitale-Nationale.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE. *Bilan de la planification stratégique 2005-2008*, document de travail, Direction régionale de santé publique, Québec, 2009, 11 p.
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE. *Le Plan stratégique 2005-2008*, Direction régionale de santé publique, Québec, 2005, 31 p.
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE. *Le Plan d'action régional de santé publique*, Direction régionale de santé publique, Québec, 2004, 143 p.
- CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE CHARLEVOIX, *Plan d'action local de santé publique 2004-2007*, 2004, 57 p.
- CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA VIEILLE-CAPITALE, *Plan d'action local de santé publique 2006-2010*, 2006, 79 p.
- CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE PORTNEUF, *Plan d'action local de santé publique 2004-2007*, 2004, 70 p.
- CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC-NORD, *Plans d'action locaux de santé publique 2004-2007*, Centre de santé Orléans (48 p.), Centre de santé Haute-Saint-Charles (15 p.), Centre de santé La Source, 2004.
- DENIS, J.-L. *Les organisations et la santé publique : un potentiel d'innovation*, Chaire FCRSS/IRSC, Département d'administration de la santé et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal, documentation remise lors de la présentation dans le cadre des Journées annuelles de santé publique (JASP), novembre 2008.
- DENIS J.-L. et coll. *Les dynamiques de structuration et de formulation de stratégie lors de réformes majeures du secteur public - Sommaire incluant les cas de la troisième région*, décembre 2008, 13 p.
- DENIS, J.-L. et L.-H. TROTTIER. *Gouverner le changement et changer la gouverne dans les organisations du réseau de la santé*, Chaire FCRSSS/IRSC, Département d'administration de la santé et Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS), Université de Montréal, documentation remise lors de la présentation dans la région de la Capitale-Nationale, 14 janvier 2009.
- GIGNAC, S., *Bilan du plan stratégique 2005-2008 de la Direction régionale de santé publique (DRSP), Région de la Capitale-Nationale*, document de travail, octobre 2009.
- LABERGE A., J. MORISSET et coll. *Le Plan national de santé publique - Une lecture stratégique des conditions de mise en œuvre*, Direction régionale de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et Institut national de santé publique du Québec, Québec, 2007, 28 p.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Pour la mise en œuvre du Programme national de santé publique : un plan d'action stratégique*, documentation transmise à la Rencontre nationale sur les enjeux de mise en œuvre du PNSP, 2009.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012*, Direction générale de santé publique, Québec, 2003, 133 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012*, mise à jour, Direction générale de santé publique, Québec, 2008a, 103 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Rapport d'évaluation de l'implantation du Programme national de santé publique 2003-2012 : La perspective des acteurs en santé publique*, Service des orientations en santé publique de la Direction du programme de santé publique, Québec, 2008b, 51 p.
- ROBERTS-GRAY, C. et M. A. SCHEIRER, *Checking the congruence between a program and its organizational environment*, dans *Evaluating Program Environments*, New Directions for Program Evaluation, K. J. Conrad et C. Roberts-Gray (dir.), n° 40, San Francisco, 1988.
- ROSSI, C. et J. COLGAN. *Évaluation du Plan d'action régional de santé publique (PAR) 2004-2007, Bilan de l'implantation des activités du PAR*, document de travail, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction de santé publique, Québec, 2007, 7 p.
- ROSSI, C. *Proposition de la DRSP pour actualiser les mécanismes de liaison, de coordination et de soutien entre la DRSP et les centres de santé et de services sociaux (CSSS) - Plan stratégique 2005-2008 de la Direction régionale de santé publique (DRSP), Région de la Capitale-Nationale*, document de travail présenté à la rencontre du Comité consultatif à la coordination de la santé publique (CCCSP), 31 mai 2007.
- TROTTIER, L.-H. et J.-L. DENIS avec la collaboration de M.-J. DISANT. *Gouverner le changement ou changer la gouverne dans les organisations de santé – Description des cas*, rapport de recherche, Université de Montréal et Institut national de santé publique du Québec, 2009, 76 p.
- TROTTIER, L.-H. et J.-L. DENIS, *Impact de la création des CSSS sur l'organisation de la santé publique dans trois régions*, Projet de recherche financé par le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Institut national de santé publique et la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, documentation remise lors de la présentation dans la région de la Capitale-Nationale, 14 janvier 2009.

ANNEXE I

- Programmes et activités retenus pour l'évaluation

Programme SERVICES INTÉGRÉS EN PÉRINATALITÉ ET PETITE ENFANCE (SIPPE)

Les enfants qui naissent prématurément et qui présentent un poids insuffisant à la naissance ou un retard de croissance intra-utérine risquent de connaître certains problèmes de santé, notamment, des problèmes de développement, respiratoires, de comportement ou des difficultés d'apprentissage. Parmi les programmes qui visent la prévention de ces problèmes, le programme de Services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE) s'adresse tout spécialement aux familles les plus vulnérables.

Les SIPPE sont issus de deux programmes existants : le programme *Naître égaux – Grandir en santé (NÉ-GS)* et le *Programme de soutien aux jeunes parents (PSJP)*¹. Ce programme, qui s'adresse aux familles vivant dans un contexte de vulnérabilité, a été officialisé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en mars 2004. Il vise l'intervention précoce auprès des jeunes familles afin de maximiser le potentiel de santé et de bien-être des mères, des pères, des bébés à naître et des enfants âgés de 0 à 5 ans. Ce programme touche deux types de clientèles cibles :

- 1) les mères âgées de 20 ans et plus et les familles vivant dans un contexte d'extrême pauvreté;
- 2) les mères ou les jeunes parents âgés de moins de 20 ans.

Enfin, ce programme se divise en deux sous-volets :

- a) l'accompagnement des familles;
- b) le soutien à la création d'environnements favorables².

