



# Les expériences étrangères

**En Grande-Bretagne et au Québec, la gouvernance par programmes en fonction de priorités est expérimentée depuis quelques années. Leurs enseignements sont contrastés, mais un constat s'impose : un trop grand nombre de programmes ou de priorités est un facteur de confusion et entraîne des difficultés de mise en œuvre.**

## Priorités de santé publique et gouvernance par programmes au Royaume-Uni

**Karine Chevreul**  
Médecin de santé publique, Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes)

**A**ctuellement, un nombre défini de programmes nationaux oriente la réforme des services de soins anglais.

Après 1997, avec l'arrivée au pouvoir du gouvernement travailliste, le système national de santé (NHS) a connu des remaniements importants. « Sauver le NHS » fut l'un des thèmes piliers de la campagne électorale du parti de Tony Blair.

En effet, à l'encontre de la plupart des pays d'un niveau économique comparable, le Royaume-Uni avait particulièrement bien réussi à contenir la croissance de ses dépenses de santé<sup>1</sup>. Cependant, ce fut au point que le faible investissement dans le système fut à l'origine de dysfonctionnements importants en termes d'accès et de qualité des soins (déficit en offre de soins, listes d'attente importantes, mortalité périnatale élevée...).

1. La dépense totale de santé représente 7,2 % du PIB en 1999 alors qu'en France elle atteint 9,3 % et 10,6 % en Allemagne (source Eco-santé OCDE, 2004).

Ainsi, l'une des priorités du gouvernement fut d'augmenter de façon considérable les ressources allouées au NHS (En sept ans, le budget du NHS anglais est passé de 33 à 67 milliards de livres en 2004, soit de 680 à 1 345 livres par habitant). En 2000, une stratégie de réforme a été développée dans le NHS Plan (lire encadré). Elle réorganise la délivrance des soins en prenant en compte les priorités de santé publique définies dans le livre blanc *Saving Lives : Our Healthier Nation* publié l'année précédente, qui exposait la stratégie du gouvernement pour améliorer la santé de la population dont nombre d'indicateurs étaient en dessous de la moyenne européenne.

D'une part, il s'agit de réduire la mortalité prématurée dans la population dans son ensemble en se concentrant en particulier sur les « grandes tueuses », soit quatre priorités pour lesquelles sont fixés des objectifs quantifiés de réduction des taux de mortalité à moyen terme (2010). D'autre part, l'amélioration de la santé des plus pauvres devient un axe d'action transversal prioritaire.

Elle illustre la préoccupation de ce gouvernement pour la réduction des inégalités sociales.

### Les priorités

Ainsi, l'objectif est de réduire de 300 000 le nombre de décès prématurés en ciblant les quatre priorités et objectifs suivants d'ici 2010 :

- Maladies cardio-vasculaires : diminution de 40 % du nombre de décès chez les moins de 75 ans (soit 200 000 décès évités),
- Cancers : réduire le taux de décès par cancer de 20 % (soit 100 000 décès évités),
- Accidents : diminuer le nombre d'accidents d'au moins 20 % (soit 12 000 décès évités),
- Maladies mentales : diminuer la mortalité par suicide de 20 % (soit 4 000 décès évités).

Ces priorités étaient mises en exergue dès 1992 dans le livre blanc *The Health of The Nation* qui faisait suite à l'initiative de définitions d'objectifs par l'OMS dans *La santé pour tous en 2000*. Certaines concernant les facteurs de risques comportementaux, retenues alors, n'étaient cependant pas reprises mais allaient faire l'objet de programmes de santé publique spécifiques ou être prises en compte dans les autres programmes (le tabac, les maladies sexuellement transmissibles, l'obésité, l'alcool...).

Quant aux inégalités sociales de santé, le rapport Black en rapportait l'existence dès 1982. Cependant, elles n'avaient pas été prises en compte de façon opérationnelle par le gouvernement conservateur. Le NHS Plan le fera pour la première fois. Il oriente la réforme avec une attention particulière pour la réduction des inégalités de santé, en commençant par poser comme objectif pour 2010 une réduction de 10 % de

l'écart de mortalité infantile entre la classe des travailleurs manuels et la population générale ainsi que de l'écart d'espérance de vie à la naissance entre le quintile des zones les plus défavorisées et la moyenne nationale.

