

Le modèle écossais

De la différence que font les services sociaux
dans la vie des personnes et des communautés

Sébastien Carrier, Paul Morin, Suzanne Garon, Annie Lambert,
Léa Gerber et Marie-Pierre Beaudoin (*direction*)



Centre de santé et de services sociaux –
Institut universitaire de gériatrie
de Sherbrooke



Centre affilié  UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

 **joint improvement team**
creativity, collaboration and continuous improvement

Droits d'auteurs: Joint Improvement Team
Co-Production of Health and Wellbeing in Scotland
Elke Loeffler, Gerry Power, Tony Bovaird and Frankie Hine-Hugues (eds.)
Published by Governance International
© 2013 Governance International
ISBN 978-0-9572533-2-2 (pbk.)
www.govint.org/fileadmin/user_upload/publications/Co-Production_of_Health_and_Well-being_in_Scotland/Co-Production_of_Health_and_Wellbeing_in_Scotland.pdf

Traduction: Léa Gerber, Marie-Pierre Beaudoin, Paul Morin

csss-iugs.ca/recherchecau

ISBN : 978-2-924330-02-9 (imprimée)
978-2-924330-03-6 (PDF)

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

Le modèle écossais

De la différence que font les services sociaux
dans la vie des personnes et des communautés

CONTENU

Que pouvons-nous apprendre de l'Écosse?.....3

Sébastien Carrier, Paul Morin, Suzanne Garon, Annie Lambert, Léa Gerber
et Marie-Pierre Beaudoin, *Université de Sherbrooke*

Le rôle de la coproduction pour un meilleur état de santé et de bien-être : pourquoi nous avons besoin de ce changement21

Tony Bovaird, *University of Birmingham*, Elke Loeffler, *Governance International*

Des forces et des atouts pour la santé28

Sir Harry Burns, *Officier médical en chef de l'Écosse*

La coproduction en Écosse : une mise à jour des politiques.....34

Gerry Power, *Joint Improvement Team, Scottish Government*

Talking Points : une approche centrée sur les résultats personnels dans les soins de santé et les services sociaux..... 42

Chris Bruce, *Joint Improvement Team, Scottish Government*

La coproduction : vecteur de changement en soins de santé et services sociaux.....48

Ian Welsh, *Health and Social Care Alliance Scotland*,
Shelley Gray, *Health and Social Care Alliance Scotland*

Coproduire avec les communautés en Écosse : potentialités et défis.....54

Fiona Garven, *Scottish Community Development Centre*

ANNEXE 1

Les résultats et indicateurs proposés dans le cadre de l'intégration des services de santé et des services sociaux61

Que pouvons-nous apprendre de l'Écosse?

Sébastien Carrier, Paul Morin, Suzanne Garon, Annie Lambert, Léa Gerber
et Marie-Pierre Beaudoin, *Université de Sherbrooke*

Nous avons choisi de publier ce livre parce que le dialogue que nous avons amorcé depuis quelques années avec nos collègues écossais nous semble riche d'enseignements et porteur d'intérêts mutuels. Même s'il ne s'agit pas de l'objet principal de notre réflexion, l'Écosse, comme le Québec, constitue une société distincte qui a su préserver son identité spécifique. Comme le résumait récemment le quotidien français *Le Monde* : « Culturellement, ils sont un peuple à part : ils n'ont pas la même histoire que les Anglais, les billets de banque sont différents, le climat politique est beaucoup plus à gauche et l'Église d'Écosse est séparée de celle d'Angleterre » (Albert, 2013).

Cette sensibilité aux idées progressistes a suscité l'intérêt des chercheurs dans le domaine des politiques sociales, en particulier quant aux liens entre identité nationale et solidarité nationale (Béland et Lecours, 2010; Mooney et Scott, 2012). Les changements sociopolitiques survenus en Écosse depuis une quinzaine d'années sont évidemment des manifestations explicites de ces enjeux. Lors d'un référendum, le 11 septembre 1997, le peuple écossais dans une proportion de 75 % a voté pour le rapatriement de ses affaires politiques vers Édimbourg. La révolution tranquille de l'Écosse (Schlesinger, 1998) débutait et comme l'avait prévu le journaliste du *Monde diplomatique*, elle ne s'est pas arrêtée là, puisqu'avec l'élection en 2011 d'un parlement majoritairement dominé par les députés du Parti national écossais (SNP), la question de l'indépendance est revenue en force dans l'actualité. C'est dans ce contexte que Mooney et Scott ont dirigé la publication d'un livre en 2012 : *Social justice and social policy in Scotland*. Au centre des débats de plusieurs auteurs qui ont contribué au livre (Law, Dumbleton et McPhail), nous retrouvons une tension entre deux formes de justice : territoriale et sociale. Cette tension se manifeste dans un contexte où l'intérêt pour la nation semble plus prédominant que celui de la lutte des classes. Dans une société où les inégalités sociales ont eu tendance à s'accroître depuis une vingtaine d'années, cette nouvelle donne soulève de vifs débats (Davidson, McCaffery et Miller, 2010).