Le programme SIPPE fait partie du domaine *Développement, adaptation et intégration sociales* du PAR 2004-2007. Une activité y est spécialement consacrée sous la cible 1 visant à :

- *Favoriser le développement optimal des enfants de moins de 6 ans vivant dans un contexte de vulnérabilité en raison notamment de la pauvreté, du bas niveau de scolarité, du jeune âge des parents ou de problèmes particuliers.*

Les autres activités sous-jacentes à cette cible consistent en des mesures sélectives qui s'adressent à une clientèle plus large et, par le fait même, s'ajoutent au programme SIPPE.

De plus, une activité visant la prévention des blessures qui surviennent à domicile auprès des jeunes de familles défavorisées au moyen d'une trousse de sécurité (n° 124) est menée par l'équipe 0-5 ans en collaboration avec l'équipe Promotion de la sécurité et prévention des traumatismes³. En raison de sa nature, cette activité figure sous la cible visant à :

¹ NÉ-GS a été implanté en 1999 et visait l'ensemble des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité. PSJP a été implanté en 2002 et a permis de préciser la population visée par les deux programmes : NÉ-GS pour les mères âgées de 20 ans et plus ainsi que les familles vivant dans un contexte d'extrême pauvreté et le PSJP pour les mères ou les jeunes parents âgés de moins de 20 ans.

² *Accompagnement des familles* : composante qui s'appuie sur une approche d'*empowerment* des familles et des intervenants. *Soutien à la création d'environnements favorables* : composante qui s'appuie sur les forces vives des communautés locales.

³ Activité 124 : Prévention des blessures qui surviennent à domicile auprès des jeunes de familles défavorisées au moyen d'une trousse de sécurité distribuée par les intervenants de CLSC dans le cadre du Programme SIPPE.

- « Réduire les traumatismes intentionnels et non intentionnels chez les enfants tant au domicile qu'en milieu scolaire » du domaine Promotion de la sécurité et prévention des traumatismes.

Principaux partenaires

Dans le cadre de ce programme axé sur le développement des jeunes enfants, plusieurs partenaires sont directement sollicités, à l'échelle régionale aussi bien que locale. Parmi ceux-ci, mentionnons les CSSS, les centres hospitaliers, le Centre jeunesse de Québec (CJQ), le Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve (CRUV), les cliniques médicales, le centre local d'emploi (CLÉ), la Direction régionale des programmes clientèles⁴, des organismes communautaires, les centres de la petite enfance (CPE), la Direction régionale du ministère de l'Éducation du Québec (DRMEQ) ainsi que les municipalités.

Fonctionnement organisationnel du programme

À la Direction régionale de santé publique (DRSP) de la Capitale-Nationale, l'équipe SIPPE est composée d'une chef d'équipe pour les 0-5 ans, répondante régionale pour le programme SIPPE; d'une personne responsable pour chacun des volets « Accompagnement des familles » et « Soutien à la création d'environnements favorables ». Pour la mise en œuvre du programme SIPPE à l'échelle locale, l'interface se fait essentiellement par le biais de la Table des gestionnaires de Famille-Enfance-Jeunesse (FEJ) des CSSS à laquelle la responsable de la DRSP participe. Des liens sont également établis avec les chefs de programme pour l'aspect budgétaire ainsi qu'avec les organisateurs communautaires pour le volet « Accompagnement des familles »; ces derniers sont responsables du plan d'action dans leur milieu respectif.

Suivi du programme

Différents mécanismes permettent à la DRSP d'assurer le suivi de ce programme. La reddition de comptes est un de ces moyens par lesquels elle peut vérifier le nombre de familles rejointes par les interventions du programme à l'échelle locale. Un autre mécanisme retenu pour le volet « Environnements favorables » prend la forme de rencontres trimestrielles avec les organisateurs communautaires, responsables de ce volet dans leur milieu afin de faire le point sur les objectifs atteints et les difficultés rencontrées. Selon les ententes administratives au regard du programme de santé publique pour les années 2006 et 2007, le nombre de femmes à rejoindre varie en fonction de la densité du territoire de CSSS.

- o Le nombre de femmes rejointes âgées de 20 ans et plus et sous-scolarisées, ayant accouché dans l'année (variant entre 11 et 51 femmes).
- o Le nombre de femmes rejointes âgées de moins de 20 ans, ayant accouché dans l'année (nombre de femmes variant entre 2 et 43 femmes).

⁴ Cette direction, au moment de l'élaboration du PAR 2004-2007, portait le nom de Direction régionale de la santé mentale de l'intégration et de l'adaptation sociales (DRSMIAS).

Programme **0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION**

Avec la progression de certaines maladies chroniques, notamment les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'obésité et l'ostéoporose, l'adoption de saines habitudes de vie s'avère cruciale. Selon la littérature, la non-exposition à la fumée et la non-consommation de tabac, une saine alimentation qui comprend la consommation quotidienne de cinq portions de fruits et de légumes et la pratique quotidienne d'au moins 30 minutes d'activité physique permettent de réduire les risques de contracter une maladie chronique. Le programme **0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION** combine ces trois habitudes de vie dans une visée préventive.

Issu de la révision du *Programme intégré de prévention des maladies cardiovasculaires et du cancer du poumon (1995-2002)*, ce programme a été déployé dans la majorité des territoires de CLSC de la région. Après sept ans de travail, les intervenants et gestionnaires ont convenu de revoir les objectifs ainsi que les stratégies d'intervention et d'évaluation en vue d'assurer la cohérence et l'efficacité des actions au regard des habitudes de vie et des maladies chroniques.

Afin d'introduire cette nouvelle mesure dans les comportements de la population de la Capitale-Nationale, la programmation s'appuie sur la combinaison de deux grandes stratégies jugées prometteuses dans la littérature :

- 1) des actions éducatives à travers le système de soins et de services de santé;
- 2) des actions environnementales à travers les milieux de vie (communauté et milieux de travail).