De plus, des objectifs opérationnels des programmes concernant les quatre priorités de santé sont spécifiquement destinés à réduire les inégalités sociales dans ces domaines. Ils s'attachent à diminuer la prévalence des facteurs de risques comportementaux, dont le gradient économique peut expliquer en grande partie les inégalités sociales de santé. Dans le cadre du cancer, par exemple, un des objectifs est de faire passer la prévalence du tabagisme, chez les travailleurs manuels, de 31 % en 2002 à 26 % en 2010.

Divers rapports et investigations sont à l'origine d'évolutions après la publication du NHS Plan. Depuis juillet 2004, les priorités et objectifs nationaux du NHS pour améliorer la santé de la population sont les suivants :

- Améliorer la santé de la population : d'ici 2010, faire passer l'espérance de vie à la naissance à 78,6 ans chez les hommes et 82,5 ans chez les femmes.
- Réduire les taux de mortalité d'ici 2010 :
  - Par maladies cardio-vasculaires de 40 % chez les moins de 75 ans, avec une réduction de 40 % de la différence entre le quintile des zones les plus défavorisées et la population générale ;
  - Par cancers d'au moins 20 % chez les moins de 75 ans, avec une réduction d'au moins 6 % de la différence entre le quintile des zones les plus défavorisées et la population générale ;
  - Par suicides et traumatismes sous-jacents d'au moins 20 %.

## Le NHS Plan, 2000

Le NHS Plan, publié en 2000, est un plan d'action pour dix ans. Il définit des mesures visant à mettre les patients au centre du service de santé et promettant 6,3 % d'augmentation annuelle des ressources dévolues au NHS sur une période de cinq ans (jusqu'en 2004 compris)<sup>1</sup>.

Il promet :

- Une augmentation du rôle et de l'information des patients,
- Une augmentation du nombre d'hôpitaux et de lits,
- Une augmentation du nombre de médecins et d'infirmières,
- Une diminution du temps d'attente avant l'obtention d'un

rendez-vous de consultation d'hospitalisation,

- Des services plus propres, une amélioration de la nourriture et des prestations non médicales à l'hôpital,
- Une amélioration des soins aux personnes âgées,
- Des standards plus stricts pour les institutions du NHS et de meilleures récompenses pour les meilleurs d'entre eux.

Pour la mise en œuvre, il a été décidé :

- de cibler les maladies les plus tueuses telles que le cancer et les maladies cardio-vasculaires,

- de pointer les changements qui sont les plus rapidement nécessaires pour améliorer la santé et le bien-être de la population et pour dispenser des services modernes, justes et adaptés aux besoins.

Cependant, cette restructuration des services s'est majoritairement focalisée sur l'accès aux soins curatifs. En juin 2004, le NHS Improvement Plan modifie le plan original et donne une plus grande importance à la santé publique et aux soins de prévention. 🌿

<sup>1</sup>. Augmentée en 2002 à 7,4 % par an et étendue jusqu'en 2007 compris.



## Politiques et programmes nationaux de santé

- Réduire les inégalités de santé de 10 % d'ici 2010 (par rapport à la période 1997-1999) mesurées par la mortalité infantile et l'espérance de vie à la naissance.

- S'attaquer aux déterminants de la santé et des inégalités en :

- réduisant le tabagisme chez les adultes (de 26 % en 2002) à au plus 21 % en 2010 avec une réduction de la prévalence chez les travailleurs manuels (de 31 % en 2002) à au plus 26 % ;

- stoppant la croissance de l'obésité infantile chez les moins de 11 ans d'ici 2010, dans le contexte d'une stratégie plus large de réduction de l'obésité dans la population générale (objectif commun au ministère de l'Éducation et au ministère de la Culture, des Médias et du Sport) ;

- réduisant de 50 % le taux de grossesses chez les moins de 18 ans (par rapport à 1999) dans le contexte d'une stratégie plus large d'amélioration des habitus sexuels (objectif commun au ministère de l'Éducation).

### La mise en œuvre

Des priorités nationales en matière de santé sont ainsi définies et des objectifs opérationnels leur sont assignés. Afin de les atteindre, des programmes nationaux sont mis en œuvre, comme par exemple le programme « Smoking Kills » (fumer tue), mis en place dès 1998. Certains, tel le développement de l'éducation nutritionnelle par la distribution de fruits pour les 4 à 6 ans dans les écoles, sont communs à plusieurs ministères et demandent la collaboration des services sociaux et/ou scolaires.