La spécificité du Québec comme société avec plusieurs politiques sociales uniques en Amérique du Nord en acquiert d'autant plus d'intérêt pour les débats ayant trait aux liens entre la question nationale et la question sociale. Selon Mooney et Scott (2012) : « Au Canada, la mobilisation nationaliste au Québec a contribué à des différences significatives dans l'accès à des prestations sociales dans les différentes provinces, avec une expansion de l'État-providence québécois suite à la prédominance des idées progressistes » (p. 264). Si les intellectuels écossais trouvent un

intérêt dans le modèle québécois, c'est à notre tour de trouver un intérêt dans les travaux écossais visant à modifier les pratiques dans le champ des services sociaux afin que celles-ci soient réfléchies et jugées comme un processus coconstruit entre les intervenants, la personne et son réseau afin d'arriver à produire des résultats positifs dans la vie de la personne et de ses proches.

Ce texte a donc deux objectifs principaux : a) présenter les principaux aspects entourant ce changement de paradigme; b) introduire les sept textes émanant de divers acteurs que nous avons traduits et qui illustrent les efforts du changement réalisé de même que les contraintes.

Le paradoxe

Malgré l'importance des ressources humaines et financières investies dans le champ des services sociaux de première ligne et la prédominance d'une culture de l'évaluation (MSSS, 2012; Goyette, Jetté et Corneau, 2009), les connaissances demeurent très limitées au Québec en ce qui a trait aux changements produits par ces services dans la vie des usagers (Carrier, Morin et Garon, 2012). Les notions de « services sociaux » et de « première ligne » couvrent ici autant les services en centre de santé et de services sociaux (CSSS) que ceux offerts par les organismes communautaires. La résolution des difficultés vécues constitue pourtant la raison d'être de ce système, soit répondre aux attentes des personnes tout en s'assurant que celles-ci demeurent des agents actifs dans la production des changements (Godbout, 1992). Comment peut-on savoir si les interventions auprès des personnes répondent à leurs attentes si l'évaluation de cette dimension, fondatrice des programmes et services de première ligne, demeure largement absente des logiques organisationnelles et des indicateurs de mesure (Salais, 2010; Zimmerman, 2004)? La qualité des services aux citoyens, en vertu de la Loi sur l'administration publique (L.R.Q., c. A-6.01), adoptée en mai 2000, est devenue d'une importance primordiale dans les préoccupations gouvernementales comme en fait foi le *Glossaire des termes usuels en mesure de performance et en évaluation*, publié par le Secrétariat du Conseil du Trésor en 2013.

Dans son préambule, le Secrétariat définit le terme « intervention » comme étant « toute action conduite dans l'intention d'avoir un effet sur la société, quelle soit qualifiée de programme, d'initiative, de projet, de politique, de règlement, etc. ». La Loi sur l'administration publique a ainsi instauré un cadre de gestion centré sur les résultats, priorisant la mesure de la performance des ministères et organismes publics. Dans le domaine de la santé et des services sociaux, la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS), à l'article 431, paragraphe 13, stipule que le ministre apprécie et évalue les résultats en matière de santé et de services sociaux. À la suite des recommandations du vérificateur général du Québec (2011), dans son suivi de la performance des établissements du réseau de la santé

et des services sociaux (2010-2011), et du Commissaire à la santé et au bien-être, en 2009, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), sous la responsabilité de la Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité, a donc entrepris des travaux ambitieux visant à évaluer, à des fins de gestion, la performance du réseau de services sur la base de son plan stratégique 2010-2015.

Une base informationnelle limitée

Au cours des dernières décennies, dans la sphère des services de première ligne, l'administration publique québécoise a ainsi accordé une importance croissante aux mécanismes de reddition de comptes dans le but de maximiser la production des services à partir de ressources financières disponibles limitées. Cette forme de gouvernement par les nombres (Desrosières, 2008) privilégie donc une logique gestionnaire orientée vers des normes d'efficacité et de productivité (Bourque, 2009; Chénard et Grenier 2012). Ces cibles sont constituées d'indicateurs quantitatifs documentant essentiellement le volume de services prodigués (nombre d'interventions) et l'intensité de ces services (nombres d'interventions/usager/période) (Bourque, 2009). Dans cette optique, la cible de réussite est atteinte lorsque le volume et l'intensité spécifiques à un programme ont été rejoints par les ressources humaines.

Cette base informationnelle est certes utile à la saine gestion des ressources publiques, mais elle ne nous renseigne aucunement quant aux effets qu'elles produisent dans la vie des personnes usagères. Cette logique présuppose que, déployés de façon maximale, les programmes-clientèles produiront les effets pour lesquels ils ont été conçus. Or, ce présupposé pose certains problèmes. Le premier est celui de la pertinence globale de ces programmes, car il en résulte une perte d'information quant à leurs effets réels dans la vie des personnes (*outcome*)¹ (Sanderson, Lewis, 2012). Par exemple, plusieurs CSSS offrent des services d'assistance-surveillance qui consistent ordinairement à payer une personne par le programme chèque emploi-services, offert par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), pour surveiller la personne âgée en perte d'autonomie pour environ trois heures par semaine. Ce service a pour objectif d'offrir du répit au proche aidant afin de prévenir son épuisement. Pourtant, il n'y a aucun indicateur qui permet d'évaluer si ce service améliore la qualité de vie de la personne et de ses proches, alors que plusieurs proches aidants reconnaissent que cette aide consiste moins en un moment de répit qu'en un temps pour accomplir des tâches à l'extérieur de la maison (Carrier, 2011).