À l'échelle locale, le travail s'est amorcé dans les milieux scolaires, compte tenu de la présence de liens entre les CSSS et ces milieux. Les employés des écoles ont été les premiers ciblés étant donné que les jeunes le seront ultérieurement par l'approche *École en santé*. En parallèle, la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale (DRSP) a introduit des pratiques cliniques préventives (PCP) avec le concours d'un délégué médical en prévention. Comme il a été mentionné lors des entrevues, son travail consiste à rencontrer les médecins des cliniques médicales visant à introduire du counseling bref, inspiré d'une étude de la Montérégie, *Au cœur de la vie*. Par ses interventions, « il cherche à aider les professionnels de la santé à faire des liens entre les activités liées aux habitudes de vie et à communiquer le message intégré¹ ». Dans les faits, 70 % des médecins en cabinet privé de la région étaient ciblés.

Au cours des dernières années, le **programme intégré** a été modifié au profit d'une **programmation cadre**, basée sur les *best practices* visant à changer les habitudes de vie. Contrairement au programme intégré, centré sur les activités relevant de la DRSP, la programmation cadre intègre l'ensemble des activités menées par les différents partenaires de la région.

Plusieurs cibles du PAR 2004-2007 concernant les habitudes de vie ont trait au programme **0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION**. Elles sont présentées selon les clientèles visées par groupe d'âge. Il s'agit des cibles suivantes :

- *Améliorer les habitudes de vie chez les jeunes âgés entre 6 et 18 ans par la mise en œuvre d'activités de prévention et de promotion dans le cadre de l'intervention globale et concertée à partir de l'école (École en santé). (▶ Cible 2)*

¹ Tiré de l'entrevue avec les personnes responsables du Programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION.

- Améliorer les habitudes de vie chez **les adultes et les aînés** par la mise en œuvre du Programme intégré de prévention des maladies chroniques 2002-2012 (professionnels de la santé, milieux de travail, communautés, municipalités). (▶ Cible 3)
- Améliorer les habitudes de vie **des aînés** par la mise en œuvre d'activités dans leurs milieux de vie (clubs de loisirs, communauté, Centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD, domicile). (▶ Cible 4)
- Améliorer les habitudes de vie dans **la population en général** par diverses campagnes de promotion. (▶ Cible 5)

Diverses activités sont directement liées à l'amélioration de saines habitudes de vie, réparties dans chacune de ces quatre cibles.

Principaux partenaires

Comme il en est fait mention dans le PAR², plusieurs partenaires sont directement sollicités pour les différentes cibles visées à l'intérieur de ce programme. Ces partenaires sont les suivants : les CSSS; les commissions scolaires et les écoles; la Direction régionale du ministère de l'Éducation du Québec; les cabinets privés et les cliniques dentaires; la Ville de Québec et les autres municipalités; l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ); l'Université Laval; les cégeps; des organismes communautaires et des clubs de loisirs et de sports; le ministère des Affaires municipales, du Sport et du Loisir; Sport étudiant; Québec en forme; des milieux de travail.

Fonctionnement organisationnel du programme

À la DRSP, dix professionnels de l'équipe *Habitudes de vie* travaillent sur le dossier **0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION**. On compte trois spécialistes en activité physique dont un chef d'équipe, une nutritionniste, un délégué médical, un médecin, un professionnel en soutien à l'évaluation et un étudiant de niveau postdoctoral, qui collabore à l'évaluation, et deux agentes de recherche. Cette équipe est divisée en quatre groupes de travail; chacun a son plan d'action ainsi que ses propres partenaires. En plus de contribuer au contenu des dossiers, le coordonnateur de l'équipe *Développement, adaptation et intégration sociales* assure la partie administrative liée à ce programme.

À l'externe, plusieurs comités associés à ce programme ont été mis en place dans la région. Ils regroupent, outre les professionnels de la DRSP, des personnes responsables des CSSS ainsi que des représentants d'autres organismes partenaires provenant de différents secteurs dont le marketing-médias, l'activité physique, la recherche et l'alimentation. La fréquence des rencontres varie selon le mandat du comité. Il existe également une Table régionale des gestionnaires **0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION** à laquelle participent la responsable du programme et le coordonnateur de l'équipe. Des rencontres se tiennent deux fois par année. Enfin, un comité médical consultatif siège dans la région; il est formé de dix médecins de la région et de trois représentants de la DRSP.

² L'information sur les principaux partenaires des activités liées aux cibles visées par ce programme est tirée du PAR 2004-2007. Il ne s'agit pas là d'une liste exhaustive.

Suivi du programme

En premier lieu, la reddition de comptes sert d'outil à l'équipe pour voir au suivi de ce programme. Certains indicateurs ont été déterminés pour assurer ce suivi. Aussi, sur le plan qualitatif, le journal de bord, utilisé par les intervenants des différents milieux, sert également à des fins de suivi. Selon les ententes administratives au regard du Programme de santé publique pour les années 2006 et 2007, les indicateurs de suivi sont :

- o le nombre d'établissements scolaires rejoints et le nombre de personnes (jeunes et adultes) ainsi que les activités réalisées (objectif : rejoindre 40 % des établissements scolaires);
- o le nombre d'arrondissements de la Ville de Québec rejoints et les activités réalisées;
- o le nombre de sites de CSSS rejoints – volet « employé », le nombre de personnes ainsi que les activités réalisées (objectif : rejoindre 10 % des sites de CSSS – « volet employé »);
- o le nombre de professionnels de santé des CSSS rejoints par l'accompagnement, en particulier ceux des services courants, des cliniques jeunesse et les infirmières scolaires afin d'introduire le « counseling bref » sur les habitudes de vie (objectif : rejoindre et assurer l'accompagnement de 90 % des professionnels de la santé des CSSS).

Activité

ANALYSE DES MILIEUX

Il existe des inégalités en santé dans les différents territoires de la Capitale-Nationale et les écarts ne cessent de s'accroître avec les années. Ces disparités sont aussi observées dans une zone géographique d'un même territoire. L'analyse des milieux permet de mieux connaître le profil des communautés et ainsi de cibler les interventions en santé publique qui permettront de réduire les inégalités sociales de santé.

