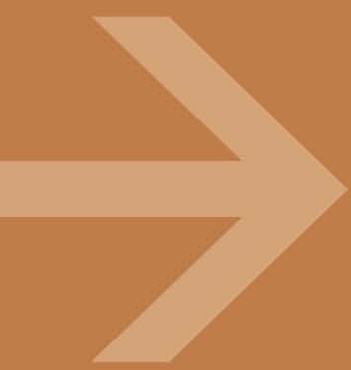




Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Ateliers interactifs en santé publique 2008-2009

À l'intention des Directeurs locaux de santé publique des
Centres de santé et de services sociaux de Montréal



Québec 



**Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal**

Ateliers interactifs en santé publique 2008-2009

À l'intention des Directeurs locaux de santé publique des
Centres de santé et de services sociaux de Montréal

Michel Rossignol et Suzanne De Blois

2009



**GARDER
notre monde
ENSANTÉ**

**Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal**

Québec    

Une réalisation du secteur Enseignement et Recherche
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : 514 528-2400
www.santepub-mtl.qc.ca

Collaborateurs

Raynald Pineault, professeur
Lise Gauvin, professeure
Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal

François Champagne, professeur
Jean-Louis Denis, professeur
André-Pierre Contandriopoulos, professeur
Département d'administration de la santé, Université de Montréal

Jean Panet-Raymond, professeur, École de service social, Université de Montréal
Jean Tremblay, Agent de recherche en développement des communautés,
Institut national de santé publique
Jean-Frédéric Lévesque, Commissaire adjoint à la santé et au bien-être pour l'appréciation et
l'analyse

Angèle Bilodeau, professeure agrégée de clinique
Irma Clapperton, professeure adjointe de clinique
Nathalie Dubois, Bureau de soutien à la Direction
Marie-Martine Fortier, secteur tout-petits, familles et communautés
Carole Morissette, chargée d'enseignement clinique
François Thérien, secteur environnement urbain et santé
Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Conférenciers

Alain Poirier, directeur national de santé publique et sous-ministre adjoint
Horacio Arruda, directeur de la protection de la santé publique
André Dontigny, directeur du développement des individus et de l'environnement social
Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
Jocelyne Sauvé, directrice de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Liaison

Terry-Nan Tannenbaum, directrice adjointe
Michel Mongeon, Bureau de soutien à la Direction
Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Remerciements

Carole Paquet, coordination et secrétariat
Manon Girard, graphisme
Sophie Bourret, préparation des cartables
Bernard Soucy, révision linguistique

© Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2009)
Tous droits réservés

ISBN 978-2-89494-850-7 (version imprimée)
ISBN 978-2-89494-851-4 (version PDF)
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2009
Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2009

Prix : 5 \$

Mot du Directeur

C'est dans le contexte de préparation du plan régional de santé publique 2008-2010 que nous avons offert aux directeurs locaux de santé publique des douze Centres de santé et de services sociaux de Montréal une série de huit ateliers permettant une appropriation et un partage des concepts de base à la création de plans locaux de santé publique. L'objectif premier des Ateliers visait donc le partage des savoir-faire entre les CSSS afin de mieux saisir les enjeux de santé publique à Montréal et d'orienter les actions sur des pistes gagnantes pour l'ensemble de la population montréalaise.

Je tiens à souligner que les Ateliers sont le fruit de nombreuses collaborations, et notamment celle de plusieurs professeurs de grand renom à Montréal. La richesse du milieu universitaire d'enseignement à Montréal a été sollicitée et la réponse a été au-delà de nos attentes.

Je souhaite que ce matériel puisse évoluer au cours des années et profiter au maximum à tous les professionnels qui oeuvrent en santé publique. Notre plus grand défi en effet demeure la formation de la relève et c'est avec cette donnée en tête que nous publions l'intégrale des Ateliers interactifs de Montréal en santé publique.

Le directeur de santé publique,

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'R. Lessard'.

Richard Lessard, M.D.

INFORMATION GÉNÉRALE

Responsables des ateliers

Michel Rossignol
Direction de santé publique de Montréal
Université McGill
rossignol@santepub-mtl.qc.ca

Suzanne De Blois
Direction de santé publique de Montréal
Université de Montréal
sdeblois@santepub-mtl.qc.ca

Objectifs des ateliers

Les ateliers ont pour objectif de fournir aux directeurs locaux de santé publique des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) et à leurs collaborateurs, un soutien pour la réalisation des plans d'action en santé publique.

Les ateliers sont organisés autour de thèmes qui ont été sélectionnés pour être les plus pertinents. D'autres ateliers pourront s'ajouter et s'adapter aux besoins sur une base continue.

Contenu et structure

Contenu et calendrier proposé

Les ateliers portent sur les thèmes suivants

Priorisation
Protection de la santé
Promotion de la santé
Mobilisation et action intersectorielle
Développement des communautés
Leadership et gestion du changement
Appréciation de la performance
Appréciation des écarts

Structure des ateliers

Chaque atelier comporte les éléments suivants :

- Un guide d'atelier contenant les objectifs, des lectures dirigées, des exercices préparatoires, une bibliographie et des ressources Internet.
- Une conférence sur le thème.
- Un exposé interactif et une animation sur le thème avec travail en équipe.
- Une évaluation de l'atelier.

Site Internet

Les ateliers sont en ligne. Il y a deux sections, une pour les documents et une pour le forum de discussion. Chaque atelier comporte un guide préparatoire, l'horaire, les outils pour les exercices et les textes suggérés. Le forum de discussion a pour but d'animer les discussions en dehors des rencontres.

Lien avec l'Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences en santé publique (IPCDC)

L'IPCDC est piloté par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et met en œuvre plusieurs outils qui sont en développement pour le soutien aux professionnels de la santé publique, notamment un bureau virtuel qui contient beaucoup d'information pertinente pour les gestionnaires, des programmes de formation, un observatoire des pratiques en santé publique, etc. L'équipe des ateliers montréalais est en relation avec l'IPCDC afin de mailler nos initiatives, de créer des liens et d'organiser des outils cohérents et harmonisés à l'intention des gestionnaires et des professionnels œuvrant en santé publique au Québec.

TABLE DES MATIÈRES

ATELIER N° 1 – LA PRIORISATION	2
<i>EXERCICES D'ATELIERS.....</i>	<i>6</i>
ATELIER N° 2 – LA PROTECTION DE LA SANTÉ	12
<i>EXERCICES D'ATELIERS.....</i>	<i>20</i>
ATELIER NO 3 - LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET LA PRÉVENTION	26
<i>EXERCICES D'ATELIERS.....</i>	<i>32</i>
ATELIERS 4 ET 5 - LA PLACE DU DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS ET L'ACTION INTERSECTORIELLE EN CSSS.....	56
<i>EXERCICES D'ATELIERS.....</i>	<i>70</i>
ATELIER NO 6 – LA PÉRENNITÉ DU CHANGEMENT COMME LEVIER À L'EXERCICE DU LEADERSHIP	76
<i>EXERCICES D'ATELIERS.....</i>	<i>80</i>
ATELIER N° 7 - APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE	88
<i>EXERCICES D'ATELIERS.....</i>	<i>96</i>
ATELIER NO 8 – APPRÉCIATION DES ÉCARTS	104
<i>EXERCICES D'ATELIERS.....</i>	<i>108</i>

ATELIER 1

LA PRIORISATION

Atelier N^o 1 – La priorisation

Responsable : Raynald Pineault

A — Objectifs

Général

Appliquer une stratégie de priorisation au plan d'action local (PAL) en santé publique, adaptée aux différents contextes.

Spécifiques

- Décrire les principaux enjeux à l'intégration de la santé publique dans un CSSS
- Connaître les étapes de la planification populationnelle et la place de la priorisation
- Appliquer les critères de priorisation aux six orientations de santé publique
- Se sensibiliser aux enjeux de priorisation dans les différents CSSS

B — Activités préparatoires

Pour atteindre les objectifs du module, des lectures dirigées, un exercice préparatoire, la participation à un forum de discussion ainsi que des exposés interactifs et des travaux en sous-groupes lors d'un atelier sont proposés.

Ce premier module présente trois aspects fondamentaux pour la mise à jour des plans d'action locaux en santé publique. Une réflexion est d'abord proposée en guise d'introduction sur l'intégration de la santé publique à la gouverne locale des soins de santé au Québec. Ensuite, un rappel du processus de planification populationnelle débouche sur un exercice pratique de priorisation appliqué aux six orientations en santé publique à Montréal.

Objectif 1 : Décrire les principaux enjeux à l'intégration de la santé publique dans un CSSS

- Lisez l'article de Breton et coll. (2008) qui propose un état de situation sur la réforme en cours au Québec et des enjeux pour son application à la santé publique. Les auteurs font un bref rappel sur l'historique des démarches entreprises depuis les années 1970 pour intégrer la santé publique au système de santé québécois. Ils dégagent ensuite des enjeux et défis autour de la planification populationnelle et de l'articulation de la santé publique dans le système de soins au niveau local.
- Dégagez les défis proposés dans l'article et, pour chacun, établissez les enjeux majeurs pour votre CSSS.

Objectif 2 : Connaître les étapes de la planification de la santé et la place de la priorisation

- Parcourez le document « Guide de planification populationnelle » rédigé par Éric Litvak et coll. (2006). Les six étapes de la planification sont décrites dans un ordre logique. La priorisation est décrite à l'étape 4 comme un équilibre entre l'importance et la capacité d'agir, illustrée à l'annexe 3.

Objectif 3 : Se familiariser avec un processus de priorisation appliqué aux six orientations de santé publique

- Lisez le chapitre sur la priorisation du livre La planification de la santé, de Pineault et Daveluy. Le chapitre a été révisé en 1995, mais les concepts sont toujours d'actualité.
- En préparation de l'atelier, nous avons sélectionné un programme/action dans chacune des six orientations des PAR/PALs. On vous demande de porter un jugement de priorité sur chacun des programmes/actions proposés. Inscrivez une cote de priorité de 1 à 4 sur la grille préparée à cette fin.

C – Déroulement de l'atelier

Les objectifs de l'atelier sont de développer une compréhension commune d'un processus de priorisation en santé publique, de se sensibiliser aux défis et enjeux à travers un exercice pratique et d'élaborer une ébauche de plan de travail pour les premières étapes de la démarche de mise à jour du PAL.

Concernant les objectifs de l'atelier, le Dr Raynald Pineault, professeur au département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal et médecin-conseil à la DSP de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et à l'INSPQ, résume les principaux messages à retenir concernant l'approche populationnelle et la planification de la santé. Il présente le processus de priorisation, ses principaux défis et enjeux et propose une méthode.

Les participants sont divisés en quatre groupes pour réaliser un exercice de priorisation en appliquant la méthode proposée et partager les constats qui se dégagent du travail préparatoire dans chaque CSSS. Les participants échangent également sur le plan de travail pour réaliser les premières étapes de la démarche de mise à jour du PAL sur leur territoire. Un rapporteur est nommé pour saisir les principaux éléments.

En plénière, les rapporteurs de chaque table présentent les défis et enjeux principaux et dégagent les différences et ressemblances entre les CSSS représentés à leur table. Le responsable de l'atelier apporte son éclairage sur les questions et les défis soulevés ainsi que les principaux messages à retenir.

Une évaluation de l'atelier est proposée aux participants et le deuxième atelier est présenté.

D — Références

Breton M, Lévesque JF, Pineault R, Lamothe L, Denis JL. L'intégration de la santé publique à la gouvernance locale des soins de santé au Québec : enjeux de la rencontre des missions populationnelle et organisationnelle. *Prat Org Soins* 2008 ;39 : 113-24

Litvak E, Allard D, Clapperton I, Desrochers M, Dupont MA, Lacroix C. Guide de planification populationnelle pour soutenir le plan d'action régional et les plans d'action locaux de santé publique. Montréal : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 2006.

Pineault R, Daveluy C. La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies. Agence d'ARC inc., 1995, pp. 293-307.

EXERCICES D'ATELIER

ATELIER 1

LA PRIORISATION

Fiche 1

Classement initial des programmes/actions

Réfléchissez au niveau de priorité que vous accordez à chacun des programmes/actions suivants et, selon votre jugement global, classez chaque programme/action dans l'une des catégories de priorités de 1 à 4.

Liste des programmes/actions		Catégorie (1-4) 1=priorité très élevée 2=priorité élevée 3 =priorité faible 4=priorité très faible
1. Déploiement des SIPPE		
2. Programmes de promotion de l'activité physique de type Kino Québec		
3. Programme de réduction du bruit à la source		
4. Activités de prévention, de protection et de prise en charge des ITSS		
5. Programme « Aménager des quartiers durables » dans les secteurs de revitalisation urbaine (promotion transport actif sécuritaire)		
6. Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDSC)		

Fiche 2

Exercice basé sur l'application de la méthode de Hanlon

Score de priorité : $(A + B) C \times D$

A = Ampleur du problème Échelle de 1 à 10 B = Gravité du problème Échelle de 1 à 10 C = Efficacité de l'intervention proposée Échelle de 0,5 à 1,5 D = Faisabilité (organisationnelle, légale, économique) Échelle : Oui = 1 Difficile mais possible = 0,5 Impossible = 0
--

Donc : Score maximal = 30 Score minimal = 0 si faisabilité est 0

Si	A + B		Élevé
	C	⇒	Faible Expérimentation et évaluation
Si	$(A + B) \times C$		Élevé
	D	⇒	Faible Stratégies d'implantation et d'identification des besoins

Plus intéressant que le score global, c'est **l'analyse des composantes** :

L'exercice consiste à :

1. Avant l'atelier, réfléchir au niveau de priorité que vous accordez aux programmes/actions selon votre jugement global et à les classer dans l'une des catégories de priorités de 1 à 4 (1=priorité très élevée; 2=priorité élevée; 3=priorité faible; 4=priorité très faible) sur la feuille préparée à cette fin.
2. Ensuite, faire l'analyse détaillée de la priorisation pour chacun des programmes/actions sur une fiche séparée avec la méthode de Hanlon.
3. Analyser cette fiche pour identifier les composantes du score et apprécier leur poids dans le score final.
4. Réordonner en 4 catégories de priorités les programmes/actions sur la base des scores obtenus.
5. Comparer ces derniers avec l'ordonnement initial que chacun de vous avait fait (en 1) et analyser les écarts entre les deux lorsqu'ils existent.
6. Quelles leçons tirez-vous de l'exercice?

Fiche 3 Analyse détaillée des priorités

Identification du programme/action :

Priorisation	Score
A Ampleur du problème (1-10)	
B Gravité du problème (1-10)	
C Efficacité de l'intervention (0,5 – 1,5)	
D Faisabilité (0; 0,5; 1)	
Score total (A + B) C x D	

Justifications (données probantes) :

Fiche 4

Rapport pour chaque groupe

	Score de priorité					
Programmes/actions	A (1-10)	B (1-10)	C (0.5-1.5)	D (0-10)	Total (0-30)	Rang (1-6)
1. SIPPE						
2. Activité physique						
3. Réduction du bruit						
4. ITSSS						
5. Quartiers durables						
6. PQDCS						

Commentaires : _____

ATELIER 2

LA PROTECTION DE LA SANTÉ

ATELIER N° 2 – LA PROTECTION DE LA SANTÉ

Responsable : Michel Rossignol

A — Objectifs

Général

Appliquer un cadre d'analyse d'un problème visant la protection de la santé, dans un but de planification dans le plan d'action en santé publique.