Le deuxième problème que pose ce présupposé est celui de la capacité des programmes-clientèles à répondre aux attentes des personnes dans la résolution de leurs difficultés. En effet, ce type de programmes vise moins à répondre à des

attentes qu'à des besoins. L'usage de grilles ou d'outils d'évaluation standardisés est de plus en plus fréquent dans ces programmes pour évaluer les besoins afin de déterminer les services qui seront nécessaires pour y répondre. Or, les programmes actuels font en sorte que c'est le producteur de services qui détermine à la fois les besoins de la personne et la réponse à ces besoins en établissant une offre de service préétablie. Dans cette perspective, ce sont moins les services qui sont adaptés aux besoins de la personne, que les besoins de la personne qui sont adaptés aux services existants. C'est le cas dans le secteur de la perte d'autonomie où le Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) est largement diffusé et utilisé selon une directive ministérielle. Cet outil vise à évaluer les besoins de la personne pour compenser les situations de handicap selon différentes dimensions. Jouant un grand rôle dans la détermination des critères d'accès et d'attribution des services, le SMAF contribue à centrer la tâche des intervenants sur l'organisation des services offerts par l'établissement et à maximiser les pertes liées à l'autonomie fonctionnelle pour justifier le recours aux services trop peu nombreux. Dans ce contexte, les programmes-clientèles contribuent à mettre en valeur une approche centrée sur l'offre de service existante (*service led*) sans tenir compte des aspirations de la personne dans la détermination de ses besoins et des moyens pour y répondre, ainsi que de la mesure des effets que produisent les services dans sa vie (Carrier, Morin et Garon, 2012).

La perspective de l'utilisateur au Québec

Les quelques recherches au Québec qui se sont intéressées au point de vue des usagers et des intervenants ont pourtant mis en évidence le grand intérêt qu'ils portent aux effets des interventions et à leur mesure (INSPQ, 2007; Rodriguez del Barrio *et al.* 1996). Nous nous appuyons sur le constat de cette contradiction pour mettre en valeur les approches et les pratiques permettant de la résoudre. À ce titre, nous avons choisi de mettre en valeur les approches et les pratiques d'intervention qui sont réfléchies et opérationnalisées comme un processus coconstruit entre les intervenants, la personne usagère et son réseau (Couturier et Carrier, 2004). Nous contribuerons ainsi à l'avancement des connaissances tout en favorisant une amélioration de la qualité des services (Miller, 2011). Au Québec, Fillion et Joubert, dès 1982, affirmaient l'importance pour les intervenants de reconnaître qu'ils ne sont pas les seuls dépositaires de la compétence, et Godbout (1992), dans cet ordre d'idées, avançait que la coproduction est fondamentalement indispensable au rôle même de citoyen. Celui-ci a le devoir de participer, d'être coproducteur du système; il coproduit alors le résultat : santé, loisir, transport ou autre. Les plans de services individualisés (PSI) prévus par la LSSSS s'inscrivent dans ce même courant d'idées, où la personne est reconnue comme experte de sa situation et doit être associée étroitement au plan d'intervention. L'utilisation des PSI demeure toutefois relativement restreinte au sein du réseau des services sociaux (Lemay, 2009).

De plus, lorsqu'ils sont utilisés, souvent les professionnels le remplissent par obligation sans même en informer ou impliquer directement l'utilisateur (Carrier, 2011; Somme, 2008). Guay *et al.* (2000), dans le cadre de l'approche milieu, s'inscrivent aussi dans la logique de la coproduction. Le réseau informel d'une communauté s'allie avec les intervenants afin d'agir plus précocement avant que les situations ne s'aggravent, ceci, grâce à l'accessibilité, la disponibilité et aux liens de proximité significatifs. Dans le domaine de la santé, la popularité de la notion de patient partenaire témoigne de la forte pertinence d'associer étroitement la personne à son traitement. La 30^e édition du Colloque Jean-Yves Rivard (2013) avait ainsi pour thématique « La participation des usagers et des patients dans le système de santé : de la relation de pouvoir à la collaboration »; le feuillet informationnel du colloque soutenait même que devait cesser la distinction « entre celui qui est censé de ne pas savoir et ceux qui sont censés savoir ».

Le modèle écossais

Les mêmes préoccupations de qualité et de performance sont présentes au Royaume-Uni, mais elles sont chapeautées par la personnalisation et la coproduction des services (SCIE, 2012). La personnalisation des services publics au Royaume-Uni, une notion apparue pour la première fois en 1996, domine l'ordre du jour des discussions sur la réforme des services publics; il s'agit même d'une nouvelle norme dans la prestation de ces services (Needham, 2011). Toutefois, le contexte général de la personnalisation se distingue que l'on soit en Angleterre ou en Écosse (Gray et Birrell, 2013). En Angleterre, la personnalisation tend à s'inscrire dans une optique consumériste-managériale (Miller, 2012) où choix et contrôle sont les deux notions clés, tout comme en Écosse d'ailleurs, mais selon une logique plus proche du marché qu'en Écosse. En fait, selon le programme politique et le contexte socioéconomique, la personnalisation peut rapidement devenir un mécanisme pour réduire la dette, la dépense de l'État et dans plusieurs cas, réduire le choix et le contrôle des individus sur leur propre vie (Ferguson, 2012). Devant les intérêts divergents, la personnalisation peut soit s'inscrire dans un modèle social de participation et de coproduction, ou s'inscrire dans un modèle de consommation, ancré dans une logique néolibérale qui serait, selon Houston, beaucoup plus près de la personnalisation actuellement proposée (Houston, 2010 dans Ferguson, 2012). En Écosse, la personnalisation semble s'inscrire davantage dans une perspective démocratique (Miller, 2012). Le gouvernement a fait sienne la vision de la Commission Christie sur l'avenir de la prestation des services publics (2011), dont le premier objectif était « [...] de s'assurer que nos services publics s'appuient sur les personnes et leurs communautés, leurs besoins, aspirations, capacités et habiletés, et visent leur autonomie et leur résilience ».