Dans le PAR 2004-2007, l'activité Analyse des milieux est inscrite sous la cible 2 du domaine *Pauvreté, développement social et des communautés* visant à « Développer une meilleure connaissance et une meilleure compréhension de la pauvreté ». Dans les faits, une activité concerne directement ce programme; elle a pour titre :

- *Mise à jour des portraits de la pauvreté par territoire de CLSC selon les données de recensement de 2001 et détermination d'indicateurs sociaux d'une communauté locale en santé (n° 140).*

Comme l'ont fait valoir les personnes rencontrées en entrevue, la particularité de ce dossier tient, entre autres, au fait « qu'il vient de la base, des CSSS ». Il est apparu important que les équipes locales soient mieux outillées pour faire face au portrait de pauvreté de leur territoire. Ainsi, avec le soutien fourni par la Direction régionale de santé publique (DRSP) au cours des deux dernières années, les milieux sont maintenant en mesure de présenter leur portrait.

Principaux partenaires

Les CLSC, les municipalités, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), la Conférence régionale des élus de la Capitale-Nationale ainsi que les organismes communautaires sont les principaux partenaires mis à contribution dans le cadre de ce dossier.

Fonctionnement organisationnel du programme

À l'interne de la DRSP, un professionnel (en prêt de services pour deux ans) a été chargé de la réalisation de ce dossier, en collaboration avec la coordonnatrice de l'équipe *Pauvreté, développement social et des communautés*.

Chacun des CSSS a été mis à contribution pour la mise à jour du portrait de la pauvreté pour son milieu. Tous les CSSS travaillent de concert à ce dossier, à l'exception de Charlevoix qui n'avait pas emboîté le pas à la fin de l'année 2007. D'ailleurs, un comité d'analyse des milieux¹ (CAM 03), qui regroupe des organisateurs communautaires de chaque secteur de CSSS, fonctionne déjà depuis 1998 et la DRSP y fournit un soutien depuis ses débuts. La Conférence régionale des élus (CRE) est un autre partenaire à ce dossier, plus précisément en ce qui a trait à la détermination des indicateurs. Les travaux

¹ Constitué de huit organisateurs communautaires, ce comité a pour mandat de réaliser, mettre en commun et diffuser des analyses de milieu pour chaque territoire de CSSS de la Capitale Nationale. Les analyses réalisées par ce groupe visent essentiellement les communautés vulnérables sur le plan socioéconomique.

en ce sens n'ont pas été réalisés dans le mandat du PAR; ils se développeront au cours du second exercice (2009-2012).

D'autres partenaires ont aussi été invités, plus particulièrement en raison de leur expertise sur le plan méthodologique et de contenu relativement aux portraits de la pauvreté; il s'agit notamment de l'INSPQ et du MSSS.

Suivi du programme

Aucune entente de gestion n'a été élaborée pour la première édition du PAR (2004-2007). Par contre, ce dossier devrait figurer dans la prochaine reddition de comptes; les indicateurs retenus restent à définir. Néanmoins, en ce qui concerne l'entente administrative de 2007, les objectifs poursuivis pour la prochaine année sont :

- o réaliser et diffuser le portrait de défavorisation des territoires;
- o évaluer le taux de pénétration des services du CSSS dans les zones de défavorisation retenues.

Programme MARCHE

(Mobilisation auprès des Aînés pour Réduire les CHutes dans l'Environnement domiciliaire)

Le programme Mobilisation auprès des Aînés pour Réduire les CHutes dans l'Environnement domiciliaire (MARCHE), qui a vu le jour en 2001, a d'abord été expérimenté sur la base d'un projet pilote dans deux territoires de CLSC (La Source et Haute-Ville-Des-Rivières) à la suite d'une demande de la Table des gestionnaires du soutien à domicile (SAD) des CLSC de la région. Ce projet a permis d'élaborer et de mettre en place les interventions multifactorielles personnalisées pour la clientèle du soutien à domicile. De plus, des interventions médicales préventives ont été développées, lesquelles s'adressaient aux médecins de cliniques privées des mêmes territoires de CLSC.

À la suite à cette première expérience et après que la prévention des chutes ait été reconnue prioritaire par le PNSP en 2004, un financement a été alloué pour implanter, dans chaque réseau local de services de santé et de services sociaux, un *continuum* de services en ce sens. La région de la Capitale-Nationale a donc élaboré son propre *continuum* de services en prévention des chutes en s'appuyant sur le cadre de référence du MSSS, indiquant de prendre en compte les différents niveaux de risque des personnes. Dans ce contexte, des interventions multifactorielles non personnalisées ont été déployées sous deux formes : le Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) pour les personnes âgées présentant un risque minime et le programme ÉquiLIBRE qui s'adresse à des aînés dont le risque est modéré. Concrètement, PIED est dispensé par le service des loisirs des municipalités alors qu'ÉquiLIBRE s'adresse à la clientèle des centres de jour pour personnes âgées. Le continuum est en implantation dans l'ensemble des territoires de CSSS de la région depuis 2004.

Dans le PAR 2004-2007, le programme MARCHE est inséré sous la cible 3 du domaine *Promotion de la sécurité et prévention des traumatismes*, laquelle vise à « Réduire l'incidence et la gravité des blessures par chute chez les personnes âgées par la mise en place d'un continuum de services ». Dans les faits, quatre activités y sont directement associées, touchant l'ensemble des composantes du programme :

- *L'implantation et l'évaluation du programme MARCHE en ciblant les interventions des professionnels qui travaillent auprès de cette clientèle ainsi que les interventions médicales préventives (activités n^{os} 126-127);*
- *L'implantation et l'évaluation du programme PIED (activité n^o 128);*
- *L'établissement de liens avec le programme VIACTIVE (activité n^o 129).*

Principaux partenaires

Plusieurs partenaires sont associés à l'un ou l'autre des volets du programme MARCHE. Il s'agit notamment des directions du soutien à domicile en CSSS et des centres de jour, des groupes de médecine de famille et des cliniques médicales de la région, des services gériatriques spécialisés, des services de loisirs des municipalités, de Kino-Québec et des organismes communautaires.