Spécifiques

- Comprendre les fondements et les contours du champ de la protection de la santé au Québec.
- Comprendre un cadre d'analyse d'un problème de protection de la santé à des fins de planification.
- Analyser les enjeux de faisabilité.

B — Activités préparatoires

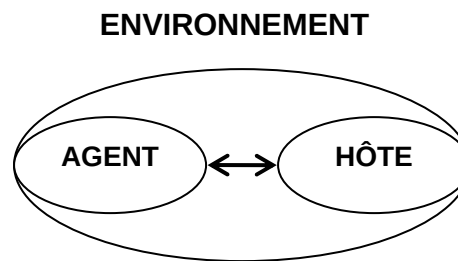
Pour atteindre les objectifs du module, des lectures dirigées, un exercice préparatoire, la participation à un forum de discussion ainsi qu'un exposé interactif avec le docteur Horacio Arruda sont proposés.

Ce second module propose trois activités. Une réflexion est d'abord proposée en guise d'introduction sur la nature de la protection de la santé, son évolution historique et ses ramifications légales. Ensuite, la méthode de Haddon est proposée pour analyser un problème lié à la protection de la santé. Cette méthode, développée à l'origine pour les traumatismes routiers, est adaptable à tout problème se prêtant à une intervention de protection de la santé. Enfin, l'analyse de la faisabilité d'une intervention en protection de la santé est utilisée aux fins de planification du plan d'action.

Objectif 1: Comprendre les fondements et les contours du champ de la protection de la santé au Québec.

- Lisez l'article du docteur Desrosiers, historien de la santé publique, paru dans l'encyclopédie canadienne en ligne, et qui porte sur l'historique de la réglementation en matière d'hygiène et de santé publique, qui s'est beaucoup construite autour des risques de transmission des maladies infectieuses.

Historiquement, le modèle de base des interventions en protection de la santé s'est construit sur l'établissement de barrières entre les agents agresseurs biologiques (infectieux) et les humains dans la triade classique :



Les interventions ont d'abord comme but de prévenir la maladie (prévention primaire) soit en prévenant le contact entre l'agent et l'hôte, soit en rendant l'hôte résistant à l'agression (par exemple l'immunisation). Dans les situations d'agressions avérées qui se manifestent par des éclosions de cas ou des épidémies, les interventions ont pour but de réduire les méfaits et le nombre de personnes exposées (prévention secondaire). Dans les deux cas, les actions sur l'environnement ont historiquement été un élément incontournable pour le contrôle et la correction de situations dangereuses pour la santé de la population.

- Le rapport annuel 2003 du directeur de santé publique de Montréal contient 17 études de cas montréalaises dans les différents domaines de la protection de la santé.

<http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/rapportannuel/2003/rapport2003.html>

Choisissez un thème, lisez l'étude de cas qui s'y rapporte et essayez d'identifier des mesures qui auraient pu prévenir ou réduire les conséquences des risques présentés.

- Les contours du champ de la protection de la santé sont bien résumés dans l'annexe 1 du Programme national de santé publique 2003-2012 dont l'extrait vous est fourni. Ce court texte est dense et contient tous les mots-clés qui permettent de préciser les contours de ce vaste

champ. Un autre aspect de la protection qui s'est beaucoup développé autour des enjeux environnementaux est le principe de précaution. L'Organisation mondiale de la santé a beaucoup travaillé sur ce concept et ses applications pour les gestionnaires et décideurs du domaine de la santé, particulièrement dans un contexte d'incertitude. Le texte proposé de Martuzzi et Tickner pour l'OMS <http://www.euro.who.int/document/e83079.pdf?language=French>, décrit les éléments essentiels qui sont d'éliminer à la source des menaces, de formuler des objectifs et de priorités claires (dans un contexte d'incertitudes), d'informer et d'éduquer les partenaires et la population, de formuler des questions aux chercheurs pour un agenda de recherche en soutien à la décision et, finalement, de prévoir les conséquences de l'application du principe de précaution dans une situation particulière (pages 5 et 6 du résumé). Vous trouverez ces éléments décrits dans le contexte de la protection de la santé chez les enfants.

- Pour terminer ce premier objectif, voyons les aspects réglementaires. Parcourez les extraits de la Loi sur la santé publique qui concernent la protection de la santé. Dans la législation actuelle (extraits de la Loi sur la santé publique fournis), deux aspects se distinguent en matière de protection de la santé. Le premier concerne les urgences sanitaires et peut faire partie de plans nationaux et internationaux en fonction de la menace. La menace de grippe aviaire, par exemple, a suscité l'élaboration de plans de mesures d'urgence à tous les échelons, de l'international jusqu'aux plans locaux dans les CSSS.

http://www.santemontreal.qc.ca/pdf/plan_resume.pdf,
<http://www.pandemiequebec.gouv.qc.ca/fr/actualites/actualites.aspx>.

- Le deuxième aspect vise les mesures de protection qui sont inscrites dans les plans d'action locaux.

N'oublions pas la **Loi sur la santé et la sécurité au travail** qui prescrit des activités de protection dans les milieux de travail et dont l'article 2 vise « *l'élimination à la source même des dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs* ».

Notons aussi les partenaires provinciaux et fédéraux en matière de protection de la santé. Au Québec, la Direction de la protection de la santé publique comprend le bureau de surveillance et de vigie sanitaire, l'unité des maladies infectieuses et l'unité de santé au travail et santé environnementale. Au palier fédéral, la Division de la protection de la santé voit à la législation et à l'application des règlements concernant les maladies infectieuses, la salubrité des aliments, la sécurité des médicaments et produits de santé, la protection contre les radiations et certains contaminants environnementaux, ainsi que les changements climatiques.

➤ Exercice

Dans le document « Garder notre monde en santé : tronc commun DSP-CSSS 2008-2012 », identifiez les programmes ou actions qui sont, d'une façon ou d'une autre, du domaine de la protection de la santé, et notez pour chacun les liens à faire avec d'autres types d'activités de santé publique comme la promotion de la santé par exemple.

Objectif 2 : Comprendre le cadre d'analyse d'un problème de protection de la santé à des fins de planification

- Le cadre d'analyse proposé est celui que William Haddon, médecin de santé publique aux États-Unis, a créé (1968) avec un double objectif : 1) aider les acteurs de santé publique et les chercheurs à prévenir les traumatismes routiers, et 2) lutter contre les lobbys de l'automobile pour la construction de véhicules plus sécuritaires. Quarante ans plus tard exactement, la « grille de Haddon » est utilisée dans l'analyse de tout type de problème de santé publique afin de comprendre et d'organiser les stratégies de prévention en fonction des acteurs et des partenaires à mobiliser.

La méthode est simple et intuitive. Son apprentissage se fait mieux à partir d'exemples. L'article de **Barnett et coll.** donne des exemples de l'utilisation de la grille de Haddon dans un contexte de protection de la santé (bombes sales et SRAS). Les auteurs donnent aussi, au tableau 1, l'exemple classique de l'utilisation de la grille pour la prévention des traumatismes des piétons sur la voie publique. La grille a 12 cases qui contiennent chacune une ou plusieurs mesures préventives. Sur l'axe vertical, les mesures préventives sont classées en Préévénement, Événement et Postévénement, ici la collision entre un véhicule et un piéton. Sur l'axe horizontal, quatre catégories classent les mesures préventives selon les éléments du problème : l'hôte (le conducteur et le piéton), l'agent (le véhicule), l'environnement physique (la voie publique) et l'environnement social (les lois, l'accès aux soins). Étudiez cet exemple, on peut encore y ajouter des stratégies de prévention.

➤ Exercice

Vous êtes maintenant prêts à remplir votre propre **grille de Haddon** pour un des problèmes de protection que vous avez identifié dans le tronc commun du plan d'action régional à l'objectif 1. Remarquez, en identifiant des stratégies préventives possibles, que la section préévénement s'intéresse à la prévention de l'événement lui-même (contact entre l'agent et l'hôte), la section événement à la réduction des méfaits et la section postévénement à la réduction des conséquences.

Objectif 3 : Intégrer un élément de protection de la santé au plan d'action en santé publique

- Le cadre d'analyse de Haddon a été élargi pour introduire des éléments qui peuvent aider à la planification. Carol Runyan, de l'Université de North Carolina, propose et définit sept critères d'analyse qui peuvent s'appliquer à chacune des mesures identifiées dans la grille de Haddon classique (à 12 cases). Ces critères ressemblent beaucoup à ceux proposés par Raynald Pineault dans sa démarche de planification en santé publique (atelier 1) : efficacité de l'intervention, coûts, libertés, équité, stigmatisation, préférences et faisabilité.

➤ Exercice

En révisant les éléments proposés par Runyan et par Pineault, faites votre propre liste des critères qui pourraient se retrouver sous la rubrique « faisabilité » pour la mise en œuvre d'une intervention dans le plan d'action local en santé publique. Le professeur Pineault reviendra en atelier pour faire la synthèse sur ce sujet.

E — Références

Desrosiers Georges. Santé publique au Québec. Encyclopédie canadienne en ligne : <http://www.thecanadianencyclopedia.com/index.cfm?PgNm=TCE&Params=F1ARTF0009515>

Loi sur la santé publique (Québec) : **Extraits** sur la protection de la santé.

Programme national de santé publique 2003-2012 : **Extraits** sur la protection de la santé.

Barnett DJ, Balicer RD, Iodgett D, Fews AL, Parker CL, Links JM. The application of the Haddon matrix to public health readiness and response planning. *Environmental Health Perspectives* 2005;113:561-566.

Runyan CW. Using the Haddon matrix : introducing the third dimension. *Injury prevention* 1998;4:302-307.

F – Ressources Internet

Loi sur la santé publique (Québec) :

http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html

Loi sur la santé et la sécurité du travail (Québec) :

http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_1/S2_1.html

Martuzzi M, Tickner JA. The precautionary principle : protecting public health, the environment and the future of our children. Genève, Organisation mondiale de la santé Europe, 2004.

<http://www.euro.who.int/document/e83079.pdf?language=French>

Programme national de santé publique 2003-2012 :

http://www.rrsss12.gouv.qc.ca/documents/Programme_nationale_sante_pub.pdf

O'Neil Brian. Accidents or crashes : highway safety and William Haddon Jr.

<http://www.contingencies.org/janfeb02/crashes.pdf>

Rapport annuel du directeur de santé publique de Montréal. Gestion des risques et santé : un filet de protection pour notre temps. Direction de santé publique de Montréal, 2003. <http://www.santepub-mtl.qc.ca/>

EXERCICES D'ATELIER

ATELIER 2

**LA PROTECTION DE
LA SANTÉ**

Exercice 1

Les 10 stratégies générales de Haddon en protection de la santé

1. RÉDUCTION À LA SOURCE

1. Prévenir la création des risques.
2. Réduire la production de risques.
3. Prévenir la libération des risques existants.
4. Modifier la libération d'un risque à sa source.

2. RÉDUIRE L'EXPOSITION

5. Séparer par le temps et l'espace les humains de la source du risque.
6. Séparer par des barrières physiques les humains de la source du risque.
7. Modifier les caractéristiques de l'agent de risque.

3. PROTÉGER L'HÔTE

8. Augmenter la résistance de l'hôte au risque.
9. Réduire l'importance des dommages causés.
10. Réduire la perte de fonction par la réadaptation.

Fiche 1: La grille de Haddon

Problème identifié: _____

	L'hôte humain	L'agent agresseur	L'environnement Physique Social	
Pré-événement				
Événement				
Post-événement				

Instruction: Inscrivez dans chaque case une mesure visant à réduire l'impact du problème identifié sur la santé.

Fiche 1: La grille de Haddon

Problème identifié: **L'herbe à poux et la rhinite allergique**

	L'hôte humain	L'agent agresseur	L'environnement Physique Social	
Pré-événement	Campagnes de prévention – hôtes susceptibles	Arrachage systématique	Entretien des terrains vagues	Valorisation des sols pour la communauté Règlementation
Événement	Éviter les zones contaminés	Arrachage ciblé	Arrosages? Interdictions d'accès	Alertes qualité de l'air Surveillance vents Amendes
Post-événement	Cure de désensibilisation		Cartographie des rhinites allergiques	Guide d'intervention médicale Avis d'infraction

Fiche 2: Les dimensions de planification

Problème identifié: _____

Interventions proposées	Efficacité	Coûts	Liberté	Équité	Stigma- tisation	Préfé- rences	Faisa- bilité	Groupes ou personnes à mobiliser

Instructions: Inscrivez sur chaque ligne une intervention proposée à la fiche 1 (pré-événement) et cotez chaque critères par +, - ou 0 (neutre ou ne sait pas). Identifiez dans la dernière colonne les groupes ou personnes à mobiliser pour chaque intervention.

Exercice 2

IDENTIFIER LES ÉLÉMENTS DU PLAN DE TRAVAIL POUR LA MISE À JOUR DU PAL

Lors du premier atelier, vous avez pris connaissance des étapes de la planification populationnelle, vous avez appliqué des critères de priorisation et vous vous êtes sensibilisés aux enjeux soulevés dans votre CSSS. Dans le cadre de ce deuxième atelier, nous vous proposons maintenant de prendre un moment de réflexion sur les modalités de travail pour réaliser votre démarche de planification locale.

1. Dans un premier temps, vous êtes invité à échanger en sous-groupe à partir des questions suivantes. Utilisez la grille pour noter vos observations et celles des autres participants. Identifiez les éléments que vous reprenez pour votre organisation.

a) Comment êtes-vous organisé ou comment prévoyez-vous vous organiser?

- votre structure de travail (ex. : comité, table, membres, rôles)
- les moyens mis à votre disposition
- les facteurs facilitants et les obstacles rencontrés dans votre mode de fonctionnement; les solutions mises de l'avant ou possibles
- le milieu (interne au CSSS et externe) et les personnes/partenaires à impliquer.

b) Quelles étapes avez-vous prévues dans votre plan de travail?

- vos réalisations et les leçons tirées à ce jour
- les principaux enjeux rencontrés ou prévus
- les pistes de solutions possibles quant à ces enjeux

2. En plénière, votre rapporteur sera invité à :

- nommer des modalités de travail rapportées en soulignant la complémentarité et l'originalité des approches;
- ramener un enjeu pour lequel le sous-groupe souhaite un échange et un éclairage de notre personne ressource, le Dr Raynald Pineault.

IDENTIFIER LES ÉLÉMENTS DU PLAN DE TRAVAIL POUR LA MISE À JOUR DU PLAN D'ACTION LOCAL

DES ÉLÉMENTS À RETENIR	
Sur la structure de travail	
Sur les moyens à votre disposition	
Sur les facteurs facilitants et les obstacles dans votre mode de fonctionnement et les solutions mises de l'avant ou envisageables	
Sur le milieu et les personnes/partenaires à impliquer	
DES ÉLÉMENTS À PARTAGER	
Nommer des modalités de travail rapportées en soulignant la complémentarité et l'originalité des approches	
Identifier un enjeu pour lequel vous souhaitez un échange et un éclairage de notre personne ressource, le Dr Raynald Pineault.	

ATELIER 3

LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET LA PRÉVENTION

ATELIER NO 3 - LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET LA PRÉVENTION

Responsable : Lise Gauvin

A — Objectifs

Généraux

Appliquer un cadre d'analyse à des interventions de promotion de la santé et de prévention des maladies du PAL et examiner les conditions de succès de leur implantation.