Bien que l'Écosse soit toujours soumise aux influences du parlement du Royaume-Uni et des conjonctures économiques globales, il importe de reconnaître que l'Écosse se démarque de façon importante par ses décisions politiques connues pour être plus consensuelles et négociées en comparaison avec l'Angleterre (Open University, 2013). En effet, les politiques sociales écossaises tendent à être influencées par des valeurs libérales et collectivistes ainsi que par un système marqué par des décisions davantage sociales-démocrates. Cette différence idéologique a eu un impact sur la façon dont la personnalisation s'est formalisée et développée sur le territoire écossais et pourquoi, dans le champ de la santé et des services sociaux, le modèle consumériste, basé sur les lois du marché se serait développé de façon moins importante en Écosse qu'en Angleterre (Keating, 2005 dans Open University, 2013).

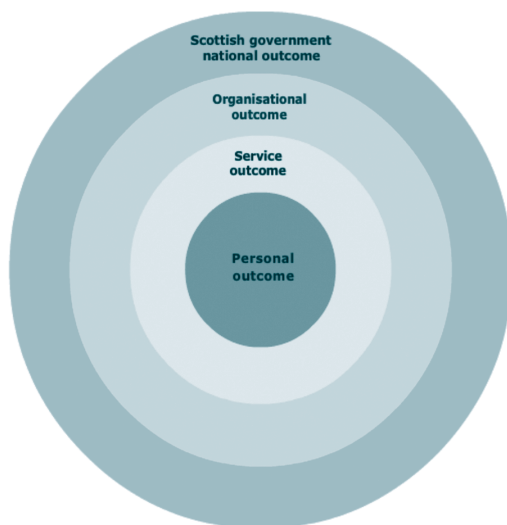
En Écosse, c'est davantage le terme de soutien autodirigé (*self directed support*) plutôt que celui de personnalisation qui est mis de l'avant par le gouvernement écossais afin de promouvoir l'objectif d'offrir plus de choix et d'indépendance aux usagers de services (Gray et Birrell, 2013; Miller, 2012). D'ailleurs, l'idée de personnaliser les services a été renforcée par le rapport *Changing Lives: The 21st Century Social Work Review in Scotland* (Miller, 2012; Scottish Executive, 2006). En 2010, le gouvernement écossais a formalisé la personnalisation en mettant sur pied une stratégie nationale sous l'appellation du soutien autodirigé. Basée sur une planification de 10 ans, cette stratégie nationale s'inscrit dans cette même visée, celle de permettre aux personnes d'avoir plus de choix et de contrôle dans le champ de la santé et des services sociaux (Scottish Government, 2010). Ridley *et al.*, (2011) notent que cette stratégie vise à instaurer un réel changement de culture autour de la prestation de services et du soutien, et ce, à l'aide de nouvelle politique qui est devenue l'approche principale préconisée. La spécificité du soutien autodirigé a trait à l'importance que prennent les besoins et les résultats exprimés et désirés par l'individu. D'ailleurs, la personnalisation en Écosse s'est particulièrement développée à travers la participation des usagers afin de les aider à atteindre leurs buts personnels ainsi que leurs aspirations. Miller (2012) suggère qu'un travail basé sur l'évaluation des résultats personnels s'inscrit bien au cœur du grand paradigme de la personnalisation puisque des approches telles que le soutien autodirigé permettent la mise en œuvre des modalités pour atteindre les résultats personnels. En effet, un travail basé sur les résultats personnels est, selon cette auteure, une solution de remplacement aux orientations dictées par les lois du marché. Néanmoins, pour que les résultats personnels aient le potentiel réel d'améliorer les services, ils dépendent des valeurs promues par les organisations ainsi que du contexte politique.

À l'instar de toutes les approches connexes à la personnalisation, plusieurs auteurs s'entendent pour dire que la dimension des valeurs semble être la pierre angulaire

sur laquelle doivent s'ériger les approches issues de la personnalisation (Joseph Rowntree Foundation, 2011). En fait, celles-ci doivent nécessairement être ancrées au cœur de valeurs sociales (Lymbery, 2012 :790; SCIE, 2010; Valios, 2008) telles que le respect, l'autodétermination, la justice sociale, la dignité humaine, l'intégrité et la compétence humaine (Valios, 2008). Quant au Social Care Institute for Excellence (SCIE, 2010), ce dernier formule les valeurs d'anti-discrimination, d'anti-oppression et d'empowerment, nécessaires pour mettre de l'avant une approche et une planification centrées sur la personne.

