



Première partie
LE CONTEXTE



LA LOI SUR LA SANTÉ PUBLIQUE ET LE PROGRAMME NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE 2003-2012

Le *Programme national de santé publique 2003-2012* a été institué par la *Loi sur la santé publique*, adoptée en 2001¹. La Loi et le programme marquent un tournant dans la pratique de la santé publique au Québec, lui conférant une légitimité et un pouvoir d'influence accrue.

La Loi fournit des assises et un cadre pour développer la prévention au sein du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) et pour agir sur les politiques publiques qui ont des effets sur la santé. Elle définit les fonctions de la santé publique ainsi que les rôles et les responsabilités des intervenants. Elle prévoit aussi des leviers d'action et établit des passerelles entre les intervenants de santé publique et les acteurs sociaux qui sont en mesure d'agir sur les déterminants de la santé. La Loi invite à agir pour réduire les inégalités de santé et de bien-être au sein de la population ainsi que pour contrer les effets des facteurs de risque touchant, notamment, les groupes les plus vulnérables.

Le *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008* demeure la référence pour les fondements et le cadre général de mise en œuvre des actions régionales. Sa structure reflète les fonctions de santé publique, qui délimitent le champ d'action du secteur et les responsabilités qui incombent aux acteurs. Les fonctions essentielles, marquant le caractère distinctif des activités de santé publique, sont :

- la surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants;
- la promotion de la santé et du bien-être;
- la prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes;
- la protection de la santé.

Les fonctions de soutien, qui viennent appuyer l'exercice de ces fonctions essentielles, sont :

- la réglementation, la législation et les politiques publiques ayant des effets sur la santé;

- la recherche et l'innovation;
- le développement et le maintien des compétences en santé publique.

Le *Plan d'action régional de santé publique de Lanaudière 2009-2012*, tout comme le programme national de santé publique (PNSP) dont il est issu, s'inscrit dans le prolongement de la Loi. Il permet de structurer et d'organiser les interventions aux paliers régional et local.

LA TRANSFORMATION DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Depuis la diffusion du *Plan d'action régional de santé publique 2004-2007*, le RSSS a connu d'importants changements. La création d'une nouvelle instance locale, le centre de santé et de services sociaux (CSSS), vise à ce que le réseau public soit en mesure d'offrir des services plus accessibles et mieux coordonnés, d'une part, et d'agir plus efficacement sur les déterminants de la santé, en partenariat avec les autres acteurs du milieu, d'autre part. L'Agence et les deux CSSS de la région disposent ainsi d'une grande marge de manœuvre pour gérer leurs ressources, organiser les services et mobiliser le milieu en vue d'améliorer la santé et le bien-être de la population lanauchoise.

Les nouveaux fondements de l'action du réseau

Les actions du RSSS sont désormais fondées sur deux grands principes : la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services. Le premier principe lie les intervenants du réseau, sur chaque territoire de CSSS, pour qu'ils travaillent ensemble, avec leurs partenaires des autres secteurs d'activité, en vue de répondre le mieux possible aux besoins de la population. Par le second principe, on vise à organiser la continuité des services, c'est-à-dire à établir des relais normaux et usuels entre les services de première ligne, spécialisés et ultraspecialisés.

¹ Le texte est repris ou adapté du *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008*.

La responsabilité populationnelle

Tous les intervenants d'un territoire de CSSS font partie d'un réseau local de services (RLS). Cette notion comporte en fait deux axes. D'une part, le CSSS organise les services et les activités sur son territoire en mobilisant les intervenants offrant des services spécialisés et surspécialisés, les divers groupes de professionnels, les organismes communautaires, les entreprises d'économie sociale, les ressources privées et les intervenants des autres secteurs d'activité ayant un impact sur la santé et le bien-être pour s'assurer de leur participation. D'autre part, le CSSS, qui doit établir des passerelles entre les services de première ligne et les services spécialisés et surspécialisés, noue les liens nécessaires avec les établissements visés afin que sa population reçoive des services continus, tout particulièrement les personnes en perte d'autonomie, les jeunes en difficulté, les personnes ayant des problèmes de santé mentale, les personnes aux prises avec une maladie chronique.

Lors de l'élaboration de ses « projets cliniques », le CSSS doit tenir compte de l'ensemble des caractéristiques sociosanitaires de la population locale et des besoins particuliers des groupes plus vulnérables. En effet, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* crée l'obligation pour le CSSS non seulement d'assurer l'accès à une gamme étendue de services, mais aussi d'agir en amont sur l'ensemble des déterminants de la santé, incluant les déterminants sociaux, et ce, en collaboration avec les autres intervenants du milieu. Pour ce faire, le CSSS doit, à la base, rendre accessible un continuum de services le plus complet possible, de la prévention jusqu'au soutien en fin de vie. En élaborant son plan d'action local de santé publique (PAL), le CSSS répond à la fois à cette responsabilité ainsi qu'à celle qui lui est dévolue par la *Loi sur la santé publique*, en tant que responsable de la mise en œuvre du PNSP sur son territoire.