Spécifiques

- Décrire et différencier les notions de déterminants sociaux de la santé, de promotion de la santé et de prévention des maladies;
- S'approprier l'approche écologique en promotion de la santé;
- S'initier aux débats entourant la notion des données probantes en promotion de la santé;
- Appliquer une grille d'analyse des conditions de succès à un programme/action parmi les six grandes orientations de santé publique.

B — Activités préparatoires

Pour atteindre les objectifs du module, des lectures dirigées, l'exploration de deux sites Web ainsi qu'un atelier interactif comprenant un jeu-questionnaire sont proposés.

Ce troisième module présente une introduction aux aspects fondamentaux pour la mise en œuvre et l'amélioration continue des plans d'action locaux en santé publique. Une description de certains concepts connexes tels la promotion de la santé, la prévention des maladies et l'approche écologique est d'abord proposée en guise d'introduction. Ensuite, on différencie les notions d'utilité et d'efficacité tout en mettant en relief les notions de qualité des évidences, de données probantes et de mode d'évaluation des interventions. Finalement, une grille d'analyse des conditions de succès est proposée et un exercice s'en inspirant est réalisé.

Objectif 1 : Décrire et différencier les notions de déterminants sociaux de la santé, de promotion de la santé et de prévention des maladies

- Prenez connaissance du résumé analytique de Marmot (2008) sur les travaux de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé. (voir aussi :

www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr29/fr/index.html)

Objectif 2 : S'approprier l'approche écologique en promotion de la santé

- Lisez l'article de Richard (1996) qui décrit l'approche écologique et ses concepts sous-jacents de même que le chapitre de Richard et Gauvin (2006) qui propose quelques exemples canadiens et québécois de programmes adoptant une approche écologique.
- Dégagez les éléments clés de l'approche écologique et identifiez les enjeux associés à l'adoption d'une approche plus écologique pour votre milieu.

Objectif 3 : S'initier aux débats entourant la notion des données probantes en promotion de la santé

- Parcourez le site Web du Guide des services préventifs du CDC (*Centers for Disease Prevention and Control*) –

www.thecommunityguide.org .

- Lisez l'article de O'Neil (2003) qui identifie quelques-uns des enjeux reliés à la qualité des évidences en promotion de la santé. Discutez de ce que ces enjeux soulèvent ou pourraient soulever dans votre milieu.

Objectif 4 : Appliquer une grille d'analyse des conditions de succès à un programme/action parmi les six grandes orientations de santé publique

- Parcourez le site Web RE-AIM – www.re-aim.org et familiarisez-vous avec les significations de chacune des lettres de l'acronyme R E – A I M.
- En préparation de l'atelier, nous vous invitons à réexaminer les programmes/actions en promotion/prévention dans chacune des six orientations des PAR/PALs. Dans votre groupe, vous aurez à choisir un parmi ces programmes/actions pour appliquer la grille d'analyse RE-AIM.

C – Contenu de la présentation

La responsable de l'atelier fera un survol des notions de déterminants sociaux de la santé et différenciera les concepts de promotion de la santé et de prévention des maladies. Une définition de la notion d'intervention écologique sera proposée et les approches populationnelles seront distinguées des approches individuelles. L'étendue des cibles et milieux d'action sera présentée. Les enjeux entourant les données probantes seront mis en relief et la notion de conditions de succès sera décrite. Une description de l'atelier et des livrables attendus précèdera la mise en œuvre de l'atelier et la tenue de la séance plénière.

D – Déroulement du travail en sous-groupes et de la plénière

L'objectif du travail en sous-groupes est d'appliquer une grille d'analyse des conditions de succès à un programme/action parmi les six grandes orientations de santé publique.

Pour ce faire, les participants seront divisés en cinq groupes pour réaliser un exercice d'analyse d'un programme ou d'une action du PAL. Ainsi, dans un premier temps, le groupe devra faire consensus sur le programme qui fera l'objet de l'analyse. Ensuite, il faudra ouvrir une page internet, aller sur le site www.re-aim.org et cliquer sur l'onglet « *Take the RE-AIM quiz now* ». Des traductions françaises des différentes questions et éléments d'analyse de ce jeu-questionnaire seront disponibles. Les éléments d'analyse incluent différentes questions et stratégies d'amélioration des interventions qui peuvent être débattues dans le groupe.

En plénière, les rapporteurs de chaque table présentent l'analyse qui est faite du programme/action étudié et dégagent les principales pistes d'amélioration du programme/action. La responsable de l'atelier apporte son éclairage sur les pistes proposées ainsi que sur les possibilités d'en évaluer les retombées.

Une évaluation de l'atelier sera proposée aux participants et le quatrième atelier sera présenté.

E — Références

Marmot, M. (2008). Comblant le fossé en une génération : Résumé analytique du Rapport de la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé. Genève, Suisse : Organisation Mondiale de la Santé. (voir aussi : www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr29/fr/index.html)

Richard, L (1996) Pour une approche écologique en promotion de la santé : le cas des programmes de lutttes contre le tabagisme. Rupture, 3 (1) : 52-67.

Richard, L., & Gauvin, L. (2006). Le développement et l'implantation d'interventions écologiques en promotion de la santé : exemples canadiens et défis émergents. In M. O'Neill & S. Dupéré (Eds.), Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques (2e édition). Québec : Presses de l'Université Laval (pp. 421-435).

O'Neill, M. (2003). Pourquoi se préoccupe-t-on tant des données probantes en promotion de la santé? Sozial- und Präventivmedizin/Social and Preventive Medicine, 48(5) : 317-326.

www.thecommunityguide.org

www.re-aim.org

EXERCICES D'ATELIER

ATELIER 3

LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET LA PRÉVENTION

Cadre logique sur l'environnement social et la santé

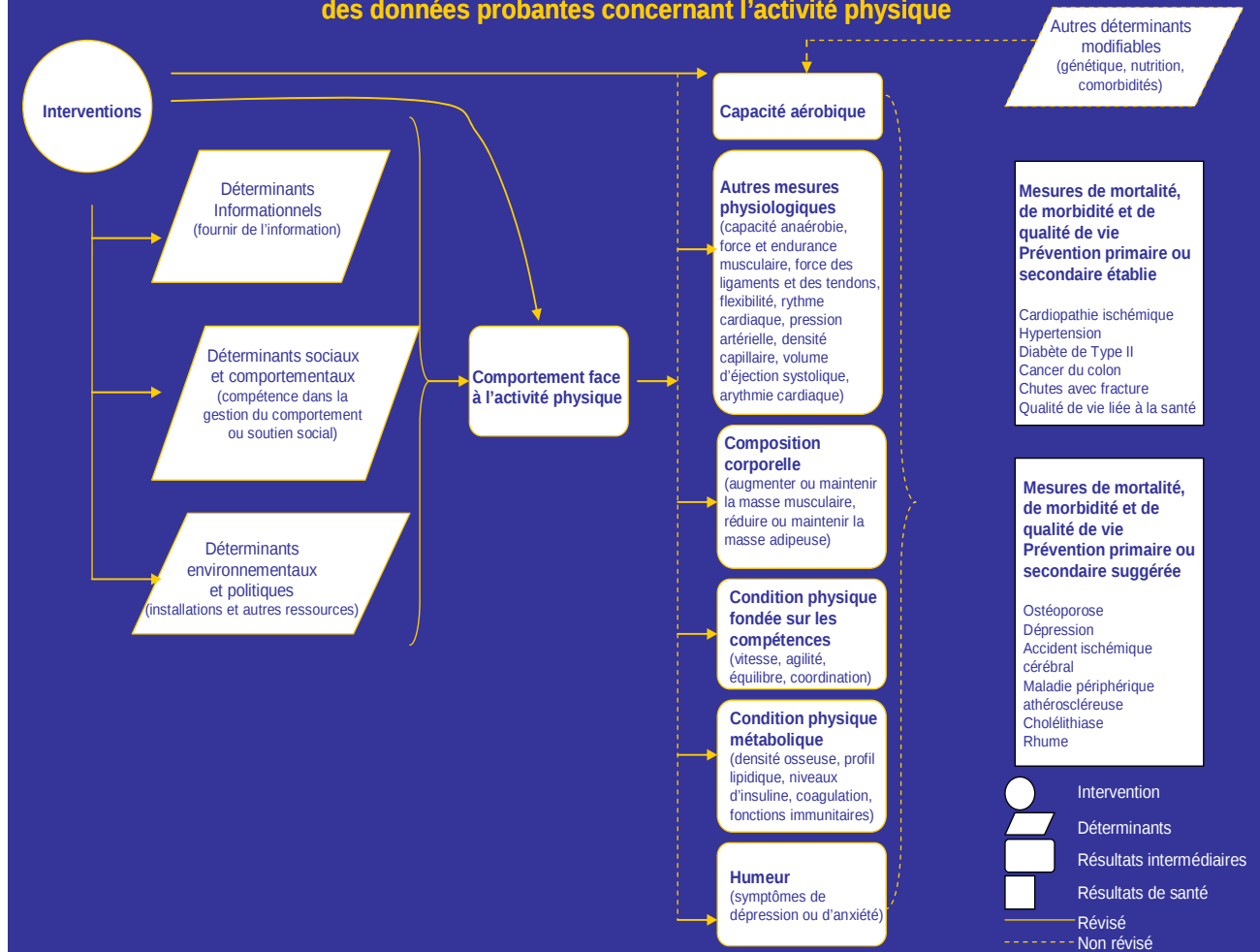
Ce cadre a été élaboré pour fournir une compréhension commune des ressources et des conditions qui sont fondamentales à une population en santé et pour fournir une meilleure compréhension sur la manière dont les interventions peuvent promouvoir un environnement social sain et à quel moment. Les ressources sociales et physiques sont la source des déterminants de santé dans les communautés. Les multiples chemins qui ont une incidence sur la santé dans l'environnement social sont illustrés par les résultats intermédiaires.

Déterminants de la santé

Double cliquez sur les icônes en jaune pour plus d'information



Modèle logique pour illustrer l'approche conceptuelle utilisée par l'examen des données probantes concernant l'activité physique



RE-AIM*

Introduction

Est-ce que l'impact sur le plan individuel et l'impact sur le milieu (ou le plan organisationnel) sont tous les deux importants?

Oui. Apprenez pourquoi et comment ils diffèrent en continuant votre lecture.

L'importance de l'impact

La portée et l'efficacité ont un impact sur le plan individuel. L'adoption et l'implantation ont un impact sur le milieu ou le plan organisationnel. Le maintien s'applique à la fois aux plans individuel et organisationnel. Évaluer ces deux aspects permet de dégager de précieux renseignements concernant l'impact du programme.

Le plan individuel

Dans un milieu ou une communauté, le but est d'atteindre une grande proportion du public cible par une intervention efficace. Quand on évalue des interventions, on doit s'assurer que le public cible est représentatif de la population cible.

Quand les promoteurs du projet sont attentifs à l'efficacité du programme, il en découle un plus grand potentiel de diffusion et de mise en place du programme pour un impact à plus grande échelle. Les promoteurs du projet doivent s'assurer que l'efficacité ne requiert ni un grand investissement de la part du personnel dans le milieu ni que ce personnel travaille uniquement avec ses meilleurs clients.

À titre d'exemple, disons qu'une intervention en milieu scolaire a un grand impact en termes de portée et d'efficacité sur le plan individuel. Par contre, le programme requiert des ressources spécifiques qui ne sont pas disponibles dans la plupart des écoles. À cause des ressources limitées, seules quelques écoles adoptent, implantent et maintiennent le programme.

Milieu ou plan organisationnel

Si vous deviez évaluer le programme décrit ci-dessus sur le plan individuel seulement, vous pourriez penser qu'il pourrait avoir un grand impact sur la santé publique. En fait, c'est peu probable, car il n'est pas pratique d'adopter, d'implanter et de maintenir ce programme dans un milieu de pratique réel.

De même, si l'adoption organisationnelle systémique, l'implantation et le maintien d'une intervention ont peu de portée, d'efficacité ou de maintien

sur le plan individuel, le programme n'aura pas une grande incidence sur la santé publique. Si vous évaluez seulement un plan (c'est-à-dire le plan organisationnel), vous pouvez faussement croire que le programme a une grande incidence, même si la portée sur le plan individuel, l'efficacité et le maintien font défaut.

* Source : <http://www.re-aim.org/> Kaiser Permanente 2006

Cadre d'analyse RE-AIM*

Que signifie chacun des éléments?

Portée (« Reach ») – Le nombre absolu, la proportion et la représentativité des individus qui participent à un programme donné.

La représentativité fait référence au fait que les participants possèdent ou non les caractéristiques recherchées dans la population cible. Par exemple, si vous désirez augmenter l'activité physique chez les personnes sédentaires de 35 à 70 ans, vous n'évaluerez pas votre programme sur des triathlonsiens.

Efficacité (« Efficacy/Effectiveness ») – L'impact d'une intervention sur des résultats importants. Cela comprend les effets négatifs potentiels, la qualité de vie et les coûts.

Adoption (« Adoption ») – Le nombre absolu, la proportion et la représentativité des organisations et du personnel favorables à l'offre d'un programme.

Implantation (« Implementation ») – Pour l'organisation, l'implantation fait référence à la façon dont le personnel suit le programme fourni par les promoteurs du projet. Cela comprend la cohérence ainsi que l'échéancier et les coûts du programme.

Maintien (« Maintenance ») – Cela signifie jusqu'à quel point le programme ou la politique devient partie intégrante des pratiques et des politiques organisationnelles routinières. Dans le cadre de RE-AIM, le maintien s'applique aussi sur le plan individuel.

Sur le plan individuel, le maintien a été défini comme étant un effet à long terme d'un programme sur les résultats après six mois ou plus suivant le dernier contact concernant l'intervention.

Apprenez-en plus sur la façon de mettre en pratique le cadre RE-AIM
Cliquez ici pour plus de détails et pour connaître les réponses à des questions de base. Vous trouverez aussi des idées pour améliorer vos chances d'avoir un impact positif sur la santé publique.

Cadre d'analyse RE-AIM*

* Source : <http://www.re-aim.org/> Kaiser Permanente 2006

Questionnaire autoadministré

Introduction

Ce questionnaire pourra vous inciter à réfléchir aux aspects du programme qui sont parfois laissés de côté ou dont on ne tient compte qu'à la fin du programme. Il est possible que vous ne puissiez pas apporter de réponses définitives à toutes ces questions, mais tentez de répondre autant que vous sachiez en vous demandant comment il est possible d'aborder chacune de ces questions pour le programme que vous désirez implanter.

Chaque question comprend un choix de réponses : zéro représente le pointage le plus bas à utiliser si le programme n'aborde pas à cette question. Plus le pointage est élevé, plus le programme aborde cette dimension d'une façon appropriée. Puisque le questionnaire est conçu pour vous aider à planifier un programme ayant un meilleur impact, nous vous invitons à répondre honnêtement et à être critique.

PORTÉE (« Reach »)

1. À quel point êtes-vous confiant que vous pourrez inciter une grande proportion de votre population cible à participer à votre programme?

- ☐ **Complètement confiant**
- ☐ **Assez confiant**
- ☐ **Modérément confiant**
- ☐ **Peu confiant**
- ☐ **Pas du tout confiant**

2. À quel point êtes-vous confiant que votre programme comprendra avec succès tous les membres de votre population cible, peu importe leur ethnicité, leur sexe, leur âge ou leur statut socio-économique?

- ☐ **Complètement confiant**
- ☐ **Assez confiant**
- ☐ **Modérément confiant**
- ☐ **Peu confiant**
- ☐ **Pas du tout confiant**

3. À quel point êtes-vous confiant que votre programme atteindra les personnes qui ont les plus grands besoins de votre population cible?