Le secteur public, les organisations du tiers secteur et les citoyens doivent alors développer, dans ce contexte, une meilleure compréhension mutuelle de leurs forces, ressources et contributions respectives afin d'atteindre de meilleurs processus et résultats, tant en termes d'efficacité que d'impacts selon l'objectif recherché. Celle-ci prône un changement de mentalité et de culture au sein des services publics en vertu duquel les personnes sont reconnues comme des citoyens à part entière, responsables de leur bien-être, avec leurs forces, leurs préférences (SCIE, 2009, dans Head, 2009; SCIE, 2012). La personne est donc la mieux placée pour cerner ses propres besoins, en étant bien informée et soutenue adéquatement dans le cadre d'une approche holistique, ancrée dans la communauté, permettant la mobilisation des ressources du milieu (SCIE, 2012). La coproduction, comme moyen d'améliorer la prestation des services publics, explicite le rôle que joue la personne usagère dans la consommation et la production des services publics. Ceux-ci ne sont pas uniquement un produit découlant des activités de l'État; ils doivent devenir des catalyseurs par l'implication dynamique de la personne et de son milieu d'appartenance dans le processus d'intervention (Williams et Tyson, 2010; Leadbetter, 2004 dans Ferguson, 2007; Sang 2009; Needham, 2012). Ces deux principes participent donc au renforcement des capacités collectives d'une communauté au sein de laquelle la dimension intersectorielle des programmes et des interventions doit être privilégiée et soutenue (Gray et Birrell, 2013; Loeffler *et al.*, 2013; Stirk, Sanderson, 2012; Hoggarth, Comfort, 2010; Bason, 2010; Simmons *et al.*, 2009).

La centration sur les effets est devenue, en Écosse, **la porte d'entrée de l'intervention** et de l'évaluation. Le schéma de la page suivante propose une manière de penser les niveaux d'effets et de résultats. Il présente comment les résultats personnels devraient être au cœur des pratiques et des politiques de santé et des services sociaux.



Source : Open University, 2013

Niveaux d'effets/ résultats	Descriptions	Exemples
Personnel	<p>Défini par la personne comme étant ce qui est important pour elle. Le résultat personnel est décrit comme «le résultat que l'on veut atteindre grâce au soutien des services que l'on reçoit.» (Highland Council, 2006).</p> <p>Les résultats sont reliés directement aux buts personnels des individus ainsi qu'à la façon dont ils désirent vivre leur vie. Afin de décider quels seront ces buts, des questionnaires sont proposés aux intervenants de sorte qu'ils puissent orienter leur intervention vers les résultats personnels.</p> <p>La planification du soutien et des services autour des résultats personnels s'inscrit dans une visée de développer les forces et habiletés des individus ainsi que leurs systèmes de soutien naturels incluant la famille, les amis et les communautés (Highland Council, 2006).</p>	<p>Je veux être capable d'aller prendre un café avec un ami.</p> <p>Le Highland Council propose une énumération de questionnements à intégrer pour les professionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qui fonctionne et ne fonctionne pas dans votre vie actuellement? • Qu'est-ce qui est important pour vous et que désirez-vous faire? • Quel soutien avez-vous besoin et désirez-vous? • Quelles idées avez-vous afin d'atteindre vos objectifs? • Comment faites-vous pour demeurer en sécurité?

Niveaux d'effets/ résultats	Descriptions	Exemples
De service	Défini par un projet ou un service comme un élément clé à travailler avec les personnes.	Nous travaillons pour permettre aux personnes âgées de maintenir leur mobilité et leurs contacts sociaux.
Organisationnel	Défini par une autorité locale, le National Health Services (NHS), un conseil d'administration ou un fournisseur comme un domaine clé sur lequel œuvrer.	Améliorer l'inclusion sociale des personnes âgées.
National	Défini par le gouvernement pour orienter les activités de tous les secteurs et les organisations.	Nous avons une communauté forte, résiliente et soutenante, où les personnes âgées prennent leurs responsabilités pour leurs propres actions et comment elles affectent les autres.

Source : Cook et Miller, 2012 : 16; Open University, 2013 & Highland Council, 2006

Une base informationnelle élargie

L'effet entendu ici se distingue, 1) des intrants, qui correspondent aux ressources pour mener à bien les activités d'intervention, 2) des activités, qui correspondent aux actions, aux tâches et aux travaux qui permettent de produire les extrants et les effets pour atteindre les objectifs de l'intervention, 3) des extrants, qui correspondent aux produits, aux services ou aux conditions facilitatrices qui résultent des activités d'intervention. Les effets correspondent donc aux changements, aux avantages ou aux apprentissages qui résultent des intrants, des activités et des extrants qui ont rendu possible l'intervention (Wainwright, 2002, Charities Evaluation Services, 2004). La mesure des effets peut être réalisée au niveau de la société, de l'organisation et l'individu (Saxton *et al.* 2007) et couvrir les effets à court terme, à moyen terme et à long terme (les impacts). Cette approche vise à ce que les pratiques d'intervention soient réfléchies et jugées comme un processus coproduit entre les intervenants, la personne et son réseau afin d'arriver à mesurer les effets que produit l'intervention dans la vie de la personne et de ses proches (Gerber, 2011; Glendinning *et al.*, 2007; Miller *et al.*, 2008; Miller *et al.*, 2009; Miller et Cook, 2011, Needham, 2011). Selon cette approche, la coproduction de l'intervention, doit se centrer sur la prédétermination des effets à atteindre et des indicateurs pour en mesurer la progression, qui servira à planifier et à organiser les ressources (les intrants), les méthodes (le processus) et les activités d'intervention (les extrants) (Ellis, 2009). Les indicateurs d'effets sont donc utilisés pour mesurer le changement des effets survenus à la suite du processus d'intervention chez la personne et ses proches.