La réorganisation des services relatifs aux domaines définis par les priorités de santé respecte les autres priorités de la réforme en matière d'accès aux soins et de raccourcissement des délais d'attente. À cet effet, des programmes cadres nationaux, les National Service Frameworks (NSF), définissent les grandes lignes de l'organisation des services.

### Les National Service Frameworks

Ils définissent des standards et des objectifs nationaux à respecter pour l'organisation des soins dans un champ spécifique et proposent des stratégies pour aider au développement et à l'amélioration des services de santé

curatifs comme préventifs dans le champ qu'ils traitent. Le plus souvent, ils impliquent une collaboration avec les services sociaux.

Ils couvrent les thèmes relatifs aux grandes priorités de santé et, dans le cadre de la réduction des inégalités, ils développent également une approche populationnelle en ciblant des groupes particulièrement fragiles : personnes âgées et enfants.

Cependant, d'autres thèmes sont abordés pour l'organisation des soins pour la population porteuse de pathologies chroniques et pour des pathologies spécifiques : diabètes et maladies rénales (lire encadré).

### Les plans locaux : Local Delivery Plans

Ce sont les institutions sanitaires locales, en l'occurrence les Primary Care Trust (PCT), qui ont en charge d'organiser les services dans le cadre des NSF en collaboration avec leurs partenaires locaux (services sociaux, services de l'Éducation nationale, services de l'aménagement urbain, associations...) et les équipes de soins.

En effet, l'une des composantes importantes de la réforme fut de transférer la responsabilité de l'organisation du NHS au niveau local : 303 PCT gèrent 80 % du budget du NHS et sont responsables de l'organisation des services de soins primaires, de l'accès aux soins secondaires et de l'amélioration de la santé pour la population qu'ils couvrent (en moyenne, 150 000 personnes). À ces fins, ils doivent élaborer des Local Delivery Plans (plans locaux d'organisation des soins) qui prennent en compte, d'une part, les objectifs de santé publique et les standards d'organisations des soins définis au niveau national et, d'autre part, les particularités locales en matière de besoins de santé.

Ils peuvent être aidés à cet effet par les Regional Public Health Observatories qui, comme les observatoires régionaux de la santé français, publient des données locales sur la santé et la consommation de soins de la population, mais s'avèrent également être un support méthodologique à la déclinaison locale des mesures imposées par les NSF.

À un niveau intermédiaire, les NHS Strategic Health Authorities (SHA) (au nombre de 28 et couvrant en moyenne 1,5 million de personnes) travaillent en collaboration avec les PCT pour l'élaboration des plans

## Les National Service Frameworks

### Première vague

Maladies coronariennes (2000)  
Cancer (2000)  
Santé mentale (1999)  
Réanimation néonatale (1999)  
Personnes âgées (2001)  
Diabète (1999)

### Deuxième vague

Services de néphrologie (2005)  
Maladies chroniques (2005)  
Enfants (2004)

d'action locaux, s'assurent de la bonne articulation de ces plans sur le territoire qu'elles couvrent et surveillent la performance des PCT pour ce qui concerne les objectifs et standards fixés dans leur plan.

Parallèlement au NHS, des organes de l'État relaient la politique de santé publique du ministère aux niveaux régional (9 groupements régionaux de santé publique) et local. Ils s'assurent, entre autres, du développement d'actions intersectorielles ciblées sur les déterminants de la santé et des inégalités les plus importants.

### Les résultats et les évolutions

Début 2005, le Kings Fund a publié une évaluation externe des premières années de la réforme du NHS depuis l'arrivée des travaillistes. Il rapporte que la progression du nombre de lits, d'équipements et de personnel pour traiter les cancers, maladies cardio-vasculaires et les maladies mentales correspond aux objectifs. La mortalité pour ces mêmes pathologies décroît de façon substantielle, mais cette tendance existe depuis plusieurs décennies et la part attribuable aux programmes existants est difficile à mesurer. Le programme d'arrêt du tabac semble en bonne voie pour remplir ces objectifs. Cependant, dans les statistiques, les personnes sont considérées sevrées après seulement quatre semaines d'arrêt (un taux de succès moins important est donc

à prévoir à plus long terme). Le programme visant à modifier les consommations de fruits et légumes mis en place dans les écoles ne montre pas de résultats tangibles en termes de consommation ; l'obésité ne semble pas reculer et la population ne paraît pas avoir augmenté son niveau d'activité physique.