Fonctionnement organisationnel du programme

À la Direction régionale de santé publique (DRSP), une équipe est responsable de voir à l'implantation du programme MARCHE dans la région. Cette équipe est composée de deux médecins (à temps partiel) dont un qui assure la coordination de l'ensemble des activités, et de trois professionnels associés à la mise en place des différents volets du programme, dont deux qui y travaillent à temps partiel. Ces personnes font partie de l'équipe *Promotion de la sécurité et prévention des traumatismes*. De plus, un membre de l'équipe en *Organisation et Évaluation des services*, chargée d'évaluer ce programme, travaille en collaboration avec l'équipe MARCHE.

Les principaux partenaires de ce programme sont les équipes du soutien à domicile, incluant les centres de jour pour personnes âgées, certaines résidences privées qui rendent disponible le sous-programme ÉquiLIBRE ainsi que les services de loisirs des différentes municipalités qui offrent le sous-programme PIED.

Suivi du programme et évaluation

Différents mécanismes permettent d'assurer le suivi des volets de ce programme, dont la reddition de comptes pour les interventions multifactorielles personnalisées et ÉquiLIBRE du volet multifactoriel non personnalisé. De plus, des données sont compilées pour chaque groupe PIED depuis les débuts ainsi que pour les interventions médicales préventives. Ainsi, selon l'entente administrative pour les années 2006 et 2007, le nombre minimal de personnes à rejoindre varie en fonction du territoire où seront implantés les programmes de prévention des chutes pour les volets « Interventions multifactorielles personnalisées » (programme SAD). En effet, selon les milieux, la cible à atteindre varie entre 24 et 216 personnes annuellement selon les territoires. Pour le programme ÉquiLIBRE, la cible varie entre 2 et 4 groupes à rejoindre par session. Il est à noter qu'une évaluation concernant les interventions médicales préventives, débutée en 2002, a été complétée en 2007; le rapport est disponible sur le site web de la DRSP.

Activité

RÉCUPÉRATION DU MATÉRIEL D'INJECTION SOUILLÉ

C'est en 2006 que l'activité *Récupération du matériel d'injection souillé* a été instaurée au Québec. Cette activité fait suite à une vaste consultation menée par le Groupe de travail sur la récupération des seringues usagées au Québec (mandat confié par le Directeur de la protection de la santé publique du MSSS) quant aux actions à mettre en œuvre pour réduire le nombre de seringues dans l'environnement et pour favoriser la récupération du matériel d'injection usagé.

L'objectif de cette activité est de réduire le nombre de seringues et d'aiguilles usagées qui se retrouvent dans des endroits inappropriés en rendant disponibles des contenants sécuritaires pour les personnes qui en font usage. Plusieurs partenaires collaborent à cette activité : l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale (ASSS), les CSSS, des pharmacies, des organismes communautaires, les municipalités et autres.

Des contenants sont mis à la disposition des utilisateurs dans des pharmacies, dans les points de services des CSSS, dans les cliniques spécialisées (diabète) ou organismes communautaires qui ont accepté d'y participer. On peut y déposer les seringues et aiguilles souillées. Une fois récupéré, ce matériel est acheminé à un centre hospitalier ou à un CSSS, qui se charge de les éliminer de façon sécuritaire. Cette activité touche les personnes qui utilisent des seringues ou des aiguilles dans le cadre d'autosoins (entre autres les diabétiques, les individus souffrant d'insuffisance rénale, etc.) et les utilisateurs de drogues par injection.

Une activité porte spécifiquement sur cette problématique dans le PAR 2004-2007, inscrite en lien avec les *Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)*. Elle est reliée à la cible (13) visant à « Favoriser l'adoption et le maintien de comportements sécuritaires d'injection chez les utilisateurs de drogues par injection stérile (UDI) » et se définit comme suit :

- *Systématisation de la récupération du matériel d'injection souillé (n° 213).*

Principaux partenaires

Outre les CSSS, les partenaires directement concernés par le dossier de la récupération des seringues souillées sont les pharmacies, les organismes communautaires des différents territoires de la région ainsi que les municipalités.

Fonctionnement organisationnel de l'activité

À la Direction régionale de santé publique (DRSP) de la Capitale-Nationale, une professionnelle (infirmière de formation) est responsable de ce dossier qu'elle mène de concert avec les responsables du dossier en CSSS. Concrètement, son rôle est de s'assurer de l'implantation, à l'échelle locale, des responsabilités régionales et de poursuivre la consolidation de l'activité consistant à distribuer du matériel d'injection stérile (trousses), qui roule depuis dix ans. Ce projet, amorcé en 2006, a été mis en place six mois plus tard. Deux comités sont responsables de son implantation et de son fonctionnement. Malgré une grande mouvance des personnes responsables de ce dossier dans les CSSS, l'activité de *Récupération du matériel d'injection souillé* est bien reçue dans l'ensemble des milieux.

Selon l'information recueillie lors des entrevues, ce service est accessible dans la majorité des pharmacies de la région de la Capitale-Nationale (environ 85 %); chaque territoire de CSSS compte au moins un point de chute et, dans bon nombre de cas, les points de service des CSSS ont aussi été mis à contribution. Au niveau communautaire, l'organisme Point de repère, situé sur le territoire du CSSS Vieille-Capitale, s'occupe de la prévention auprès des utilisateurs des drogues injectables.