Dans un rôle prospectif, les effets désirés par les usagers deviennent donc le fil d'Ariane qui guide toutes les étapes du processus d'intervention, de l'analyse de la demande à l'évaluation de l'intervention. Cette centration permet donc de mieux diriger les différentes étapes de l'intervention ou, dans le cas de l'évaluation, de cerner les pratiques, les services et le contexte en regard de leur influence sur les effets dans la vie des personnes concernées. La nature de la base informationnelle, ses outils et ses indicateurs permettent alors de cerner, s'il y a eu, l'atteinte des attentes de la personne, qui constitue une dimension clé du processus de personnalisation (Joseph Rowntree Foundation, 2011; Williams, Tyson, 2010; Sang, 2009). Nous avons identifié trois principales tendances conceptuelles sur la base de la recension des écrits : 1) l'évaluation des effets qui s'effectue selon les aspects génériques suivants, soit a) la qualité de vie, quant au fait d'être en sécurité entres autres; b) le processus de l'intervention, dont le fait de pouvoir influencer la démarche d'accompagnement; c) le changement, lié notamment à la réduction des symptômes (Qureschi *et al.*, 2001); 2) l'identification des résultats se réalise à partir des priorités identifiées par la personne; 3) celle-ci se fait non seulement en fonction des objectifs atteints par la personne, mais aussi en regard de sa progression dans le processus d'intervention et compte tenu de différentes dimensions contextuelles.

Toutes ces tendances ont été influencées par les travaux de recherche de la Social Policy Research Unit (SPRU) de l'Université York, qui ont permis de tester des indicateurs de résultats et de réaliser des expériences pilotes, particulièrement auprès des personnes âgées (Netten *et al.*, 2012; Malley, Fernandez, 2010; Netten, Forder, 2010). L'influence de l'outil de mesure ASCOT (*Adult Social Care Outcomes Toolkit*), créé par la SPRU afin de saisir l'information pertinente en regard de la qualité de vie d'une personne mise en lien avec la prestation de services sociaux (*Social Care-Related Quality of Life - SCRQoL*), a eu à cet égard une influence déterminante. Les chercheurs estiment que la mesure ASCOT fournit maintenant la base, dans le domaine des services sociaux, d'un équivalent à la QALY (*Quality-Adjusted Life Year*) largement acceptée comme mesure des résultats permettant d'évaluer l'efficacité des nouvelles interventions dans le domaine de la santé. L'outil de mesure ASCOT est directement inspiré de l'approche par les capacités telle que conceptualisée par Amartya Sen (2009) et Martha Nussbaum (2012). Ce cadre conceptuel a une étroite parenté non seulement avec les actions intersectorielles visant à agir sur les déterminants sociaux afin de réduire les inégalités sociales, mais aussi avec la personnalisation et la coproduction, compte tenu de sa base informationnelle (UN Habitat, 2008).

Cette approche s'appuie en effet sur l'analyse concrète des conditions de vie des personnes et des communautés dans leur cadre matériel et social afin que les politiques, programmes et interventions offrent effectivement de plus grandes possibilités de participation, de choix et d'accomplissements. La création de l'Indice

de développement humain (1999) par le Programme des Nations Unies pour le développement découle d'ailleurs aussi de cette visée de développement optimal du potentiel humain et fait la preuve du potentiel utilitaire de l'approche. D'abord utilisée dans le domaine du développement international, l'approche par les capacités s'est diffusée dans de multiples domaines, dont l'évaluation des politiques publiques, notamment selon la perspective des parcours de vie, l'organisation des entreprises et le développement des communautés.

La parole aux acteurs du changement de culture

Les divers textes qui suivent vont permettre au lecteur d'avoir accès à des textes clés puisque publiés en 2013 par plusieurs associations ou organisations étroitement associées au changement préconisé par le gouvernement écossais. Le texte de Bovaird et Loeffler permet de comprendre à quel point le concept de coproduction occupe une dimension centrale dans la mise en œuvre du changement de culture préconisé dans le domaine des services sociaux en Écosse. Le texte de Sir Harry Burns, officier médical en chef de l'Écosse, complète cette vision par un plaidoyer pour la salutogénèse, c'est-à-dire ce qui génère la santé. Tout comme Wilkison et Pickett, dans leur célèbre livre *Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous* (2013), Burns cible l'importance d'agir sur les déterminants sociaux de la santé et du bien-être. Le texte de Power contextualise le projet en cours; tout comme Chris Bruce, il écrit d'un milieu de travail bien spécifique, celui du Joint Improvement Team (JIT). Celui-ci est issu d'un partenariat stratégique unique entre le gouvernement écossais, les conseils locaux regroupés au sein de leur association (Convention of Scottish Local Authorities/COSLA), le National Health Service Scotland et les associations communautaires, du tiers secteur et du logement. JIT a pour mission de contribuer aux orientations en matière de santé et de services mises de l'avant par le gouvernement écossais (JIT, 2013), notamment en regard de l'approche *Talking Points: a personal outcomes approach*. JIT est composé d'une équipe de professionnels provenant des secteurs de la santé, des services sociaux, du logement et du tiers secteur qui accompagnent ce processus d'intervention afin de créer les conditions de la transformation des services publics dans les quatre piliers identifiés : prévention/intervention précoce, partenariat/intégration, participation citoyenne/engagement professionnel, amélioration de la performance/utilisation optimale de la technologie.