Avec la transformation du RSSS, le territoire local apparaît désormais comme un lieu d'échanges intersectoriels où divers acteurs coordonnent leurs

efforts pour mieux contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population ainsi que, plus largement, au développement social.

La hiérarchisation des services

L'idée fait maintenant consensus : un réseau efficient repose sur des services de première ligne forts, des services spécialisés et ultraspécialisés de haute qualité, de même que des relais qui permettent à l'usager de passer aisément d'un type de services à un autre, selon ses besoins. Des services de première ligne forts sont indispensables pour agir de façon précoce, rapidement et efficacement. Par ailleurs, on ne pourrait concevoir l'exercice de la responsabilité populationnelle sans prévoir une assise pour la prise en charge globale des personnes en fonction des dimensions géographiques, sociales et culturelles de l'organisation des services d'un territoire.

La hiérarchisation des services de santé et des services sociaux s'avère nécessaire pour offrir, de façon efficiente, le bon service, au bon endroit, au bon moment. L'expérience québécoise – et lanadoise – des trente dernières années démontre la complexité d'une telle opération dans un réseau qui a été édifié et qui a évolué en lien avec les établissements spécialisés.

Un encadrement administratif rigoureux

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a modifié ses processus administratifs et budgétaires à la suite de l'adoption de la *Loi sur l'administration publique* et des modifications apportées à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Les changements portent sur trois grands leviers : l'architecture des services, le mode d'allocation budgétaire et la reddition de comptes. Ces changements ont une incidence sur les actions de santé publique.

Les programmes-services

Le RSSS a été édifié en lien avec les établissements. Or, il faut dépasser les frontières de l'établissement pour mieux intégrer les services. Cette idée est à la base des programmes-services que le MSSS a adoptés. L'approche par programmes-services oriente désormais la planification, l'organisation des ressources humaines et matérielles ainsi que l'allocation budgétaire.

Un programme-services désigne un ensemble de services et d'activités organisé dans le but de répondre aux besoins de la population en matière de santé et de services sociaux ou, encore, aux besoins d'un groupe de personnes qui vivent une problématique commune. Chaque programme-services est fondé sur la notion de besoin : il doit regrouper l'ensemble des services et des activités qui permet de répondre aux besoins de la population ou à un profil de besoins d'un groupe de personnes.

On compte neuf programmes-services. Deux répondent aux besoins de l'ensemble de la population : Santé publique et Services généraux (activités cliniques et activités d'aide). Les autres couvrent des problématiques particulières : Santé physique, Santé mentale, Déficience physique, Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement, Dépendances, Jeunes en difficulté et Perte d'autonomie liée au vieillissement. Le PAR et les PAL constituent la référence pour l'organisation des services du programme-services Santé publique, de même que pour l'intégration des activités préventives au sein des autres programmes-services, puisque la prévention fait partie du continuum de services dans tous les secteurs d'activité.

L'allocation budgétaire

Depuis 2004, le Ministère utilise une nouvelle méthode d'allocation budgétaire fondée sur une approche populationnelle, dans le but de répartir plus équitablement les ressources entre les régions, plutôt que sur une base historique. Dorénavant, une partie des ressources que l'État ajoute chaque

année (budget de développement) au budget des services de santé et des services sociaux est répartie entre les régions, à partir du contour des programmes-services et en fonction de leur population, pondérée par un indice de besoin. Ce faisant, les écarts historiques entre les régions sont appelés à diminuer d'année en année. Dans le cas du programme-services Santé publique, l'indicateur de besoin est modulé avec les « coûts normés », c'est-à-dire les sommes requises pour l'implantation des activités inscrites au PNSP.

La reddition de comptes

Le MSSS a renforcé l'imputabilité et les processus de reddition de comptes dans le RSSS. Pour ce faire, il a repris et adapté le modèle instauré dans la fonction publique par la *Loi sur l'administration publique*. La gestion par résultats a désormais cours. Chaque palier doit élaborer son plan de travail : « plan stratégique » dans le cas de l'Agence, « projets cliniques » dans le cas des CSSS. Au niveau régional, l'Agence fixe ensuite des cibles et, sur cette base, signe des ententes de gestion avec les établissements. Ces ententes peuvent inclure des indicateurs d'accès aux services, des volumes d'activité à atteindre, des mesures de la continuité et de la qualité des services.

Une autre manière de voir

Globalement, la transformation du RSSS marque le passage d'un mode de gestion centré sur les ressources à un autre, axé sur les résultats de santé. On vient ainsi confirmer le fait, reconnu depuis longtemps, que l'organisation des services de santé et des services sociaux constitue l'un des déterminants de la santé. Les défis posés au réseau amènent ce dernier à recourir davantage à l'approche de la santé publique, soit à miser sur la prévention et l'action intersectorielle.