Suivi de l'activité et observations

Aucune évaluation n'a été réalisée jusqu'à maintenant. Un suivi est assuré sur une base régulière quant au nombre de contenants distribués. Ces données informent principalement sur l'accessibilité des points de chute pour la récupération. Il est cependant plus difficile d'apprécier le nombre d'utilisateurs de drogues injectables qui ont recours à un site de récupération, compte tenu du fait qu'il n'existe pas de données quantifiables à ce sujet. Les données recueillies permettent tout de même de dégager les observations suivantes :

- o les points de service en CLSC et les pharmacies rejoignent l'ensemble de la clientèle visée, soit la clientèle diabétique, les personnes qui utilisent des seringues pour leur traitement ainsi que les utilisateurs de drogues injectables;
- o les pharmaciens ont une meilleure connaissance des utilisateurs de drogues injectables puisqu'ils font la distribution de trousses, ce que les CSSS ne font pas actuellement;
- o l'organisme communautaire Point de repère fournit les données quant au nombre de seringues récupérées par année. Cette participation permet d'avoir une indication plus précise sur la clientèle UDI, puisque l'organisme ne récupère pas les seringues des personnes procédant à l'autosoin, comme les diabétiques.

Programme

VACCINATION CONTRE L'INFLUENZA

Le programme de vaccination contre l'influenza s'inscrit depuis de nombreuses années parmi les activités de protection en santé publique. Le comité sur l'immunisation du Québec a mandaté, en 2003, une révision du Programme d'immunisation contre l'influenza du Québec, la mise en œuvre du programme ayant présenté certaines difficultés. Les recommandations proposent des interventions dans le but d'augmenter les couvertures vaccinales des groupes cibles. Le rôle envisagé pour la santé publique est essentiellement celui de soutenir les établissements dans l'élaboration des stratégies locales, d'encourager la vaccination en milieu de travail, d'augmenter le nombre d'établissements vaccinateurs, de soutenir les établissements de la santé dans la campagne de vaccination, de s'assurer de la formation des vaccinateurs et d'évaluer les couvertures vaccinales.

La clientèle ciblée par le programme de vaccination regroupe principalement les personnes âgées et les jeunes enfants, soit les personnes âgées de 60 ans et plus, les résidents des hébergements pour personnes âgées et des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les enfants de 6 à 23 mois, les personnes qui ont des contacts avec les personnes âgées et les enfants de 6 à 23 mois.

De manière particulière, ce programme est sous la cible 3 du domaine des *Maladies infectieuses* visant à « Réduire la mortalité et les hospitalisations dues à l'influenza et au pneumocoque ». Plusieurs activités y sont rattachées. Ce sont :

- *La vaccination contre l'influenza et le pneumocoque des personnes appartenant aux groupes vulnérables reconnus dans le Programme d'immunisation du Québec (PIQ) (n° 174);*
- *La mise en œuvre du programme de contrôle de l'influenza en Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) (n° 175);*
- *La mise en place d'un plan d'urgence en cas de pandémie d'influenza (n° 176);;*
- *La surveillance de l'activité grippale et de la couverture contre l'influenza et le pneumocoque pour les populations ciblées (n° 179);*
- *La surveillance des manifestations cliniques postimmunisation (n° 180);*
- *Le maintien de la qualité des produits immunisants par la mise en place des mesures de surveillance de la chaîne thermique (n° 182).*

Principaux partenaires

Les différents partenaires mis à contribution concernant ces activités de vaccination sont, entre autres : les CSSS, les centres hospitaliers, les CHSLD, la Direction régionale des affaires médicales, universitaires et hospitalières de l'ASSS, les cliniques médicales, les médecins sentinelles et les pharmacies, Info-santé CLSC ainsi que la pharmacie du CHUQ (CHUL), l'INSPQ et Sogique.

Fonctionnement organisationnel du programme

À la Direction régionale de santé publique (DRSP) de la Capitale-Nationale, une personne est responsable du dossier et travaille en étroite collaboration avec plusieurs collègues qui voient aux divers aspects opérationnels de la vaccination contre l'influenza. En plus de fournir le financement, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) voit à donner les orientations du programme sur les clientèles à vacciner et anticipe le nombre de vaccins nécessaires annuellement. L'équipe de vaccination à la DRSP

reçoit également le soutien du Groupe d'immunisation de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) avec qui elle a un lien privilégié.

Le rôle de la DRSP est notamment de voir à la surveillance, au contrôle et à la promotion/prévention des maladies évitables par la vaccination. Aussi, à titre d'experts-conseils, les membres de cette équipe fournissent une assistance et des avis de même que de l'information aux CSSS et aux CHSLD. L'un des défis de la DRSP à l'égard de la vaccination est de commander chaque année un nombre de vaccins suffisant, sans toutefois assumer une trop grande perte.

En raison de la vaccination de masse, le programme régional de vaccination exige une bonne planification dans le réseau de la santé. Toutefois, pour ce dossier, les CSSS occupent une place plus importante qu'auparavant. En effet, comme le soulignent les personnes rencontrées en entrevue, c'est grâce aux retombées positives¹ de l'exercice de vaccination de masse contre l'influenza, qui s'est déroulé en 2005 (avec la collaboration du CSSS de la Vieille-Capitale), que cette approche a pu être acceptée plus largement par la population.

Couvert par les médias, ce dossier a fourni une bonne visibilité aux CSSS qui ont eu l'occasion de parler de leur offre de service ainsi que de la qualité des services qu'ils dispensent. Ainsi, cet exercice a contribué au lancement de la campagne de vaccination et à la participation des quatre CSSS en 2007². Comme il a été mentionné plus haut, pour la DRSP, ce fut l'occasion de rendre crédibles les compétences des gens vaccinateurs.

En ce qui concerne les partenaires, le Comité consultatif à la coordination de la santé publique (CCCSP) est une porte d'entrée importante pour l'équipe de vaccination. Le soutien des responsables locaux permet entre autres d'actualiser les orientations. Par ailleurs, le *Groupe des répondants pour la vaccination* contribue, de façon ponctuelle, à la réalisation des aspects opérationnels des dossiers de vaccination à l'exception de celui contre l'influenza.

La DRSP travaille également en collaboration avec d'autres partenaires qui assument parfois le leadership de certains dossiers, notamment pour ce qui est du plan d'urgence en cas de pandémie d'influenza. En effet, l'Agence de santé et de services sociaux en assume la responsabilité et la DRSP y collabore à partir des orientations prises par la Sécurité civile, qui donne la formation sur la communication dans ce dossier. Pour le programme dans les CHSLD, le défi à relever est de rejoindre le plus grand nombre de membres du personnel. On observe toutefois une tendance à la hausse. Par ailleurs, les pharmacies et les cliniques médicales sont d'autres partenaires importants.