Bruce présente *Talking Points: a personal outcomes approach* qui est vraiment spécifique au contexte écossais puisque conceptualisée et appliquée uniquement dans cette société. Welsh et Gray, tout comme Garven, cherchent à démontrer que la coproduction est déjà une vision qui s'est mise en œuvre dans plusieurs organisations, comme les organisations communautaires. Garven est particulièrement critique en regard du peu de soutien financier alloué aux organismes communautai-

res de la part des diverses autorités. Le dernier texte sur l'intégration des soins de santé et des services sociaux illustre les efforts faits par le gouvernement écossais et ses partenaires pour trouver un équilibre entre les divers résultats recherchés (personnel, local, de système).

Conclusion

Tout comme au Québec, le gouvernement écossais doit faire face à l'enjeu du vieillissement de la population; ainsi de 2008 à 2033, il y aura une augmentation de 50 % de la population âgée de plus de 60 ans alors que le gouvernement prévoit une diminution de ses ressources budgétaires. Il importe donc d'être attentif au contexte dans lequel la prédominance d'une centration sur les effets et résultats s'inscrit afin d'être à même d'identifier les brèches possibles où cette vision pourrait générer des injustices et diminuer le choix et le contrôle des individus.

La notion des effets et des résultats personnels s'est particulièrement développée en Écosse qui, depuis plusieurs années, a fait le choix d'inclure au sein de ses politiques sociales, l'importance d'évaluer les résultats personnels dans la vie des gens. D'ailleurs, *Better outcomes for older people* (Scottish Executive, 2004) défend fermement l'idée que l'intervention soit centrée sur les résultats personnels (IRISS, 2013; Miller, 2012,). Deux ans plus tard, le gouvernement écossais reconnaissait que plus de temps devrait être passé sur les effets du financement sur les personnes et les communautés (Scottish Government, 2006 dans Miller 2012). En effet, le Scottish Executive statuait que « Nos priorités nationales doivent être autour des résultats, c'est-à-dire autour des changements réels que les personnes voient dans leur communauté et dans leur vie : une meilleure santé, une diminution de la criminalité et des comportements antisociaux, une amélioration de l'environnement et une meilleure réussite éducative » (Housing Support Enabling Unit, 2010).

Cette déclaration a mis la table pour l'inscription dans plusieurs initiatives politiques de la notion des effets coconstruit tels que le *Single Outcome Agreement -SOA-* (Scottish Government, 2007) qui, en novembre 2007, établissait entre le gouvernement national et local un concordat dans lequel les partis s'engageaient à travailler vers un *Single Outcome Agreements* (SOA), et ce, pour tous les 32 conseils d'Écosse ainsi que pour les *Community Planning Partnerships* (CPP) (Miller, 2011; Scottish Government, 2013). Cet accord entre le gouvernement central et le local favorise une nouvelle relation entre ces deux paliers gouvernementaux en proposant une plus grande flexibilité aux points de prestation. Le gouvernement écossais ainsi que les gouvernements locaux partagent donc l'ambition de voir le système écossais des services publics travailler de concert avec le secteur privé et volontaire, et ce, dans le but d'améliorer la qualité de vie et les opportunités des personnes à travers l'Écosse (Scottish Government, 2013). Sous le SOA, qui demeure un accord général, a découlé le *Getting it right for Every Child* (Scottish

Government 2008a, dans Miller, 2012), le *Community Care Outcomes Framework* (Scottish Government 2008, dans Miller, 2012 IRISS) dans lequel on retrouve 16 indicateurs, dont quatre résultats personnels parmi les traditionnels indicateurs d'activités et de processus (Miller, 2011). Un nouvel élément de contexte en Écosse est l'intégration planifiée des services de santé et des services sociaux pour 2015 (Scottish Government, 2013). Plusieurs expriment une domination de la santé, notamment parce que le type d'effets et résultats n'est pas du même ordre que dans le domaine des services sociaux. Le programme *Person-Centred Health and Care* est ainsi présentement développé sous l'égide d'une méthodologie d'amélioration de la santé. Plusieurs ont aussi des craintes que les préoccupations de gestion l'emportent sur d'autres enjeux comme un réel changement de culture qui place la personne au centre des interventions.

Quoi qu'il en soit, nous estimons que le modèle écossais gagne à être connu et discuté au Québec. L'intérêt de placer les résultats personnels au centre des préoccupations des différents niveaux de décision et d'intervention nous semble très pertinent, car non seulement il questionne les pratiques actuelles du réseau de la santé et des services sociaux, mais il propose des solutions. Évidemment l'attribution d'un budget personnelⁱⁱ est la mesure la plus controversée de ce changement de paradigme. Elle est cohérente avec les valeurs de la personnalisation, mais est-elle vraiment nécessaire pour l'opérationnaliser? La centration sur les effets et les résultats ne peut donc faire abstraction de la complexité inhérente à une telle démarche.

ⁱ La traduction du terme *outcome* s'est révélée ardue. Celui-ci aurait pu être traduit par résultat, mais son utilisation dans le domaine de la santé et des services sociaux au Québec dans une optique étroite de performance à des fins de gestion ne l'a pas permis. De façon pragmatique, *outcome* a été traduit par effets réels, mais lorsqu'il s'agissait de traduire *personal outcomes*, nous avons opté pour résultats personnels compte tenu qu'« effets personnels » dans la langue française a un tout autre sens.

ⁱⁱ À partir d'une évaluation de ses besoins et des résultats recherchés, la personne ou encore ses proches, peut se voir attribuer un montant d'argent. Celui-ci est établi sur la base de normes réglementaires.