- ☐ **Complètement confiant**
- ☐ **Assez confiant**
- ☐ **Modérément confiant**
- ☐ **Peu confiant**
- ☐ **Pas du tout confiant**

LES FAÇONS D'AMÉLIORER LA PORTÉE

Améliorer la portée

La PORTÉE est le nombre absolu, la proportion et la représentativité des individus qui participent à un programme donné.

(La représentativité fait référence au fait que les participants possèdent ou non les caractéristiques recherchées dans la population cible. Par exemple, si vous désirez augmenter l'activité physique chez les personnes sédentaires de 35 à 70 ans, vous n'évaluerez pas votre programme sur des triathlonsiens.)

Il existe de nombreuses stratégies que vous pouvez utiliser pour améliorer la portée de votre programme. Toutes les stratégies peuvent être résumées en deux mots – publicité et diffusion. Par contre, certaines stratégies sont mieux que d'autres et les meilleures pour votre programme dépendent des caractéristiques de votre population cible et de votre organisation. Lisez nos suggestions et choisissez les stratégies qui conviennent le mieux à votre situation.

Les étapes pour améliorer la portée

1. Nouez des relations avec votre communauté et votre population cible.
 - a) Faites des présentations aux événements locaux pour faire connaître votre programme.
 - b) Offrez une formation interne au personnel aux sites où vous recruterez.
 - c) Participez aux événements communautaires en échange de la possibilité de diffuser des informations concernant votre programme.
 - d) Demandez à votre personnel de se porter volontaire dans le milieu où vous recruterez, p. ex. : tutorat, « popote roulante » aux personnes âgées.
2. Amenez votre population cible à participer – assurez-vous d'inclure les usagers et les non-usagers de vos services. Le recrutement sera plus efficace si vous vous référez aux usagers potentiels pour vous guider. Demandez-leur ce qui motiverait des gens comme eux à participer et quelles sources d'information ils considèrent comme précieuses et crédibles.

- a) Préparez des slogans, des affiches, des circulaires et des stratégies de promotion par des contacts personnels.
 - b) Soyez ouvert aux modifications, aux révisions et aux nouvelles idées de la part des représentants de votre population cible.
 - c) Identifiez les barrières à la participation. Demandez des commentaires sur les façons de réduire ces barrières.
 - d) Demandez où votre population cible aime sortir. Cherchez particulièrement à savoir où les personnes difficiles d'accès peuvent être contactées.
 - e) Déterminez comment votre population trouve les informations dont ils ont besoin et à quel point ces sources d'information sont crédibles pour ce groupe.
3. Déterminez quel matériel de recrutement est le meilleur pour votre programme. Votre population cible sera très aidante pour élaborer le contenu et pour identifier le niveau de lecture approprié pour le matériel de recrutement. Les exemples suivants peuvent être adaptés selon l'information recueillie auprès des représentants de votre population cible à l'étape 2.
- a) La radio, les annonces publicitaires dans les journaux et les apparitions aux nouvelles du réseau local de télévision sont des moyens efficaces de publicité. Dans plusieurs cas, les messages d'intérêt public, les communiqués de presse et les entrevues personnelles dans les émissions peuvent être faits sans que l'organisation ait à déboursier d'argent.
 - b) Vous pouvez vous servir de brochures ou de circulaires pour fournir une description détaillée du programme. Il est préférable de les distribuer aux endroits où la population cible aime sortir (identifiés à l'étape 1) et où le programme sera mis en place.
 - c) Les tableaux d'affichage sont un moyen peu coûteux pour recruter. Il est préférable de les exposer aux endroits où la population cible aime sortir et où le programme sera mis en place.
 - d) Les bulletins d'information peuvent faire l'objet d'un article ou d'une annonce publicitaire qui décrit le programme. Dans plusieurs cas, les membres de la population cible peuvent recevoir les bulletins d'information sur une base régulière de la part d'une organisation commune. Quand cela est possible, utilisez ces bulletins d'information pour contacter un grand nombre de personnes de votre population cible.

- e) Le bouche à oreille est aussi un moyen peu coûteux de recruter. On peut le faire de plusieurs façons, par exemple par des présentations du personnel du programme et par la promotion des membres de la population cible.
- f) La publicité via l'Internet peut aussi être utile.

4. Allez là où se trouve la population cible : ne l'obligez pas à venir à vous pour obtenir le matériel de recrutement. Il existe de nombreux milieux communautaires que vous pouvez et devez utiliser comme endroit pour recruter.
 - a) Pour chacun des endroits suggérés ci-après, vous pouvez modifier et utiliser les différents matériels de recrutement que nous avons déjà décrits
 - b) Les lieux de culte
 - c) Les centres communautaires
 - d) Les associations et les organisations locales qui desservent la population cible
 - e) Les endroits où il existe une vie de groupe
 - f) Les bureaux des services sociaux
 - g) Les cliniques de médecins de premier recours
 - h) Les écoles
 - i) Les lieux de travail
 - j) Les restaurants à service rapide
 - k) Pour certaines populations cibles, un recrutement plus actif peut être nécessaire. En plus d'utiliser la publicité, vous pourriez tenter de recruter des gens aux événements communautaires comme les repas collectifs ou les foires de la santé.

Questionnaire autoadministré

EFFICACITÉ

1. À quel point êtes-vous confiant que votre programme pourra atteindre les résultats recherchés concernant les principaux changements de comportements ou de santé visés?

- ☐ **Complètement confiant**
- ☐ **Assez confiant**
- ☐ **Modérément confiant**
- ☐ **Peu confiant**
- ☐ **Pas du tout confiant**

2. À quel point êtes-vous confiant que le programme planifié peut être implanté sans qu'il y ait de conséquences adverses non intentionnelles?

- ☐ **Complètement confiant**
- ☐ **Assez confiant**
- ☐ **Modérément confiant**
- ☐ **Peu confiant**
- ☐ **Pas du tout confiant**

3. À quel point êtes-vous confiant que le programme planifié influencera positivement l'auto-efficacité, le soutien social et la qualité de vie?

- ☐ **Complètement confiant**
- ☐ **Assez confiant**
- ☐ **Modérément confiant**
- ☐ **Peu confiant**
- ☐ **Pas du tout confiant**

LES FAÇONS D'AMÉLIORER L'EFFICACITÉ

Les étapes pour améliorer l'efficacité

L'efficacité représente l'impact d'une intervention sur des résultats importants. Cela comprend les effets négatifs potentiels, la qualité de vie et les coûts.

- Utilisez des programmes fondés sur des preuves
 1. Utilisez les ressources qui sont fondées sur des données probantes quand elles sont disponibles. Tentez de comprendre les éléments clés des programmes fondés sur des données probantes. Par exemple, vous pouvez viser un but, identifier les barrières, contrôler et documenter les changements de comportement ou de santé. Utilisez ces éléments comme guides lors de l'implantation du programme ou développez quelque chose de nouveau (c.-à-d. quand il n'existe aucune ressource fondée sur des données probantes pour votre sujet).
 2. Évaluez la ressource pour voir à quel point elle s'intègre dans le milieu et adaptez-la si nécessaire tout en conservant les composantes essentielles dans le cas où les ressources fondées sur des données probantes sont disponibles.
- Collaborez avec des partenaires organisationnels
 1. Quand cela est possible, collaborez avec des organisations qui ont des populations cibles et des sujets similaires pour faciliter la planification de l'intervention, de l'élaboration et de l'implantation.
 2. Recherchez d'autres institutions qui ont implanté un programme similaire avec succès ou non dans le passé afin d'obtenir une vue d'ensemble sur ce qui a fonctionné ou non pour elles.
- Évaluez les ressources qui vous sont disponibles
 1. Avant l'implantation, assurez-vous que vous avez suffisamment de ressources pour mettre le programme en place.
 2. Intégrez les rôles et les responsabilités du programme dans les tâches actuelles de votre personnel afin de les impliquer le plus rapidement possible dans le processus de planification. Le personnel choisi pour mettre le programme en place sera ainsi prêt à le faire.

3. Identifiez les forces de votre personnel et utilisez-les de façon optimale. Fournissez la formation requise, le transfert d'apprentissage, une supervision soutenue, l'appui et le mentorat dans les domaines plus faibles.
 - Élaborez et maintenez une documentation à jour sur le processus et le système de suivi du programme qui assure la mise en place cohérente du programme.
 - Sollicitez des commentaires continus de votre population cible.

Ceci peut être fait en postant des questionnaires tout en incluant une petite mesure incitative pour qu'ils soient remplis et retournés.

Utilisez les commentaires pour modifier les composantes du programme afin de répondre aux besoins de votre population cible tout en adhérant aux principes probants sous-jacents de votre programme.

Questionnaire autoadministré

ADOPTION

1. À quel point êtes-vous confiant que vous serez en mesure d'attirer un grand pourcentage d'organisations cibles ou d'agents de mise en œuvre pour mettre le programme en place?

- ☐ **Complètement confiant**
- ☐ **Assez confiant**
- ☐ **Modérément confiant**
- ☐ **Peu confiant**
- ☐ **Pas du tout confiant**

2. À quel point êtes-vous confiant que vous pourrez inclure avec succès les organisations ou les agents de mise en œuvre peu importe l'ethnicité, le sexe, l'âge ou le statut socio-économique des personnes à qui ils fournissent des services?

- ☐ **Complètement confiant**
- ☐ **Assez confiant**
- ☐ **Modérément confiant**
- ☐ **Peu confiant**
- ☐ **Pas du tout confiant**

3. À quel point êtes-vous confiant que votre programme atteindra les organisations ou les agents de mise en œuvre qui fournissent des services aux personnes de votre population cible qui ont les plus grands besoins?

- ☐ **Complètement confiant**
- ☐ **Assez confiant**
- ☐ **Modérément confiant**
- ☐ **Peu confiant**
- ☐ **Pas du tout confiant**

4. À quel point êtes-vous confiant que votre programme aide les organisations visées ou les agents de mise en œuvre à mener leur mission organisationnelle primaire?

- ☐ **Complètement confiant**
- ☐ **Assez confiant**
- ☐ **Modérément confiant**
- ☐ **Peu confiant**
- ☐ **Pas du tout confiant**

LES FAÇONS D'AMÉLIORER L'ADOPTION

Améliorer l'adoption

L'ADOPTION est le nombre absolu, la proportion et la représentativité des organisations et du personnel disposés à offrir un programme. Pensez à l'ADOPTION comme étant la PORTÉE sur le plan organisationnel, dans le milieu ou sur le plan des interventions des agents de mise en œuvre.

Au fur et à mesure que vous développez des stratégies pour améliorer l'ADOPTION, pensez à ce que vous pouvez faire pour que les décideurs dans les milieux organisationnels, cliniques ou communautaires puissent facilement répondre oui à ces deux questions :

- 1. En tant qu'organisation, allons-nous ajouter une valeur à nos services et à notre mission en offrant ce programme?*
- 2. Est-ce que notre organisation a la capacité, l'expertise ou les ressources nécessaires pour mettre en place ce programme?*

Il est préférable de discuter de ces deux questions pendant les stages de formation concernant l'élaboration du programme. Pour ce faire, impliquez les organisations, les milieux et les personnes – pendant le stage de formation – les plus susceptibles de mettre en place le programme.

Les caractéristiques des organisations et des personnes visées qui le mettront en place, c.-à-d. les agents de mise en œuvre, détermineront ce qui est préférable pour votre programme. Lisez nos suggestions et choisissez les stratégies qui conviennent le mieux à votre situation.

Les étapes pour améliorer l'adoption

- Comprenez bien le système qui, selon vos prévisions, utilisera le programme.
1. Identifiez la mission organisationnelle et déterminez comment, ou si, votre programme pourra la soutenir et la promouvoir.
 2. Visitez un ou deux sites pour mieux comprendre le fonctionnement du système.
 3. Identifier les ressources et les pratiques déjà existantes qui pourraient faciliter la mise en place du programme. Cela devrait comprendre l'évaluation du niveau d'expertise des employés qui pourraient mettre en place le programme.

- Impliquez les décideurs organisationnels dans les stages de formation concernant l'élaboration du programme.
1. Rencontrez les décideurs afin de discuter des barrières éventuelles qui pourraient empêcher leur organisation d'adopter le programme.
 2. Travaillez ensemble pour élaborer des stratégies qui pourraient calmer les inquiétudes concernant l'adoption du programme.
 3. Soyez prêt à fournir des informations concernant les coûts de mise en place. Malheureusement, même si votre programme est efficace et positif, son coût a un grand impact sur le fait qu'une organisation l'adopte ou non. Il est bon d'impliquer les représentants organisationnels dans la planification de la formation puisque cela fournit une occasion de discuter des coûts. Si nécessaire, vous pouvez présenter un plan alternatif mieux adapté pour connaître comment et par qui le programme sera mis en place.
- Fournissez des données qui démontrent la portée, l'efficacité et la facilité de la mise en place.
1. Considérez les organisations qui peuvent potentiellement adopter le programme et soulignez-en les qualités qui attireraient les personnes qui font appel à ces organisations.
 2. Fournissez des données sur l'efficacité du programme. L'essentiel, après les coûts, est de savoir si le programme fonctionne. Fournissez de l'information pour démontrer que c'est le cas.

Pendant l'élaboration du programme, portez une attention particulière aux coûts. Vous augmentez les chances d'adoption si vous fournissez à peu de frais le matériel d'intervention et d'information. Plus il est facile de le dupliquer et de l'utiliser, peu importe l'organisation ou les agents de mise en œuvre, plus cela augmentera vos chances d'adoption.

Questionnaire autoadministré

IMPLANTATION

1. À quel point êtes-vous confiant que les différentes composantes du programme seront mises en place comme vous le prévoyez?

- ☐ **Complètement confiant**
- ☐ **Assez confiant**
- ☐ **Modérément confiant**
- ☐ **Peu confiant**
- ☐ **Pas du tout confiant**

2. À quel point êtes-vous confiant que votre programme peut être mis en place par le personnel occupant différents postes à différents paliers de l'organisation?

- ☐ **Complètement confiant**
- ☐ **Assez confiant**
- ☐ **Modérément confiant**
- ☐ **Peu confiant**
- ☐ **Pas du tout confiant**

LES FAÇONS D'AMÉLIORER L'IMPLANTATION

Améliorer l'implantation

Pour l'organisation, l'IMPLANTATION fait référence à la façon dont le personnel suit le programme fourni par les promoteurs du projet. Cela comprend la cohérence de la mise en place ainsi que l'échéancier et les coûts du programme.

Quand vous avez développé un programme qui fonctionne, qui joint la population cible et qui est adopté par les organisations, les milieux ou les agents de mise en œuvre qui le mettront en place, il est important de fournir assez de soutien pour s'assurer que le programme se déploie comme prévu. Bon nombre de stratégies pour améliorer l'implantation sont similaires à celles citées pour l'ADOPTION.

Une fois de plus, connaître l'avis des organisations et du personnel qui mettront le programme en place dès le début de son élaboration en améliorera le taux de succès. Impliquez les personnes qui sont aptes à mettre le programme en place comme les praticiens, les fournisseurs de services et les membres de la communauté aux différentes étapes de planification du programme. Le processus de participation peut augmenter le niveau d'engagement et d'acceptation de ceux qui, ultimement, mettront le programme en place.

Voici quelques étapes pour augmenter les chances que le programme soit mis en place comme prévu. Lisez nos suggestions et choisissez les stratégies qui conviennent le mieux à votre situation.