En fait, il apparaît que la décentralisation de la mise en œuvre avec gestion des budgets au niveau local est extrêmement encadrée par des politiques nationales. Le trop grand nombre des objectifs et standards nationaux limite l'adaptation des PCT aux besoins locaux. En effet, ces institutions n'ont souvent pas la masse critique nécessaire en ressources humaines pour, d'une part, y répondre et, d'autre part, définir des priorités locales à intégrer en plus dans leur plan d'action. De plus, la réduction des listes d'attentes avant traitement fut rapidement l'objectif principal de la réorganisation des services faisant passer les actions de prévention au deuxième plan. C'est pourquoi, en 2004, le NHS Improvement Plan réoriente la mise en œuvre de la réforme en proposant un nombre moins important de standards et objectifs nationaux, pour laisser la place aux priorités locales, et insiste sur le développement des actions de prévention et de réduction des inégalités de santé visant à faire du NHS un service de santé à part entière et non un service réduit aux soins aux malades. 🌿

## La programmation sanitaire au Québec : trop de cuisiniers gâchent le potage

Le Québec, comme les autres provinces canadiennes, en disposant de son propre parlement, du pouvoir de légiférer et de lever des impôts et taxes, jouit d'une forte décentralisation politique face au gouvernement fédéral. En regard du domaine de la santé, compte tenu de son interprétation des dispositions de la Constitution canadienne, il estime pouvoir assumer seul la pleine responsabilité de son système de santé. Ainsi, les différents gouvernements qui se sont succédé à la tête de l'État québécois ont régulièrement remis en cause les actions du gouvernement fédéral dans ce domaine au Québec.

Après avoir esquissé comment sont mises en œuvre les interventions du gouvernement fédéral en matière de santé, l'article décrit la manière dont, depuis le début des années quatre-vingt-dix, les différents gouvernements du Québec ont planifié et mis en œuvre la programmation sanitaire.

### Les programmes fédéraux au Québec

En matière de santé, les programmes proposés par le gouvernement fédéral font souvent l'objet d'après

négociations avec les gouvernements des provinces, particulièrement avec celui du Québec. À titre d'exemple, dans le cas du Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE) proposé en 1992, le ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec exige tout d'abord un transfert inconditionnel de fonds de la part de son homologue fédéral, considérant la présence du fédéral incompatible avec ce que lui reconnaît la Constitution en matière de santé. Le ministre évoque aussi le fait qu'il vient d'élaborer son propre plan Action jeunesse (1992) et que la Politique de la santé et du bien-être, adoptée en 1991, identifie quatre objectifs prioritaires concernant directement la question de l'enfance, objectifs qui ne sont pas les mêmes que ceux figurant au programme fédéral. Après des négociations qui auront duré plus d'une année, les deux gouvernements signent un protocole d'entente le 13 mai 1993. Le gouvernement fédéral accepte d'inscrire son action dans le respect des orientations et priorités du Québec, de ses lois et des règlements régissant l'organisation de ses services. Il consent également à éviter les chevauchements et à ne pas réduire les sommes allouées

**Jean Turgeon**  
Professeur titulaire,  
École nationale  
d'administration  
publique, Québec  
**Olivier Choinière**  
Assistant de  
recherche à l'Enap



Les références  
entre crochets renvoient  
à la bibliographie p. 69.

à d'autres programmes fédéraux existants. Enfin, il accepte une implication des régies régionales de la santé et des services sociaux du Québec (RRSSS) à différents moments du processus décisionnel, une première pour le gouvernement fédéral. Le protocole d'entente du PACE au Québec a servi de modèle à ceux des autres provinces et ultérieurement à la mise en place d'autres programmes fédéraux, notamment le Programme canadien de nutrition prénatale [61].

Ce *modus operandi* est assez représentatif de la manière dont les choses se passent lorsque le gouvernement fédéral propose de nouveaux programmes dans des champs de compétence des provinces, programmes qu'il désire (ardemment...) similaires « *d'un océan à l'autre* ».