Suivi du programme et évaluation

Pour la surveillance de l'activité grippale et la couverture vaccinale, la DRSP produit un bilan annuel regroupant de l'information par CSSS, par clinique médicale, par CHSLD et pour certains points de services de CLSC. Ce bilan fournit des données sur le nombre de personnes rejointes et permet des échanges avec les établissements et les CSSS.

¹ Selon l'information tirée de l'entrevue avec la personne responsable de ce dossier à la DRSP.

² À la suite du plan local de lutte contre la pandémie, « volet santé publique » – déposé le 31 décembre 2006 – fait partie de l'entente administrative.

ANNEXE II

- Guide d'entrevue

Étape préparatoire à l'entrevue ▼

- Consultation :

- du PAR visant les activités de la personne ou de l'équipe concernée (analyse du domaine, des cibles, des fonctions, des activités régionales ou locales, des principaux partenaires, etc.);
- des PAL pour estimer si l'on retrouve, dans l'ensemble, les activités proposées par le PAR (concernant les activités ciblées);
- du bilan d'implantation préliminaire (selon le niveau d'implantation, c'est-à-dire activités complétées ou non);
- de l'entente de gestion et d'imputabilité (volet Santé publique et annexe).

Le guide d'entrevue présenté a servi de base à l'ensemble des entrevues réalisées dans le cadre de l'évaluation. Pour les personnes rencontrées à la DRSP (le directeur régional de santé publique, son adjointe, les coordonnateurs et les professionnels), les questions portaient plus particulièrement sur le PAR. Pour les entrevues réalisées au sein des CSSS (auprès des responsables locaux, des chefs de programme et des intervenants), on faisait plutôt référence au PAL. Il faut rappeler que lors des entrevues menées auprès des professionnels de la DRSP et des intervenants des CSSS, les questions s'appliquaient davantage aux programmes ou activités¹ retenus comme exemples.

Dans le guide d'entrevue, le lien entre les points abordés et les variables liées aux différentes composantes du cadre d'analyse retenu se trouve entre parenthèses.

¹ **Professionnels de la DRSP** - six exemples (ou cas) retenus : SIPPE, 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION, Récupération du matériel d'injection souillé, Programme MARCHE, Analyse des milieux et Vaccination contre l'influenza;

Chefs de programme et Intervenants des CSSS - trois exemples (ou cas) retenus : SIPPE, 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION et Récupération du matériel d'injection souillé.

■ PRÉCISION SUR L'ORGANISATION ET LE FONCTIONNEMENT (au sein de la DRSP ou du CSSS)

(PERSPECTIVES DÉCISIONNELLE ET ORGANISATIONNELLE)

1. Description détaillée par chacune des personnes rencontrées concernant :
 - Le fonctionnement (mécanismes de gestion, de suivi, etc.) de l'organisation;
 - Les rôles, les responsabilités ainsi que leur contribution au sein de l'organisation, et relativement aux activités de santé publique (PAR ou PAL).

■ L'ÉLABORATION DU PAR/PAL

(CONCEPTION ET UTILITÉ DU PAR/PAL; PERSPECTIVE ORGANISATIONNELLE)

2. Quels ont été vos rôles et vos responsabilités dans l'élaboration du PAR/PAL?
3. Quelles étaient vos attentes à l'égard du PAR/PAL?

(CONDITIONS FAVORABLES OU DÉFAVORABLES)

4. Quelles ont été les principales difficultés rencontrées lors de l'élaboration du PAR/PAL?
 - Conditions gagnantes ou facteurs favorables?
 - Conditions ou facteurs défavorables? barrières?

(PERSPECTIVE DÉCISIONNELLE)

5. Quels sont les mécanismes ou stratégies utilisés par la DRSP/CSSS pour l'élaboration du PAR/PAL?
 - Selon les principales étapes entreprises pour l'élaboration du PAR (vue d'ensemble).

(CONDITIONS FAVORABLES OU DÉFAVORABLES)

6. Si c'était à refaire, comment procéderiez-vous pour l'élaboration du PAR/PAL?

■ L'IMPLANTATION DU PAR/PAL

(CONCEPTION ET UTILITÉ DU PAR/PAL; PERSPECTIVE DÉCISIONNELLE)

7. Comment voyez-vous le PAR/PAL au sein de votre organisation?
 - Au niveau de la mission, de la culture ou des objectifs de la DRSP/du CSSS?
 - Est-ce que le PAR/PAL est compatible avec la LSP et les orientations du PNSP?
 - D'après vous, à quoi répond le PAR/PAL?
 - Selon vous, qui y adhère (ASSS, CSSS, organismes communautaires, municipalités, commissions scolaires, etc.)?

(PERSPECTIVE ORGANISATIONNELLE)

8. Comment s'est faite l'implantation du PAR/PAL, à votre niveau?
 - Quels rôles avez-vous joués dans l'implantation et la mise en œuvre du PAR/PAL?
 - Quelles étaient vos responsabilités? Vos attentes?
 - Les activités (incluant les exemples (ou cas) retenus) qui vous concernent directement (ou votre équipe) sont-elles intégrées dans les PAL? (question exclusive au régional)
 - Est ce que toutes les activités du PAR sont intégrées dans votre PAL? (question documentée auprès du responsable local des CSSS)

(PERSPECTIVE PROFESSIONNELLE)

9. Est-ce que le PAR/PAL exige de nouvelles façons de travailler pour vous ou pour les membres de votre équipe/organisation?
- En quoi le PAR/PAL a-t-il influé sur le contenu du travail de votre équipe/organisation?
 - Y a-t-il eu de nouvelles activités?
 - Quels sont les autres éléments ayant influé sur les activités de votre équipe/organisation?
 - En quoi le PAR/PAL a-t-il influé sur votre façon de travailler?
 - Est-ce que vous vous êtes défini des objectifs pour intégrer les activités du PAR/PAL dans votre travail?
 - Est-ce que chaque membre de votre équipe sait quoi faire pour implanter et mettre en œuvre le PAR/PAL?
 - Selon vous, est-ce que les membres de votre équipe trouvent facile d'implanter le PAR/PAL et de le mettre en œuvre?