Les étapes pour améliorer l'implantation

- Favorisez un processus participatif
1. Assurez-vous que les stratégies et les activités soient à la mesure du niveau d'expertise des personnes qui mettront le programme en place.
 2. Faites un essai-pilote du programme avec un petit nombre d'agents de mise en œuvre qui sont les acteurs clés de l'organisation. Testez la faisabilité des stratégies et le matériel du programme. Menez des groupes de consultation avec les agents de mise en œuvre pour identifier les composantes du programme qui doivent être modifiées pour assurer une meilleure implantation.

- Fournissez des ressources pour implanter le programme
1. Faites un texte détaillé et un manuel d'implantation. Les programmes fondés sur des preuves peuvent être adoptés par une organisation simplement parce qu'ils ont démontré qu'ils étaient efficaces. De plus, les ressources du programme pour l'implantation ajouteront une valeur aux services de l'organisation. Dans ces cas, et dans ceux développés par la participation des systèmes de mise en place, il est nécessaire de fournir aux agents de mise en œuvre des menus détaillés et des paragraphes passe-partout concernant l'implantation.
 2. Portez une attention particulière aux détails de transition. Assurez-vous que le texte et le manuel d'implantation identifient les mécanismes pour le suivi des participants et qu'ils se réfèrent aux différentes composantes d'un programme donné. Vérifiez si les participants pourraient passer à travers les mailles du programme et fournissez des détails sur la façon d'éviter cette situation.
 3. Permettez la flexibilité lors de l'implantation. Même avec un guide détaillé, il est important que les agents de mise en œuvre puissent adapter le programme à leur organisation. Utilisez des options dans le menu et fournissez des stratégies alternatives d'implantation pour les organisations qui ont moins de ressources et où les agents de mise en œuvre ont des expertises et des intérêts différents.
-
- Fournissez la formation et le soutien technique nécessaires pendant les premières étapes de l'implantation
1. Une simple formation et un jeu de rôle relatif à l'implantation du programme aideront les agents de mise en œuvre à instaurer leur confiance relativement aux stratégies du programme. Les séances de formation devraient comprendre plusieurs agents et, lorsque possible, leurs superviseurs. Même si les superviseurs ne mettent pas en place le programme, leur participation est essentielle pour démontrer l'appui organisationnel au programme.
 2. La formation et l'appui devraient créer une atmosphère de collaboration et de partage de l'information entre les agents de mise en œuvre. Susciter la collaboration entre les agents les encouragera à résoudre leurs conflits et assurera une cohérence dans la mise en place du programme dans l'organisation.

3. Assurez-vous que le soutien technique est facilement accessible. Ce soutien devrait renforcer le but ultime du programme, mais à la base, il devrait identifier les barrières à l'implantation et fournir des mécanismes pour les contrer quand elles surviennent. Le soutien technique devrait aussi favoriser les relations de collaboration entre les agents de mise en œuvre en les mettant en contact quand ils ont un problème similaire. Encouragez-les à élaborer des stratégies communes qui vont renforcer la cohérence de l'implantation.

Questionnaire autoadministré

MAINTIEN

1. À quel point êtes-vous confiant que le programme aura des bénéfices à long terme pour les participants?

- ☐ **Complètement confiant**
- ☐ **Assez confiant**
- ☐ **Modérément confiant**
- ☐ **Peu confiant**
- ☐ **Pas du tout confiant**

2. À quel point êtes-vous confiant que le programme aura des bénéfices à long terme pour les participants, peu importe leur race/ethnicité, leur sexe, leur âge ou leur statut socio-économique?

- ☐ **Complètement confiant**
- ☐ **Assez confiant**
- ☐ **Modérément confiant**
- ☐ **Peu confiant**
- ☐ **Pas du tout confiant**

LES FAÇONS D'AMÉLIORER LE MAINTIEN

Améliorer le maintien

Le maintien signifie jusqu'à quel point le programme ou la politique devient partie intégrante des pratiques et des politiques organisationnelles routinières. Dans le cadre de RE-AIM, le maintien s'applique aussi sur le plan individuel. Sur le plan individuel, le maintien est défini comme étant un effet à long terme d'un programme sur les résultats après six mois ou plus suivant le dernier contact concernant l'intervention.

- **Les étapes pour améliorer le maintien sur le plan individuel**

1. Les ressources disponibles pendant le programme devraient être réutilisables ou facilement accessibles à peu de frais ou sans frais sur une base régulière.
2. Une intervention plus longue ou de laquelle on se retire graduellement a plus de chances de durer une fois terminée.
3. Les participants peuvent être encouragés à former des groupes de soutien pendant le programme. Ils pourront ainsi se rencontrer une fois le programme implanté. Les membres du groupe de soutien devraient être jumelés selon leurs intérêts et leurs données démographiques pour assurer une transition plus souple vers une phase de maintien durable.

- **Les étapes pour améliorer le maintien sur le plan organisationnel**

1. Lorsque possible, prenez appui sur l'infrastructure existante pour la mise en place du programme.
2. Des contrôles périodiques par des courriels ou des circulaires peuvent servir de rappel pour continuer à travailler sur les résultats attendus quand le programme est terminé.
3. Les interventions devraient être intégrées dans la pratique régulière de l'organisation qui met en place le programme. Cela est possible si les objectifs du programme sont similaires à la mission de l'organisation ou si les tâches de l'intervention font partie des responsabilités des employés.
4. Les interventions environnementales et la politique sont très efficaces pour permettre le maintien sur le plan organisationnel. Soyez conscient du fait qu'il est important que les utilisateurs se sentent concernés pour que les interventions environnementales soient un succès sur les plans individuel et organisationnel.

ATELIERS 4 et 5

LA PLACE DU
DÉVELOPPEMENT
DES COMMUNAUTÉS
ET L'ACTION
INTERSECTORIELLE
EN CSSS

ATELIERS 4 ET 5 - LA PLACE DU DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS ET L'ACTION INTERSECTORIELLE EN CSSS

Responsables : Jean Panet-Raymond et Angèle Bilodeau

Rappel thématique

La Loi sur les services de santé et les services sociaux (art. 1 et 100) et la Loi sur la santé publique (art. 53 à 56) demandent aux CSSS de soutenir les actions qui favorisent la création de milieux de vie favorables à la santé et au bien-être et de développer des communautés plus responsables de leur santé et de leur bien-être. En vue d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et du bien-être, ils doivent aussi encourager les collaborations entre organisations et l'engagement des acteurs des autres secteurs par des mécanismes de concertation.

Objectifs

Ces finalités supposent de la part des gestionnaires et des intervenants la maîtrise de connaissances et d'habiletés qui se démarquent par rapport à des modes de gestion et d'intervention de type « descendant et normatif ». L'atelier présente donc une introduction aux stratégies de développement des communautés (DC) et à l'action intersectorielle (AI).

Généraux

En ce sens, l'atelier a été conçu afin de :

- Mieux comprendre la nature et la portée du développement des communautés en lien avec la mission des CSSS.
- Cerner les principales caractéristiques du DC et l'AI en lien avec des enjeux locaux de santé publique.
- Se doter de balises en la matière dans le cadre de la mise à jour des PAL et de la responsabilité populationnelle.
- Participer à l'animation de la réflexion collective sur le *Cadre de référence pour soutenir l'intégration du développement des communautés* de la DSPM.

Spécifiques

Conséquemment, cet atelier vous permettra de :

1. Situer votre rôle et celui de votre CSSS dans votre communauté, en ce qui a trait à ce qui se fait (acquis, etc.) et pourrait se faire en développement des communautés et en travail intersectoriel.
2. Comprendre les fondements, objectifs, processus et étapes associés au développement des communautés.
3. Comprendre les rôles des divers acteurs associés au DC, tant dans le CSSS que dans la communauté locale, et les rapports avec les paliers supérieurs de la gouverne publique;
4. Se sensibiliser aux exigences et aux conditions de réussite du travail intersectoriel et de ses liens avec le développement des communautés.
5. Exercer un leadership dans le DC auprès d'autres gestionnaires et membres du conseil d'administration du CSSS basé sur des compétences permettant de susciter et de soutenir le développement des communautés et l'action intersectorielle.

Contenu

Les responsables de l'atelier feront un survol des concepts et de leurs fondements, notamment en lien avec le cadre de référence de la DSPM. Une définition du développement des communautés et de l'action intersectorielle permettra d'articuler leurs complémentarités et leurs différences. Une description de certains concepts connexes (mobilisation sociale, partenariat, etc.) permettra de souligner leur spécificité.

Par le travail préparatoire, les présentations et une mise en situation, les participants cerneront les étapes et processus du développement des communautés et regarderont de manière plus détaillée les conditions requises pour travailler en intersectorialité. Enfin, l'atelier permettra d'identifier les défis et conditions de mise en œuvre de ces stratégies dans les CSSS et les directions de santé publique.

Activités préparatoires

Pour vous préparer à l'atelier, nous vous proposons plusieurs outils théoriques et pratiques :

1. Situer votre rôle et celui de votre CSSS dans votre communauté, en ce qui a trait à ce qui se fait et pourrait se faire en développement des communautés et action intersectorielle.

Lire les documents suivants. Écrire quelques notes sur vos observations et les apporter à la rencontre de formation.

- Mireille Desrochers et Maude Beausoleil, 2009, Cadre de référence pour soutenir l'intégration du Développement des Communautés. Document de Consultation, version mise à jour du 12 janvier 2009. Direction régionale de santé publique de Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal,

http://www.santepub-mtl.qc.ca/trspcomm/pdf/cadreconsultation_12012009.pdf

- Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, Programme national de santé publique - mise à jour 2008, section intitulée « Soutenir l'action intersectorielle favorable à la santé et au bien-être » (pp 65-69), gouvernement du Québec,

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf>

2. Comprendre les fondements, objectifs, processus, étapes et acteurs associés au développement des communautés. Une réflexion permettant aux participants de situer leur niveau de compétence sur certains éléments qui seront traités lors de l'atelier.

Remplir le questionnaire (cela prend une quinzaine de minutes) et l'apporter à la rencontre de formation :

- Un **petit test** (« *Le développement des communautés en CSSS, qu'en savez-vous?* »): **hyperlien à créer avec le document**

3. Comprendre les rôles des divers acteurs associés au DC, tant dans le CSSS que dans la communauté locale, et les rapports avec les paliers supérieurs de la gouverne publique;

4. Se sensibiliser aux exigences et aux conditions de réussite du travail intersectoriel et de ses liens avec le développement des communautés.

Lire les documents suivants en réfléchissant aux questions suivantes :

- a) Comment se manifestent les enjeux entourant les mécanismes du travail intersectoriel lié au développement des communautés?
- b) Quels sont les ressources et atouts dont vous disposez pour faire face à ces défis?

- Bilodeau A, Lapierre S, Marchand Y. 2003, *Le partenariat : comment ça marche? Mieux s'outiller pour réussir*, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre. 32 p.,

<http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/pdfautre/guidepartenariat.pdf>

- Direction de santé publique, décembre 2008, Portrait arrimage des concertations locales sous l'angle des enjeux du développement social, Outil de planification pour la mise à jour des plans locaux et régional de santé publique 2009-2012 Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, [hyperlien à créer avec le document](#)
5. Exercer un leadership auprès d'autres gestionnaires et membres du conseil d'administration du CSSS basé sur des compétences en gestion et des modalités organisationnelles permettant de susciter et de soutenir le développement des communautés et l'action intersectorielle.

Lire le texte suivant en réfléchissant aux questions suivantes :

- a) Quels sont les défis organisationnels et de gestion que vous identifiez pour votre établissement?
 - b) Quelles seraient les choses à faire pour mieux intégrer la stratégie de soutien au DC au sein de votre CSSS?
- Jean Tremblay, 2009, *Bases organisationnelles, conditions stratégiques et mécanismes facilitant le développement des communautés au sein des CSSS* INSPQ, [hyperlien à créer avec le document](#)

Déroulement de l'atelier

A) Exposés interactifs

- Contexte (lois, politiques et programmes publics; la communauté comme sujet et objet d'intervention; les acteurs associés aux pratiques d'AI et de DC; la place des stratégies dans les CSSS; le cadre de référence de la DSPM; etc.);
- Concepts et fondements;
- Processus du DC et du travail intersectoriel ainsi que leurs principes d'action (participation citoyenne; *autonomisation*; partenariat et intersectorialité; leadership partagé; etc.);
- Étapes du DC (analyse de la communauté; planification; mise en œuvre; évaluation);
- Action intersectorielle, mobilisation de partenaires: des systèmes d'action innovants (éléments théoriques et pratiques).

B) Travail en sous-groupe et exposés

- Permettre l'application d'une grille d'analyse des systèmes d'action innovants pour comprendre le travail intersectoriel qui sous-tend le DC.
- Pour réaliser l'exercice, les participants seront divisés en quatre groupes.

C) Plénière

- Les défis de l'intégration du DC et de l'AI dans les CSSS (structures et règles organisationnelles, transversalité, reddition de comptes, etc.).
- Retour sur l'exercice et échange.

D) Évaluation et perspectives

Pour en savoir plus

Angèle Bilodeau, Claire Chamberland, Deena White, 2002, *L'innovation sociale, une condition pour accroître la qualité de l'action en partenariat dans le champ de la santé publique*, CANADIAN JOURNAL OF PROGRAM EVALUATION

Denis Bourque, 2007, *De l'«hyperconcertation» à une nouvelle gouvernance locale*, Revue Développement social, volume 8, no 2, pp 46-47, <http://www.inspq.qc.ca/developpement-social/rds/rds82.pdf#page=1>

Denis Bourque et Clément Mercier, *Le développement des communautés au coeur de la mission des CSSS*, Infolettre, Vol 5, Numéro 1, février 2008, p.1 à 6, <http://www.medsp.umontreal.ca/getos/pdf/infofr022008.pdf>

KATHY GERMANN et DOUG WILSON, 2004, *Organizational capacity for community development in regional health authorities: a conceptual model*, HEALTH PROMOTION INTERNATIONAL, Vol. 19. No. 3, Oxford University Press. <http://heapro.oxfordjournals.org/cgi/reprint/19/3/289>

Geneviève Hamel et Daniel Talbot, 2007, *La santé, autrement dit....*, gouvernement du Québec, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-245-02.pdf>

Suzanne Hébert, *Une stratégie d'actualisation de la mission d'un CSSS par le développement des communautés*, Infolettre, Vol 5, Numéro 1, février 2008, p.7-8, <http://www.medsp.umontreal.ca/getos/pdf/infofr022008.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, *Programme national de santé publique - mise à jour 2008*, sections intitulées « SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS » (p. 61 à 65)

National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008, NICE public health guidance 9, *Community engagement to improve health*, <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PH009Guidance.pdf>

Jean Panet-Raymond, *Les origines et l'actualisation du développement des communautés* (inédit, 2009).

John Raeburn et Irving Rootman « *Le concept de santé : une nouvelle proposition* » dans O'Neil, Dupéré, Pederson, Rootman, *Promotion de la santé au Canada, perspectives critiques*, Presses de l'Université Laval, 2006, chap. 2, p.25 à 41.

Pourquoi les Canadiens sont-ils en santé ou pas ? Prémisses et données probantes, Agence de santé publique du Canada, 2003, <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/determinants-fra.php#unhealthy>



Un petit test sans prétention...

Le développement des communautés en CSSS...

Qu'en savez-vous?