### Les propositions d'actions et les initiatives *made in Québec*

#### *Le début des années quatre-vingt-dix*

En août 1991, en écho au rapport de la Commission québécoise d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (1985-1987), le gouvernement du Québec adopte la loi sur les services de santé et les services sociaux. Les principaux objectifs de cette législation sont de pousser plus loin le processus de décentralisation vers les régions, de s'assurer que le système sociosanitaire va mieux répondre aux besoins changeants de la population en recourant à de nouvelles pratiques et en s'appuyant sur les progrès de la technologie, de réorganiser le système en fonction de services davantage intégrés, continus et complémentaires sur des bases locale et régionale, de mettre l'accent sur la prévention et la promotion de la santé, d'accentuer le virage ambulatoire et enfin d'améliorer l'efficacité du réseau sociosanitaire public. Les grands paramètres de la réforme à venir et d'une nouvelle programmation sanitaire sont dorénavant connus.

Dès l'année suivante, le ministère adopte la loi sur le Conseil de la santé et du bien-être et fait connaître sa Politique de la santé et du bien-être (PSBÉ). Cette dernière est alors considérée comme avant-gardiste, étant l'une des premières politiques à être élaborées dans la foulée du mouvement international « Santé pour tous », lancé sous l'égide de l'Organisation mondiale de la santé vers la fin des années soixante-dix. La PSBÉ identifie dix-neuf problèmes prioritaires de santé et de bien-être et fixe, pour chacun d'eux, un objectif de résultat à atteindre d'ici 2002. Elle définit six grandes stratégies à mettre en œuvre pour atteindre ces objectifs. Ces stratégies consistent à agir sur les principaux déterminants de la santé, à intensifier les efforts auprès des groupes vulnérables, à harmoniser les politiques publiques et à orienter le système vers les solutions les plus efficaces et les moins coûteuses. Ces stratégies sont assorties de quatre-vingt-onze engagements ministériels. Le ministre indique également vouloir concevoir des programmes de façon à intégrer

l'ensemble des activités destinées à une clientèle ou à une problématique particulières pour lesquelles sont consenties des ressources humaines, matérielles et financières. Durant les années quatre-vingt-dix, des efforts ont été entrepris pour mettre en place une telle approche, notamment pour élaborer des programmes-clientèles, pour développer des systèmes d'information clientèle et pour déterminer des enveloppes budgétaires régionales sur la base de ces programmes-clientèles. Dans l'ensemble, cependant, cette nouvelle approche de gestion n'a pas connu, concrètement, d'avancées majeures durant cette période.

Tout comme ce fut le cas au niveau fédéral, les initiatives prévues à la PSBÉ concernant l'inventaire et la diffusion de données sur la santé des Québécois ont été celles qui ont le plus progressé durant la décennie 1990. En effet, selon une récente évaluation de la mise en œuvre de la PSBÉ, « *c'est du côté du suivi des indicateurs de santé et de bien-être, des enquêtes de Santé Québec et du développement de la recherche que les actions prévues à la Politique ont sans doute été le plus complètement réalisées et ont été maintenues de la façon la plus constante durant toute la période observée* » [51]. Cependant, tout ne s'est pas déroulé aussi bien en ce qui concerne les autres éléments de la programmation contenus à la PSBÉ.

#### *La multiplication des initiatives ministérielles en matière de programmation sanitaire*

Un contexte difficile a tôt fait de contrecarrer la mobilisation initiale des acteurs régionaux et locaux autour de la Politique et des plans d'action régionaux qu'ils avaient élaborés. En fait, par vagues successives et au gré des changements de ministres, d'autres initiatives sont venues s'ajouter et court-circuiter, pour ainsi dire, la mise en œuvre de la Politique de 1992, tout cela sur fond de résorption drastique du déficit budgétaire du Québec.

Identifions tout d'abord dès 1994 le « Défi Qualité-Performance », une opération stratégique en trois volets. Un premier document ministériel, le Plan triennal d'orientations 1994-1997, définissait pour le réseau la direction à prendre afin de consolider les fondements de la réforme, d'actualiser la PSBÉ et d'accroître la performance de l'ensemble du système. Second volet : une série sans précédent de compressions budgétaires, évoquée sous le titre sibyllin « *améliorations d'efficacité et de performance* ». Le troisième volet était contenu dans un document d'orientation portant sur les cibles budgétaires à atteindre et les réductions d'effectifs à réaliser pour la période 1994-1997.

