

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*^e 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. ✎