Ce test vise à situer le niveau de compétences (divisées selon le savoir, le savoir-faire et le savoir-être) sur certains éléments traités lors de l'atelier. Sous forme de réponses « vrai ou faux » à choix multiples, de propositions « d'accord ou pas d'accord ». Il ne devrait pas prendre plus de 15 minutes.

SURVOL

1. Quels sont les objectifs du développement des communautés?
 - a)
 - b)
2. Quels sont les acteurs qui peuvent mettre en oeuvre une démarche de développement des communautés?
 - a)
 - b)
 - c)
3. Quelles sont les populations visées par le de développement des communautés?
 - a)
 - b)
4. Quels sont les territoires visés par le développement des communautés?
 - a)
 - b)
 - c)
5. Quelles les approches qui sous-tendent le développement des communautés?
 - a)
 - b)
 - c)
6. Quelles les fondements et stratégies du développement des communautés?
 - a)
 - b)
 - c)

LES SAVOIRS

Les fondements et processus du développement des communautés et les déterminants sociaux de la santé.

QUESTIONS À CHOIX MULTIPLES

Il peut y avoir plusieurs réponses.

1. Les objectifs du développement des communautés peuvent être :

- a) La réalisation de logements sociaux dans les quartiers plus pauvres.
- b) Le développement de l'emploi pour les jeunes.
- c) L'amélioration des conditions d'accès aux services de santé pour les populations vulnérables.
- d) L'amélioration de l'information sur les programmes des CSSS.
- e) La distribution de moyens contraceptifs aux jeunes des écoles secondaires.

2. Pour être dans le mandat d'un CSSS, les objectifs du développement des communautés doivent :

- a) Porter sur l'ensemble de la population d'une communauté locale.
- b) Porter sur une partie d'un territoire de CSSS.
- c) Porter seulement sur les «populations à risque».

3. Les principaux fondements du développement des communautés sont :

- a) Le soutien aux groupes communautaires existants.
- b) La mobilisation et la sensibilisation de la population aux programmes de santé publique.
- c) La mise sur pied de programmes d'éducation pour favoriser l'accès aux programmes publics.
- d) La participation citoyenne.
- e) La concertation des acteurs publics de la communauté.

4. Les déterminants de la santé VRAI ou FAUX

Énoncé	VRAI	FAUX
A. La Charte d'Ottawa de 1986 régit les compétences entre les provinces et le gouvernement fédéral au sujet de la santé.		
B. L'élément le plus déterminant de l'espérance de vie au Québec est les « bonnes habitudes de vie ».		
C. L'élément le plus déterminant de l'espérance de vie au Québec est le bagage génétique.		
D. L'élément le plus déterminant de l'espérance de vie au Québec ce sont les inégalités sociales et la pauvreté.		
E. Les recherches de l'OMS démontrent que l'autonomisation des individus n'a aucun effet sur leur santé.		
F. Les recherches de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) démontrent que l'accès aux services de santé primaire est le déterminant le plus important de la santé.		

À DÉVELOPPER.

5. En une phrase, quels liens faites-vous entre **le projet clinique** coordonné par le CSSS de votre territoire et le développement des communautés?

LE SAVOIR-FAIRE

Application des stratégies de DC à la mission des CSSS, les approches participatives - **VRAI** ou **FAUX**.

Énoncé	VRAI	FAUX
A. Seul un intervenant communautaire peut mettre en oeuvre, planifier et coordonner un processus de développement des communautés.		
B. Le développement des communautés est fondé sur des données objectives et probantes issues de la recherche scientifique.		
C. L'évaluation du développement des communautés doit se faire avec des scientifiques pour être rigoureuse et « probante ».		
D. Le développement des communautés ne peut pas être intégré à un projet clinique de CSSS.		

LE SAVOIR ÊTRE

Capacités de produire des actions et des réactions adaptées à la communauté et aux acteurs qui la composent.

DEGRÉ D'ACCORD

Énoncé	Totalement d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt en désaccord	Totalement en désaccord
1. Le développement des communautés, c'est autant l'affaire des gestionnaires, des intervenants cliniques que des organisateurs communautaires.				
2. Les ententes de gestion entre l'Agence et le CSSS favorisent l'innovation.				
3. La reddition de compte est un obstacle incontournable au développement des communautés.				
4. Les initiatives de développement des communautés doivent venir des CSSS afin d'être fondées sur des données probantes.				
5. La « délinquance » chez les gestionnaires est essentielle pour initier des pratiques transversales de gestion.				
6. Le développement des communautés est une approche qui ne cadre pas avec l'approche programme.				
7. Un DG de CSSS doit assurer les initiatives du développement des communautés.				
8. Les ressources financières des CSSS ne permettent pas de développer des initiatives de développement des communautés hors des programmes existants.				

EXERCICES D'ATELIERS

ATELIERS 4 et 5

LA PLACE DU DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS ET L'ACTION INTERSECTORIELLE EN CSSS

Mise en situation

Questions de réflexion et échange en sous-groupe

Vous êtes vous-même dans votre rôle actuel

- **Portrait et connaissance du milieu et de la situation**

1) De quelles informations avez-vous besoin pour planifier une intervention en développement des communautés?

- ◆ Données objectives, quantitatives et qualitatives...
- ◆ Données subjectives : perceptions, impressions...
- ◆ Rapports dynamiques entre personnes, groupes, institutions

2) Comment allez-vous obtenir ces données?

Par quels moyens, à quel endroit, par l'entremise de quelles personnes, institutions ou ressources communautaires...

REF : PPT, p. 27-28-29 + « Principales étapes de la stratégie de DC » INSPQ/IPCDC 2008

- **Planification des pistes d'intervention**

1) Comment définissez-vous la situation, le problème et le besoin?

- ◆ Objectif
- ◆ Stratégie
- ◆ Moyens
- ◆ Calendrier
- ◆ Ressources humaines et financières

REF : PPT, p. 30-31 + « Principales étapes de la stratégie de DC » INSPQ/IPCDC 2008

JPR 19-03-09

Mise en situation

MONTRÉAL-NORD

Le samedi 9 août 2008, en soirée, une **intervention policière** dans un parc de Montréal-Nord tourne mal. Un policier utilise son arme de service. **Un jeune de 18 ans meurt**, deux autres sont blessés. L'événement est grave et sera médiatisé en conséquence. Dans les journaux du lendemain, on parle de bavure, on crie à la violence policière, on hurle à la discrimination raciale.

Le dimanche 10 août, **l'émeute éclate** : feux sur la voix publique, explosion de bidons de gaz propane, voitures incendiées, vitrines fracassées et pillage des commerces. Après avoir vilipendé les procédures policières, les médias soulignent la présence des gangs de rue dans le quartier et, de manière plus générale, la violence ambiante et le sentiment d'insécurité qui y est associé dans la population.

Au fil des jours, on attribue de plus en plus l'émeute à des motifs bien enracinés.

Les gens du milieu évoquent rapidement les inégalités sociales. On apprend l'existence du secteur nord-est de Montréal-Nord, particulièrement **défavorisé** et très **densément peuplé**. Nombreux sont ceux qui y vivent simultanément plusieurs formes **d'exclusion souvent liées à l'immigration, à l'origine ethnique ou à la pauvreté** particulièrement dans la vie quotidienne en général, dans la recherche de logement (parfois insalubre) ainsi que dans l'intégration professionnelle.

La survie constitue pour plusieurs un mode de vie sans que des conditions de promotion sociale ne semblent suffisamment présentes. Le décrochage scolaire s'avère particulièrement élevé sur le territoire et favorise de façon chronique la pauvreté intergénérationnelle ainsi que la résorption des possibilités de promotion sociale. Selon les résidents, les équipements collectifs apparaissent insuffisants, inadéquats et mal entretenus. Et, pour compléter le tableau, les **médias contribuent à stigmatiser le quartier** aux yeux du reste de la population montréalaise et d'ailleurs.

Un vaste processus est rapidement enclenché afin de permettre au milieu institutionnel, au milieu communautaire et à la population de faire face, de concert, à une situation particulièrement complexe et difficile.

Jpr 19-03-09

Mise en situation

LA RECONSTRUCTION DU COMPLEXE TURCOT

Dans l'arrondissement Sud-Ouest, le **gouvernement du Québec a annoncé, en juin 2007, la reconstruction du complexe Turcot** : un projet de 1,5 milliard de dollars étalé sur environ neuf ans au cours duquel on doit reconstruire l'échangeur Turcot, une structure ouverte à la circulation en 1967 où passent quotidiennement 280 000 véhicules; le projet comprend aussi la réfection de trois autres échangeurs (La Vérendrye, Angrignon et Montréal-Ouest ainsi que les tronçons d'autoroute (20, 10, 720) qui y sont adjacents.

Les deux secteurs où la population est le plus directement affectée sont Côte-Saint-Paul (le long du tronçon de l'A-10 menant à l'échangeur La Vérendrye) et le secteur du Village des tanneries dans Saint-Henri où la reconstruction d'un segment de l'A-720 sur remblais exigera la démolition de quelque 200 unités d'habitation.

Ces deux communautés du Sud-Ouest ont subi une déstructuration dans les années 1960, entre autres par la construction de ces sections d'autoroute au travers de la trame urbaine. **Elles subissent** depuis lors une pollution sonore et atmosphérique qui n'a cessé de croître depuis quatre décennies.

Elles ont entrepris depuis quelques années un processus de renaissance, par le biais du Comité de citoyens du village des Tanneries dans Saint-Henri et par **un projet RUI** (Revitalisation urbaine intégrée) dans le secteur Galt.

Jpr 19-03-09

Mise en situation

MIXITÉ SOCIALE

Au centre-ville de Montréal, un organisme communautaire desservant des personnes qui s'injectent ou inhalent des drogues aux prises avec un certain nombre de difficultés ayant pour effet d'accentuer leur marginalisation (itinérance, problèmes de santé mentale, précarité socioéconomique sévère, etc.), **souhaite déménager** et construire son propre édifice. Ce déménagement permettrait d'agrandir ses espaces pour mieux accueillir sa clientèle et conférerait à l'organisme une situation géographique idéale pour les joindre.

Le coût élevé du projet est assuré par un programme fédéral qui a accepté la proposition de l'organisme. Nous sommes le 15 juin et, pour que les fonds soient dégagés, il faut présenter au fédéral la garantie que la **construction du nouvel édifice** sera terminée pour le 31 mars de l'année suivante. Il reste donc 9 mois.

Pour ce faire, l'organisme souhaite acquérir un terrain convoité par une institution d'enseignement supérieur bien implanté dans ce secteur de la ville en grande transformation : grands projets immobiliers institutionnels et privés, processus accéléré d'embourgeoisement dans cette partie du territoire, vocation commerciale en mutation, projets municipaux et culturels d'envergure.

Une forte opposition s'installe : pressions citoyennes organisées auprès des élus de l'arrondissement déjà défavorables au projet qui, selon eux, contribuera à attirer davantage les personnes marginalisées; politiques répressives de sécurité publique à l'endroit de ces dernières; pressions institutionnelles diverses pour contrer le projet.

Des assemblées publiques sont organisées pour expliquer le projet et faire mieux connaître la population desservie. Des représentations sont faites dans le cadre des assemblées municipales de la **ville centrale**. Les réactions sont très polarisées, la tension monte.

L'organisme s'adresse au CSSS de son territoire pour y demander aide, conseil et accompagnement.

Jpr 19-0

ATELIER 6

LA PÉRENNITÉ DU CHANGEMENT COMME LEVIER À L'EXERCICE DU LEADERSHIP

ATELIER NO 6 – LA PÉRENNITÉ DU CHANGEMENT COMME LEVIER À L'EXERCICE DU LEADERSHIP

Responsable : Jean-Louis Denis

A — Objectifs

Général

Identifier les enjeux en matière de pérennité et les stratégies propices au maintien du changement dans le contexte de la mise en oeuvre du plan local de santé publique.

Spécifiques

- Connaître la définition de la pérennité du changement dans les organisations de santé.
- Décrire les stratégies organisationnelles pour orchestrer et mettre en oeuvre un changement pérenne dans les organisations de santé.
- Connaître les facteurs organisationnels qui favorisent le maintien du changement dans les organisations de santé.

B — Activités préparatoires

Pour atteindre les objectifs du module, des lectures dirigées, un exercice ainsi qu'un atelier interactif sont proposés.

Objectifs 1 et 2 : Connaître la définition de la pérennité du changement dans les organisations de santé et décrire les stratégies organisationnelles pour orchestrer et mettre en oeuvre un changement pérenne.

- Parcourez le texte de Buchanan et coll. : Portez une attention particulière à la définition de la pérennité.

- Lisez l'article de Denis et coll. qui décrit quatre situations de changement dans des CSSS. Les auteurs tentent de cerner l'équilibre entre les changements à prédominance structurelle (organizing activities) et ceux qui tiennent davantage compte du nouveau paradigme (sensemaking activities) dans le processus de création des CSSS (2004-2007).
- Lisez l'article de Senge et Kaeufer qui propose une liste de dix questions concernant la gestion du changement et la pérennité.

Objectif 3 : Connaître les facteurs organisationnels qui favorisent le maintien du changement dans les organisations de santé.

- Parcourez le texte de Buchanan et coll. : particulièrement le tableau 1, qui présente une revue intéressante des facteurs (classés en 11 catégories) qui influencent le maintien du changement et la section discussion.

C – Contenu de la présentation

La présentation de M. Jean-Louis Denis portera sur :

- La définition de la pérennité du changement
- Les stratégies organisationnelles pour orchestrer et mettre en oeuvre un changement pérenne dans les organisations de santé
- Les facteurs organisationnels qui favorisent le maintien du changement dans les organisations de santé.

D – Déroulement du travail en sous-groupes et de la plénière

Le travail en sous-groupe visera à partager les informations sur les différentes dimensions de la pérennité du changement et à analyser des facteurs qui facilitent ou entravent le maintien du changement souhaité par le plan d'action local de santé publique. L'exercice se déroulera en deux temps.

Exercice 1 :

Répondre à trois questions sur les dimensions de la pérennité du changement. Cet exercice sera aussi une réflexion préalable au prochain atelier sur la performance.

- En tant que gestionnaire, quels sont les changements souhaités et les résultats prioritaires que vous désirez atteindre avec l'implantation du plan d'action local de santé publique?
- Quelles sont les routines ou les pratiques organisationnelles dans votre CSSS qui doivent être mises en place de façon durable pour favoriser à long terme une plus grande capacité d'action sur le plan d'action local de santé publique ?
- Quelles sont les stratégies organisationnelles pour assurer un ajustement continu de l'action locale en santé publique ?

Exercice 2 :

Procéder à une analyse des facteurs organisationnels pour soutenir la pérennité du plan d'action local de santé publique.

À partir de la liste des facteurs identifiés par Buchanan, et selon votre perception, cerner des facteurs qui facilitent ou entravent le maintien du changement souhaité par le plan local de santé publique :

- a) au CSSS,
- b) à l'Agence/ DSP.

E — Références

Buchanan D, Fitzgerald L, Ketley D, Gollop R, Jones JL, Saint-Lamont S, Neath A, Whitby E. No going back: a review of the literature on sustaining organizational change. *Int J Management Reviews* 2005;7(3):189-205.

Denis JL, Lamothe L, Langley A. The reciprocal dynamics of organizing and sensemaking in the implementation of major public sector reforms. *Can Public Admin J* (in press).

Senge PM, Kaeufer KH. *Creating change*. Executive challenge 2000; oct : 4-5.