Par la suite, un autre plan d'action ministériel a conduit à l'élaboration, dans chacune des régions, des plans de transformation 1995-1998. Au terme de ces plans, le ministère demanda à chacune des régies régionales d'élaborer un nouveau plan triennal 1998-2001, afin de faire le pont entre les mesures mises en place au cours des trois années précédentes et de nouvelles



mesures destinées à consolider le réseau de services de santé et sociaux.

L'adoption en 1997 des Priorités nationales de santé publique (PNSP) représente pareillement un important exercice de programmation venu s'ajouter à celui de la PSBÉ. À partir de janvier 1995, le ministère et les directions régionales de santé publique situées dans les régions régionales entreprirent l'élaboration des PNSP. Cette démarche, parallèle à la mise en œuvre des plans d'action régionaux de santé et de bien-être, réussit à prendre forme en s'inspirant des priorités et des stratégies énoncées dans la PSBÉ, tout en formulant des objectifs plus précis sur les résultats intermédiaires à atteindre.

En 2000, le gouvernement du Québec met sur pied la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux en évoquant l'obligation de réajuster le tir face aux défis qui s'annoncent à l'aube du *xxi*<sup>e</sup> siècle. La Commission réaffirmera l'importance de la prévention, la responsabilité du citoyen à prendre en charge sa propre santé et recommandera quatre-vingt-quinze avenues de solution visant principalement à établir une distinction nette entre la régulation politique et administrative, à renforcer les soins de première ligne et à offrir une prestation de services globale et intégrée [4].

La même année, une importante réforme de l'administration publique québécoise est initiée avec l'adoption de la loi sur l'administration publique (LRQ, chapitre A-6.01). Cette législation affirme la priorité accordée par l'administration gouvernementale, dans l'élaboration et l'application des règles d'administration publique, à la qualité des services aux citoyens. Elle instaure pour ce faire un cadre de gestion par résultats et sur le respect du principe de la transparence.

En 2001, dans la foulée de cette initiative, une loi propre au domaine sociosanitaire est adoptée (LRQ, chapitre 24, loi modifiant la loi sur les services de santé et les services sociaux). Concernant la programmation sanitaire, la loi prévoit l'obligation pour une région régionale de soumettre au ministre, pour approbation, un plan stratégique triennal d'organisation des services et la conclusion d'ententes de gestion et d'imputabilité entre la région régionale et le ministre, et entre la région régionale et les établissements publics.

En 2002, le Québec adopte la loi sur la santé publique. L'année suivante, le Programme national de santé publique 2003-2012 est adopté à son tour. Ce programme identifie six domaines d'intervention : le développement, l'adaptation et l'intégration sociale ; les habitudes de vie et les maladies chroniques ; les traumatismes non intentionnels ; les maladies infectieuses ; la santé environnementale ; la santé en milieu de travail. Enfin, le gouvernement a confié en décembre 2003 à des agences régionales, qui succèdent aux régions régionales, le mandat d'organiser sur leur territoire des services intégrés par la création de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux dont chacun coordonnera, pour sa portion du territoire régional, les

activités des producteurs de services qui sont destinés à la population de son territoire en créant des liens au moyen d'entente ou d'autres modalités avec les producteurs de services de première ligne du territoire, dont les médecins de famille et les producteurs de services spécialisés et surspécialisés [28].

### Conclusion

Une certaine confusion prévaut actuellement au sein du réseau québécois de la santé en ce qui concerne la programmation sanitaire. En effet, la Politique de la santé et du bien-être de 1992 constitue toujours une référence de premier plan dans la planification et l'orientation de services sociosanitaires. Toutefois, le ministère de la Santé et des Services sociaux n'a toujours pas statué sur le renouvellement de la Politique. De plus, le ministère s'appuie également sur le Programme national de santé publique 2003-2012 pour répondre aux différents besoins de la population. À ce titre, les régions sociosanitaires sont tiraillées entre deux orientations ministérielles, et ce, dans un contexte de réforme majeure les pressant de restructurer l'offre de services sociosanitaires de première ligne autour de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. En somme, il semble qu'au fil des années et des ministres qui se sont succédé à la tête du ministère, ces nombreuses initiatives de programmation sanitaire ont produit un grand nombre de priorités sans trop de souci d'éviter les chevauchements. 🌿