(PERSPECTIVE ORGANISATIONNELLE)

- Avez-vous l'impression que les attentes de la direction sont claires par rapport à votre rôle pour la mise en œuvre du PAR/PAL?
- Est-ce que vous vous sentez soutenu dans vos efforts pour implanter le PAR/PAL?
 - Si oui, par qui (direction, coordonnateur, etc.)?
- Est-ce que votre équipe a pu compter sur un soutien ou une collaboration des responsables de l'implantation du PAR/PAL (volets de coordination et de communication)?
- Est-ce que le PAR/PAL a entraîné des avantages (ou des bénéfices) pour votre équipe? Lesquels?

(CONCEPTION ET UTILITÉ DU PAR/PAL; PERSPECTIVE PROFESSIONNELLE)

10. Comment est perçu le PAR/PAL dans votre milieu, dans votre organisation?
- Les membres de l'organisation (équipe) valorisent-ils le PAR/PAL (c'est-à-dire en reconnaissent-ils l'utilité, la pertinence)?
 - Le considèrent-ils comme étant efficace? Rentable?
 - Parmi vos partenaires immédiats, quels sont ceux qui valorisent le PAR/PAL?
 - Croyez-vous qu'ils le considèrent comme étant efficace? Rentable?
 - Croyez-vous que vos efforts comme organisation (équipe) vont aider au succès de la mise en œuvre du PAR/PAL?
 - Vous sentez-vous personnellement responsables de l'implantation et de la mise en œuvre du PAR?

(PERSPECTIVES ORGANISATIONNELLE - PROFESSIONNELLE)

11. Est-ce que vous pensez que votre organisation (DRSP, CSSS) a toutes les ressources nécessaires (humaines, financières et matérielles) pour implanter et mettre en œuvre le PAR/PAL?
- Est-ce que vous estimez que vous avez (ou que votre organisation, équipe) le personnel qualifié (par rapport aux habiletés et aux compétences) pour mettre en œuvre et maintenir le PAR/PAL?

- Est-ce qu'on a mis à la disposition de chaque équipe suffisamment de temps, d'information et de matériel pour développer et mettre en œuvre le PAR/PAL?
- Est-ce que vous disposez du budget, du personnel et d'un système d'information ou de communication adéquats pour l'élaboration et la mise en œuvre du PAR/PAL? Y a-t-il eu des investissements supplémentaires?

■ L'APPRÉCIATION DE L'IMPLANTATION DE LA CAPACITÉ DE MISE EN ŒUVRE

(CAPACITÉ DE MISE EN ŒUVRE)

12. Pour vous, à quoi correspond une implantation du PAR/PAL réussie?
13. Dans l'ensemble, quelle est votre appréciation de la mise en œuvre du PAR/PAL?
 - Considérez-vous que c'est une « opération » réussie?
14. À partir de ce qui a été mentionné jusqu'à maintenant, estimez-vous que la DRSP/CSSS a la capacité d'assurer la mise en œuvre du PAR/PAL?
 - Pourquoi ? Commentez.
 - La DRSP/CSSS possède-t-elle la capacité de le maintenir (le faire vivre) dans le temps?

(CONDITIONS FAVORABLES OU DÉFAVORABLES)

15. Pour vous, quelles sont les activités du PAR/PAL qui ont bien fonctionné?
 - Pourquoi? Quelles sont les principales raisons/conditions qui sont favorables à une réussite de l'implantation de cette activité?
16. D'après vous, quelles sont les activités du PAR /PAL qui ont moins bien fonctionné?
 - Pourquoi? Quelles sont les principales raisons/conditions qui sont défavorables à une réussite de l'implantation de cette activité?
17. Et si c'était à refaire, est-ce que vous procéderiez de la même façon pour la mise en œuvre du PAR/PAL ?
 - Selon vous, quels sont les correctifs (stratégies) à privilégier pour la mise à jour du PAR et des PAL?

■ LES ÉLÉMENTS LIÉS AU CONTEXTE AYANT INFLUÉ SUR LA MISE EN ŒUVRE DU PAR

(FACTEURS DE L'ENVIRONNEMENT)

18. Selon vous, quels sont les éléments de l'environnement (transformation des CSSS, projets cliniques, etc.) qui ont influé sur la capacité de mise en œuvre du PAR/PAL?
 - En quoi?

■ AUTRES

19. Y a-t-il d'autres éléments que nous n'avons pas abordés dans le cadre de l'entrevue concernant l'implantation et la mise en œuvre du PAR/PAL et que vous souhaitez ajouter?
20. Avez-vous des commentaires sur l'entrevue, les questions abordées, le temps requis, etc.?

Merci de votre collaboration!

ANNEXE III

- Évolution des ressources humaines à la DRSP
de 2003-2004 à 2007-2008

Évolution des ressources humaines à la DRSP de 2003-2004 à 2007-2008

CATÉGORIE D'EMPLOI	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	Variation 2003-2004 à 2007-2008
PROFESSIONNELS (ETC ¹)	39,6	39,4	48,5	61,6	64,9	↑
MÉDECINS- DENTISTES (ETC)	39,4	35,4	35,4	34,9	30,5	↘
TECHNICIENS (ETC)	3,0	3,6	3,6	6,6	5,4	↑
PERSONNEL DE BUREAU (ETC)	16,5	14,7	15,7	22,9	22,2	↑
TOTAL (ETC)	99,9	94,1	104,2	127,0	124,0	↑

Source : Données non publiées provenant de l'étude des crédits à l'Assemblée nationale

¹ ETC : Équivalent temps complet