EXERCICES D'ATELIER

ATELIER 6

**LA PÉRENNITÉ DU
CHANGEMENT
COMME LEVIER À
L'EXERCICE DU
LEADERSHIP**

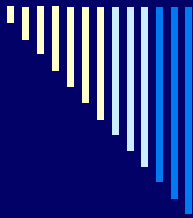
Les changements souhaités par l'action locale de santé publique

Période 2005-2008

Lors des premiers travaux de la Table régionale de santé publique, les membres ont convenu de rendre explicites les changements souhaités par l'action locale de santé publique. En novembre 2005, s'est tenu un atelier interactif avec les 12 responsables locaux de santé publique et les responsables de la DSP. À l'aide d'une grille semi-structurée, les discussions ont permis de dégager un consensus sur les changements souhaités pour les trois prochaines années.

Pour la période 2005-2008, l'action locale de santé publique permettra de :

- ☐ Positionner la prévention au cœur de la mission du CSSS et du projet clinique;
- ☐ Mettre en place un plan local de santé publique mobilisateur :
 - Basé sur une bonne compréhension des contours de programme;
 - Inspiré des meilleures pratiques;
 - Qui repose sur une approche de gestion par résultats;
 - Qui respecte les spécificités locales (p.ex., réduction des inégalités sociales.)
- ☐ Créer des leviers intersectoriels pour mobiliser toute la communauté dans l'action.



Pour la période 2005-08, l'action locale de SP permettra :

(TRSP, 2 novembre 2005)

- Positionner la prévention au cœur de la mission du CSSS et du projet clinique;
- Mettre en place un plan local de santé publique mobilisateur :
 - Basé sur une bonne compréhension des contours de programme;
 - Inspiré des meilleures pratiques;
 - Qui repose sur une approche de gestion par résultats;
 - Qui respecte les spécificités locales (p.ex., réduction des inégalités sociales.)
- Créer des leviers intersectoriels pour mobiliser toute la communauté dans l'action.

Exercice 1 : Dimensions de la pérennité du changement

- 1) À partir de la vision exprimée en 2005, sélectionnez deux dimensions du changement qui vous apparaissent importantes en 2009 et précisez les résultats prioritaires à atteindre.

1	CHANGEMENT SOUHAITÉ	RÉSULTATS À LONG TERME (3 ans)

- 2) À partir de la vision exprimée en 2005, sélectionnez deux dimensions du changement qui vous apparaissent importantes et précisez les résultats prioritaires à atteindre?

2	CHANGEMENT SOUHAITÉ	RÉSULTATS À LONG TERME (3 ans)

- 3) Quelles sont les routines ou les pratiques de gestion dans votre CSSS qui doivent être mises en place pour implanter, de façon durable, les changements souhaités par le plan d'action local de santé publique?

- 4) Comment s'y prendre pour bien suivre le PAL et pour assurer une amélioration continue de l'action locale en santé publique?

Exercice 2 : Analyse des facteurs organisationnels des CSSS ou de l'Agence/DSP

pour soutenir la pérennité du plan d'action local de santé publique

Selon vous, quels sont les facteurs qui facilitent 😊 ou font obstacle 😞 au MAINTIEN des changements que vous souhaitiez avec l'implantation du plan d'action local de santé publique?

		😊		😞	
Facteurs	Définitions	CSSS		Agence/DSP	
Contextuels	Conditions externes/exigences Stabilité Menaces Normes sociales				
Culturels	Croyances partagées Perceptions Normes/valeurs Priorités				
Leadership	Vision/valeurs Buts/objectifs Défis				
Ressources humaines	Nombre Engagement Compétences Attentes/émotions				
Ressources financières	Contributions Équilibre des coûts et des bénéfices				
Organisationnels	Politiques Mécanismes Procédures Structures				
Gestion de l'information	Structure de gestion Processus				
Gestion de la performance	Structure de gestion Processus				
Temporels	Impulsion/Vitesse du changement				
Autres :					

ATELIER 7

APPRÉCIATION DE LA
PERFORMANCE

ATELIER N° 7 - APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE

Responsable : François Champagne et Nathalie Dubois

Mise en contexte

L'élaboration, la mise en œuvre et l'actualisation d'un système d'appréciation de la performance des programmes de protection, de prévention et de promotion de la santé sont un exercice de collaboration entre les secteurs de la DSP et les CSSS du territoire. Actuellement, le BSD travaille à la rédaction d'un cadre de référence. L'identification des besoins, des attentes, des préoccupations et la nature des implications futures quant à la planification et le déploiement d'un système d'appréciation de la performance doivent au préalable être partagés. Cet exercice devrait donner lieu à un cadre de référence qui expose la vision et les valeurs qui devraient guider la planification et le déploiement du système d'appréciation de la performance.

A — Objectifs

Général

Acquérir une compréhension du concept et des modèles relatifs à l'appréciation de la performance et être sensibilisé aux défis et aux enjeux associés à la planification et au déploiement d'un tel exercice.

Spécifiques

- Identifier les principaux modèles d'appréciation de la performance employés dans le domaine de la santé.
- Reconnaître les défis conceptuels, méthodologiques, administratifs et politiques associés à la planification et au déploiement d'un système d'appréciation de la performance.
- S'initier à l'utilisation d'un modèle d'appréciation de la performance.

B — Activités préparatoires

Objectif 1 : Reconnaître les principaux modèles d'appréciation de la performance employés dans le domaine de la santé.

Dans son rapport de juin 2000, l'Organisation mondiale de la santé a défini le terme performance comme étant : « un exercice visant à obtenir les meilleurs résultats possible compte tenu des ressources disponibles ». Cette définition, empruntée au secteur privé, est plutôt large (Nguyen, Gendron et Bordeleau, 2007 : 319) et son utilisation dans le domaine de la santé est souvent semée d'embûches (Sicotte, 2007 : 303).

Plusieurs auteurs ont tenté de conceptualiser la performance organisationnelle, notamment en santé (Cameron et Whetten, 1983; D'Aunno, 1992, Fottler, 1987; Quinn et Rohrbaugh, 1983; Sicotte et coll., 1998, 1999; Tregunno et coll., 2004) (Sicotte, 2007 : 305). Cependant, ce concept est souvent difficile à circonscrire (Champagne et coll. 2004 : 16). De plus, les définitions utilisées dans les travaux sur la performance du système de santé menés sous l'égide de divers organismes¹ internationaux, nationaux et régionaux, publics ou privés sont très diversifiées (GTIS, 2008 :4).

Aux fins du présent atelier, la définition suivante de la performance est proposée :

« Un système de santé performant est un système qui atteint ses finalités en conformité avec les valeurs organisationnelles qui l'animent et qui optimise sa production compte tenu des ressources qu'il obtient (commissaire à la santé et au bien-être, 2008 : 10). Pour être performante, une organisation doit assumer quatre fonctions essentielles : l'adaptation, la production, le maintien des valeurs et l'atteinte des buts. Finalement, cette performance s'inscrit dans l'environnement où des transformations sociodémographiques, technologiques, de l'état de santé et de bien-être et éco-environnementales s'effectuent. Elle est aussi influencée par les valeurs prédominantes de la société » (Commissaire à la santé et au bien-être, 2008 : 10).

Pour guider la réflexion et les discussions, nous proposons, premièrement, de lire un extrait du rapport technique rédigé par Champagne et coll.

¹ L'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE), The Commonwealth Fund (États-Unis), le national Health Performance Committee (Australie), le Department of Health (Royaume-Uni), l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (Ontario), le Conseil ontarien de la qualité des services de santé (COQSS) et le Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) de l'Université de Montréal.

(2004) concernant le cadre d'évaluation de la performance des systèmes de service de santé : le modèle EGIPSS. <http://www.gris.umontreal.ca/rapportpdf/R05-05.pdf>

Les pages 16 à 19 résument les définitions et principaux modèles reconnus dans le domaine de l'appréciation de la performance des systèmes de services de santé. Deuxièmement, nous suggérons de consulter l'article de Contandriopoulos, A-P., L-H Trottier et F. Champagne (2008). <http://www.medsp.umontreal.ca/getos/pdf/Infofr052008.pdf> p. 2 à 7).

L'article présente une approche globale et intégrée de l'évaluation de la performance intitulée ÉGIPPSS (figure 1, p. 3). Ce modèle a été développé par quelques chercheurs du Groupe de recherche interdisciplinaire en santé (GRIS) et possède plusieurs applications dans le domaine de la santé au Québec et à l'étranger. Le modèle EGIPSS permet d'intégrer les principales approches d'évaluation de la performance. Dans cet article, les auteurs mettent en lumière l'opérationnalisation de la démarche en précisant les étapes à suivre lors d'un processus d'évaluation de la performance.

Objectif 2 : Apprécier la complexité associée à la planification et au déploiement d'un système d'appréciation de la performance.

Pour vous préparer à la présentation, nous vous demandons de prendre connaissance des six prémisses suggérées par Claude Sicotte (2007) et qui doivent guider l'étude de la performance dans le domaine de la santé.

C – Atelier interactif

L'atelier interactif débutera par deux exposés. Premièrement, une présentation de François Champagne et André-Pierre Contandriopoulos, professeurs titulaires à la faculté de médecine préventive de l'Université de Montréal, donnera les principaux modèles d'appréciation de la performance dans le domaine de la santé. Deuxièmement, Jean-Frédéric Lévesque, médecin-conseil à l'Institut national de santé publique du Québec proposera un bilan de son expérience relative au déploiement de la démarche d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux au commissaire à la santé et au bien-être du Québec (rapport du commissaire :

<http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/RapportAppreciation/csbe-AnalyseIndicateursMonitoring-t2-042009.pdf>).

Un exercice en sous-groupe complétera l'atelier interactif. Divisés en 4 groupes (sous-groupes de la table régionale de santé publique), les

participants devront relever les éléments qu'ils estiment incontournable de mesurer pour témoigner, de manière réaliste et juste, de la performance du programme de santé publique sur notre territoire. Plus précisément, les orientations du tronc commun seront étudiées en fonction d'un modèle d'appréciation de la performance.

D – Références

Champagne, F. et coll. (2004). Un cadre d'évaluation de la performance des systèmes de service de santé : le modèle EGIPSS : rapport technique, GRIS Université de Montréal, 139 p. <http://www.gris.umontreal.ca/rapportpdf/R05-05>

Contandriopoulos, A-P., L-H Trottier et F. Champagne (2008). L'amélioration de la performance : un enjeu central pour les CSSS, Infolettre, vol.5, n° 2, p. 2 à 7. <http://www.medsp.umontreal.ca/getos/pdf/Infofr052008>

Sicotte, C. (2007). Comment donner du sens à un système de santé complexe? : Reddition de comptes et systèmes d'information, dans Fleury, M-J, M. Tremblay, H. Nguyen et L. Bordeleau, Le système sociosanitaire au Québec : Gouvernance, régulation et participation, Édition Gaëtan Morin, Chenelière Éducation, Montréal, Québec, 513 p.

E – Pour en savoir plus

Les responsables de l'atelier interactif proposent quelques ouvrages aux personnes qui souhaitent explorer davantage le thème de la performance.

Adair, C.E, E. Simpson, A.I. Casebeer, J.M Birdsell, K.A. Hayden et S. Lewis (2006). La mesure du rendement dans les soins de santé : Partie 1- Concepts et tendances issus d'un examen de l'état de la science, Health care policy, vol. 1, n° 4.

Arah, O.A., N. S. Klazinga, D. M. Delnoij, A. Ren et T. Custers (2003). Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement, International journal for Quality in Health Care, Vol.15, no. 5, p.377-398.

Bédard, B. D. Benoît et C. Viens (2005). Guide des pratiques novatrices en organisation des soins et du travail, Association des hôpitaux du Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 92 p.

Brousselle, A., F. Champagne, A-P Contandriopoulos et Zulmira Hartz (2009). L'évaluation : concepts et méthodes, Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal, Québec, 300 p.

Brown, A., G. H. Pink et F. Champagne (2005). L'établissement d'un système de mesure de la performance des services de santé : leçons tirées de la présentation de rapports sur les hôpitaux en Ontario, au Canada, Infolettre, vol.2, n° 1, 3-6.

Commissaire à la santé et au bien-être (2009). Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux : l'appréciation globale et intégrée de la performance/analyse des indicateurs de monitoring, gouvernement du Québec, 216 p. <http://www.csbe.gouv.qc.ca/index.php?id=62>

Donabedian A. (1980). Explorations in quality assessment and monitoring – volume I – The definition of quality and approaches to its assessment, Ann Arbor, Michigan, University of Michigan, 163 p.

Farand, Lambert (2009). L'analyse de la production, dans Brousselle, A., F. Champagne, A-P Contandriopoulos et Zulmira Hartz, L'évaluation : concepts et méthodes, Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal, Québec, 300 p.

Fleury, M-J, M. Tremblay, H. Nguyen et L. Bordeleau, Le système sociosanitaire au Québec : Gouvernance, régulation et participation, Édition Gaëtan Morin, Chenelière Éducation, Montréal, Québec, 513 p.

Gagnon, F. et P. Bergeron (1999). Le champ contemporain de la santé publique dans Bégin, C., P. Bergeron, P.-G. Forest et V. Lemieux, Le système de santé québécois : un modèle en transformation, Les Presses de l'Université de Montréal, Montréal, Québec, p. 229-258.

Hafsi, Taïeb et Christiane Demers (1997). Comprendre et mesurer la capacité de changement des organisations, les éditions transcontinental,

Kaplan R.S et D. P. Norton 1992). The balanced Score Card-Measures that Drive Performance. Harvard Business Review. January - February, p. 71-79.

Kosseim, M. et D. A. Roy (2005). Renouveler la gouvernance régionale, Infolettre, vol 2, n° 2, p. 2-5.

Kueng P. (2000). Process performance measurement system: a tool to support process-based organizations, vol. 11, no. 1, p. 67-85.

McCann, D. (2008). La gestion de la performance, un outil de changement organisationnel ou le changement organisationnel un outil pour la gestion de la performance, Infolettre, vol.5, n° 2, 8-9.

McDavid, J. C et L. R. Hawthorn (2006). Program Evaluation and Performance Measurement : an introduction to practice, Sage Publications, London, 482 p.

Nguyen, H., Y. Gendron, et L. Bordeleau (2007). La reddition de comptes dans le système de santé : le modèle du Québec, dans Fleury, M-J, M. Tremblay, H. Nguyen et L. Bordeleau, Le système sociosanitaire au Québec : Gouvernance, régulation et participation, Édition Gaëtan Morin, Chenelière Éducation, Montréal, Québec, 513 p.

Scutchfield, F.D., W. M. Bhandari, N. A. Lawhorn, C.D. Lamberth et R.C. Ingram (2009). Public Health Performance, American Journal of Preventive Medicine, vol.36, n° 3, 266-272.

Solberg, L. I., G. Mosser et S. McDonald (1997). The Three Faces of Performance Measurement: Improvement, Accountability and Research, Journal on Quality Improvement, vol. 23, no. 3, p. 135-147.

Trottier, L-H.; Denis, J-L; Villeneuve, M. (2007) Ancrage et pérennité du changement dans les organisations de santé. Infolettre : Évolution des pratiques de gestion et d'évaluation dans le domaine de la santé. Vol. 4, no 3. p.2-5.

EXERCICES D'ATELIER

ATELIER 7

APPRÉCIATION DE LA PERFORMANCE

Atelier de travail en sous-groupe

Directives

Divisés en quatre groupes, les participants sont invités à classer les indicateurs priorisés dans l'exercice du tronc commun révisé DSP-CSSS 2008-2012 dans chacune des dimensions de la performance proposées par le modèle EGIPSS. Afin de guider les participants dans la réalisation de cet exercice, un tableau résumant les indicateurs ciblés pour l'orientation « *Des enfants qui naissent et se développent en santé* » est joint au présent document (tableau 1). Une figure du modèle EGIPSS représentant les dimensions et les sous-dimensions de la performance et une feuille de travail leur sont également proposées (figures 1 et 2).

À la suite de ce premier exercice, les participants doivent relever les éléments qu'ils estiment incontournable de mesurer pour témoigner, de manière réaliste et juste, de la performance du programme de santé publique sur notre territoire. Comme pour l'exercice précédent, les participants doivent limiter leur réflexion à une seule orientation régionale soit « *Des enfants qui naissent et se développent en santé* ».

Merci et bon atelier!

Tableau 1 :

Liste des indicateurs priorités pour l'orientation « Des enfants qui naissent et se développent en santé »

• Nombre de femmes enceintes ayant reçu des informations prénatales
• Proportion des avis de grossesse transmis au CSSS (après implantation de la politique de périnatalité)
• Délai du 1er contact auprès de la femme enceinte (après implantation de l'avis de grossesse)
• Pourcentage des mères montréalaises ayant accouché à Montréal qui ont eu une visite postnatale en <72 h suivant un congé précoce
• (proportion de nouveau-nés et d'enfants vaccinés – voir cadre « Une population vaccinée et protégée des infections et menaces chimiques et physiques »)
• Nombre d'installations accréditées « Ami des bébés »
• Participation des femmes aux activités grand public (défi, salon maternité...)
• Nombre de familles en contexte de vulnérabilité jointes dans le cadre des SIPPE
• Plans d'action et bilans annuels en développement d'environnements favorables SIPPE (par CLSC)
• Proportion de protocoles mis en application
• Plans d'action ayant des orientations concrètes et des cibles de résultats pour améliorer le développement des tout-petits

Figure 1 : Le modèle EGIPSS : les dimensions et les sous-dimensions de la performance

Modèle de Parsons adapté par Sicotte et coll.

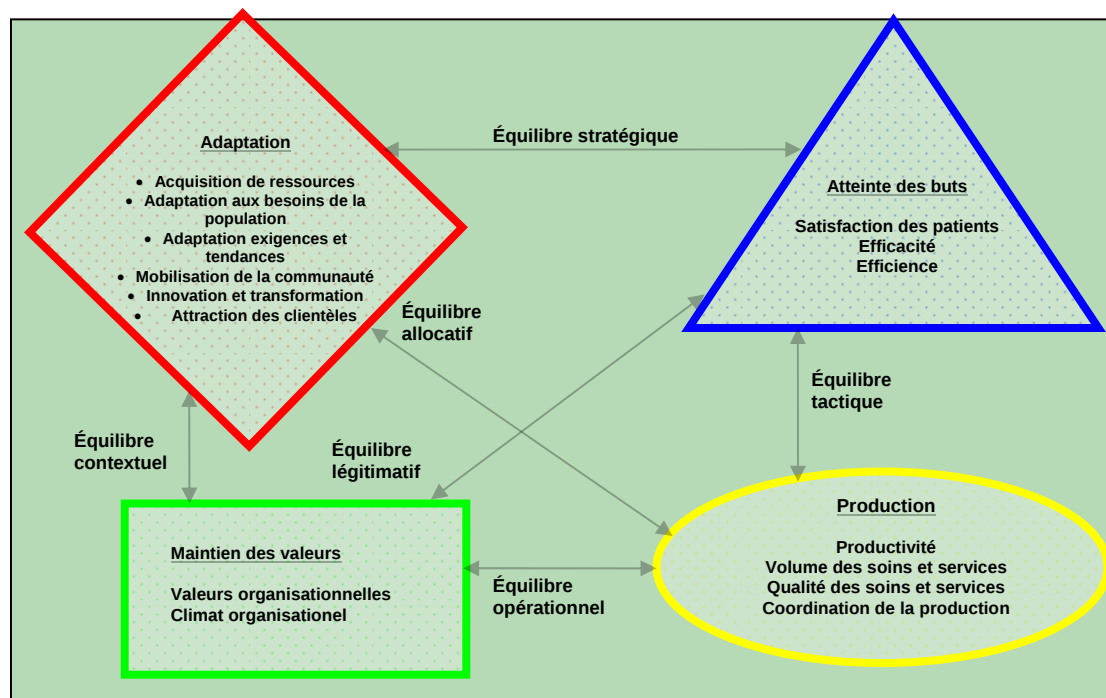
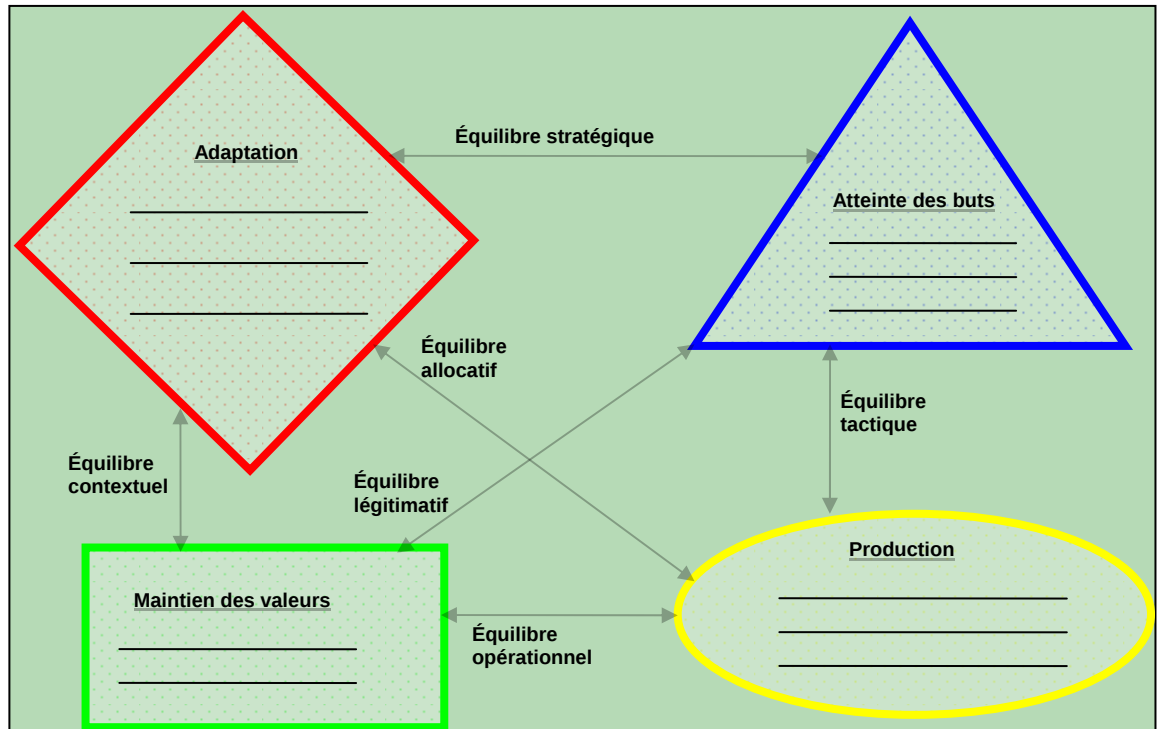


Figure 2 : Feuille de travail



Outils de travail

Les participants représentant les CSSS sont invités à remplir le présent questionnaire. Les informations recueillies seront utilisées dans l'exposé de M. François Champagne. Plus précisément, nous vous demandons d'indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord ou pas d'accord avec les énoncés suivants.

De façon générale, je considère qu'un CSSS doit ...	<i>Très fortement en désaccord</i>					<i>Très fortement en accord</i>				
... avoir un personnel hautement qualifié	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... parvenir à recruter beaucoup de bénévoles	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... être jugé digne de confiance par les autres dispensateurs de soins	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... adapter ses activités en réponse aux besoins de la population	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... recevoir peu de plaintes de patients au sujet des soins reçus	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... produire un excellent rendement (rapport qualité/prix)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... avoir un faible coût par admission (ajusté pour la sévérité des cas)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... traiter un grand nombre de patients	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... fournir d'excellents soins en matière technique	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... continuellement coordonner les soins avec d'autres institutions	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... produire systématiquement les meilleurs résultats possible en matière de santé	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... avoir établi des canaux formels de résolution de conflits qu'utilisent les membres du personnel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
De façon générale, je considère qu'un CSSS doit ...	<i>Très Fortement en désaccord</i>					<i>Très fortement en accord</i>				

... établir des relations d'affaires productives avec différents partenaires	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... offrir des services qui sont hautement estimés par la population	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... fonctionner dans les limites de son budget	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... utiliser des informations sur l'état de santé et les caractéristiques sociales de la population pour redéployer ses activités	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... faire en sorte que le personnel sente qu'il a la latitude nécessaire pour exercer ses fonctions	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... évaluer l'impact de ses soins et services	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... essayer constamment d'améliorer la qualité des soins	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... avoir un personnel qui se montre empathique envers les patients	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... assurer une grande coordination au sein des professionnels	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... enregistrer un niveau très élevé de satisfaction des patients pour les soins reçus	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... offrir l'occasion à son personnel d'améliorer ses habiletés de direction	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... parvenir à obtenir une augmentation substantielle de son budget total	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... avoir un conseil d'administration dont les membres sont conscients de leurs responsabilités vis-à-vis des payeurs	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

De façon générale, je considère qu'un CSSS doit ...	Très fortement en désaccord					Très fortement en accord				
... produire systématiquement les meilleurs résultats de santé possible tout en maîtrisant les coûts	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... desservir une grande partie de la population	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... reconnaître et récompenser l'apprentissage et l'innovation	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... revoir et remettre régulièrement à jour sa mission et ses objectifs	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... entretenir des contacts avec d'autres institutions pour assurer un excellent suivi des soins	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... avoir un délai d'attente court pour une chirurgie non élective	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... parvenir à ce que les buts de l'organisation soient partagés par l'ensemble de ses membres	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... s'assurer qu'un climat de confiance règne parmi le personnel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... établir des programmes auxquels d'autres hôpitaux envoient leurs patients	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... changer de manière significative ses pratiques cliniques en réponse à de nouvelles connaissances et technologies	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... réduire ses coûts tout en maintenant ses services	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
... attribuer de nouvelles ressources aux services dont le nombre de patients augmente	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ATELIER 8

APPRÉCIATION DES ÉCARTS

ATELIER N° 8 – APPRÉCIATION DES ÉCARTS

Responsables : Raynald Pineault et Lise Gauvin

A — Objectifs

Général

L'objectif général de l'atelier est d'utiliser l'appréciation des écarts entre les actions réalisées et le plan d'action local (PAL) prévu, à des fins de planification stratégique.

Spécifiques

- Apprécier qualitativement le degré de réalisation du PAL.
- Identifier les obstacles et les facteurs facilitant la réalisation des programmes/actions du PAL.
- Dégager une ou des stratégies d'action pour aller plus loin dans la réalisation du PAL dans la prochaine année.

B — Activités préparatoires et prévues à l'agenda de l'atelier interactif

Vous avez reçu une grille d'analyse qui était proposée pour l'appréciation des écarts dans les différentes orientations du PAL (question 1 de la grille). L'atelier se veut un espace d'échanges sur l'utilisation de cet outil et l'interprétation qu'on peut faire des résultats.

C – Déroutement de l’atelier

Les professeurs Raynald Pineault et Lise Gauvin animeront cet atelier essentiellement voué au travail en équipe.

Les participants travaillent sur cinq programmes/actions appartenant à cinq orientations différentes du PAL. Les trois objectifs d’atelier sont appliqués aux cinq programmes/actions :

- En utilisant comme guide les critères proposés dans la grille d’évaluation des écarts que vous avez déjà reçue, appréciez le degré de réalisation du PAL. Cette appréciation peut s’exprimer sur une échelle de 0 à 5 où 0 ne représente aucune réalisation, 3 représente 50 % de réalisation et 5 représente 100 % de réalisation des objectifs.
- Identifiez les obstacles et les facteurs facilitant l’implantation du PAL à travers l’analyse de cinq programmes/actions du PAL.
- Dégagez une stratégie d’action pour aller plus loin dans chacun des programmes/actions du PAL dans la prochaine année (2009 – 2010).

En plénière, les rapporteurs de chaque table présentent les résultats sur les cinq programmes/actions. Les données sont compilées pour l’ensemble des tables et discutées.

E — Références

Pineault R, Daveluy C. La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies. Agence d’ARC inc., 1995, p. 293-307.

Instrument RE-AIM : www.re-aim.org

EXERCICES D'ATELIER

ATELIER 8

APPRÉCIATION DES ÉCARTS

L'exercice consiste à :

1. Mesurer, pour votre groupe de discussion, l'écart entre le tronc commun et vos réalisations, pour les cinq programmes/actions.

La grille suggérée est la suivante :

0 – très grand écart, aucune réalisation (0 %)

5 – écart nul, réalisation complète (100 %)

2. Pour chaque programme/action, identifiez les facteurs expliquant l'écart établi précédemment (facteurs facilitants et obstacles, avec attention particulière aux facteurs organisationnels sur lesquels vous pouvez agir) et déterminez le degré de priorité que vous accordez à ce programme action.
3. Proposez des actions pour réduire ces écarts (au moins une action par programme/action, que le directeur local peut mettre en place) et à laquelle il peut contribuer activement.
4. Chaque groupe de discussion présentera ses résultats en plénière.

Indicateurs proposés pour tous les programmes/actions traceurs pour l'exercice de l'atelier 8

Tout-petits, famille et communauté - pour le SIPPE

- nombre de femmes suivies (moins de vingt ans, sous-scolarisées, sous le seuil de faible revenu)
- durée du suivi de l'enfant (jusqu'à deux ans au moins)
- intensité des visites à domicile

Environnement urbain et santé — pour CSSS verts et en santé :

- énoncé d'une orientation en développement durable intégrée au projet clinique ou adoptée par le conseil d'administration
- production d'un plan d'action CSSS vert et en santé

Écoles et milieux en santé — pour le déploiement de l'approche Écoles et milieux en santé :

- agents pivots
- plans d'action
- révision de l'offre de services en P/P auprès des jeunes et des familles

Services préventifs en milieux cliniques - pour le SPC :

- mise en place d'un comité de suivi local actif (mobilisation)
- nombre de milieux cliniques engagés pour lesquels il y a un suivi régulier

Vigie et protection - pour les programmes d'immunisation :

- un plan local intégré en immunisation
- retard vaccinal 2-12 mois

Atelier # 8

Grille d'analyse

Programme-action	Écart (0 à 5)	Priorité (oui-non)	Facteurs explicatifs	Action proposée
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

BON DE COMMANDE

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION (version imprimée)	PRIX UNITAIRE (tous frais inclus)	TOTAL
	Ateliers interactifs en santé publique 2008-2009	5 \$	

NUMÉRO D'ISBN (version imprimée)

978-2-89494-850-7

Nom

Adresse

No	Rue	App.
Ville		Code postal

Téléphone

Télécopieur

Les commandes sont payables à l'avance par chèque ou mandat-poste à l'ordre de la **Direction de santé publique de Montréal**

Veillez retourner votre bon de commande à :

Centre de documentation
Direction de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3

Pour information : 514 528-2400 poste 3646

GARDER
notre monde
EN SANTÉ

**Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal**

Québec 