Références bibliographiques

- Albert, E. (2013). Dimanches de bataille en Écosse, *Le Monde*, 17 octobre
- Bason, C. (2010). *Leading Public Sector Innovation: Co-creating for a Better Society*, Bristol, Policy Press, 278 p.
- Béland, D., Lecours, A. (2010). Does nationalism trigger welfare-state disintegration? Social policy and territorial mobilization in Belgium and Canada? *Environment and Planning C : Government and Policy*, vol. 28, pp. 420-434
- Bonvin, J.-M., Orton, M. (2010). « Activation policies and organisational innovation », *International Journal of Sociology and Social Policy*, vol. 29, n° 11/12, p. 565-574.
- Bourque, D. (2009). Transformation du réseau public de services sociaux et impacts sur les pratiques des intervenants sociaux au Québec. Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire. Récupéré du site : <http://www4.uqo.ca/crcoc/Fichiers/cahiers/0907Final.pdf> (Page consultée le 29 mars 2013).
- Browne, J. et al. (2006). « Capacité, droits sociaux et intégration du marché européen », dans Salais, R., Villeneuve, R., *Développer les capacités des hommes et des territoires en Europe*, Lyon, Éditions de l'Anact, p. 312-333.
- Bryson, J., Merritt, K. (2007). « Le travail et le développement des capacités », *Formation/Emploi*, n° 98, p. 104-112.
- Carrier, S., Morin, P., Garon, S. (2012). « L'approche centrée sur les résultats : l'exemple des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie », *Intervention*, n° 2, p. 47-56.
- Carrier, S. (2011). *Coordonner les services autour des personnes âgées en perte d'autonomie, une analyse conventionnaliste*. Thèse de doctorat, Université de Sherbrooke, 331 p.
- Clerc, I., Collette, K., Clamageran, S. (2009). *Littéracie et droits en matière de santé et de services sociaux : paroles citoyennes*, Rapport remis au Commissaire à la santé et au bien-être, Québec, 196 p.
- Charities Evaluation Services (2004). *Jargonbuster Issue 1*. <http://www.ces-vol.org.uk/index.cfm?format=171>
- Chénard, J. et Grenier, J. (2012). Concilier des logiques pour une pratique de sens : exigence de solidarité. *Revue Intervention*, 136, 18-29.
- Collette, K., Rousseau, J. (2013). « Littéracie et responsabilité en santé », *Globe, Revue internationale d'études québécoises*, vol. 16, n° 1, p. 107-132.
- Commissaire à la santé et au bien-être (2010). *Informier des droits et sensibiliser aux responsabilités en matière de santé, Consultation et analyse*, Québec, 154 p.
- Commissaire à la santé et au bien-être (2010). *Informier des droits et sensibiliser aux responsabilités en matière de santé, Synthèse et recommandations*, Québec, 36 p.
- Commissaire à la santé et au bien-être (2009). *Rapport d'appréciation de la performance du système de la santé et des services sociaux*, Québec, 136 p.
- Cook, A. and Miller, E. (2012). "Talking Points: Personal Outcomes Approach – Practical Guide", Edinburgh: Joint Improvement Team. Récupéré du site: <http://www.jitscotland.org.uk/downloads/1340881891-Talking%20Points%20-%20Practical%20Guide%20-%202021%20June%202012.pdf> (Page consultée le 3 octobre 2013).
- Couturier, Y., Carrier, S. (2004). « Pratiques fondées sur les données probantes en travail social : un débat émergent », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 16, n° 2, p. 68-79.
- Davidson, N., McCafferty, Miler, D. (2010). *Neoliberal Scotland; Class and Society in a stateless nation*, Cambridge Scholars Publishing
- De Koninck, M., Fassin, D. (2004). Les inégalités sociales de santé : encore et toujours, *Santé, société et solidarité*, n° 2, pp. 5-11.
- Desrosières, A. (2008). *L'argument statistique : pour une sociologie historique de la quantification*, tome I, Paris, Presses des Mines, 330 p.
- Dumbleton, S., McPhail, M. (2012) The coming of age of Scottish social services, pp.131-146 dans Mooney, G., Scott, G. (dir), *Social justice and social policy in Scotland*, Bristol, Policy Press
- Ellis, J. (2009). "The case for an outcomes approach", London: CES publications. Récupéré du site: <http://www.cesvol.org.uk/downloads/thecaseforanoutcomesfocus-501-509.pdf> (Page consultée le 6 novembre 2013).

- Ferguson, I. (2012). Personalisation, social justice and social work: a reply to Simon Duffy, *Journal of Social Work Practice: Psychotherapeutic Approaches in Health, Welfare and the Community*, 26(1), 55-73.
- Ferguson, I. (2007). Increasing User Choice or Privatizing Risk? The Antinomies of Personalization, *British Journal of Social Work*, 37, 387-403
- Ferreras, I. (2007). « De la dimension collective, de la dimension individuelle », dans De Munck, J., Zimmermann, B., *La liberté au prisme des capacités*, Paris, Éditions EHESS, p. 281-296.
- Fillion, R., Joubert, P. (1982). « Niveaux d'intervention des anthropologues et des sociologues dans les milieux de santé », dans Mayer-Renaud, M. et Le Doyen, A. (dir.) *L'intervention sociale*, ACSALF 1981, Montréal, Éditions coopératives Albert Saint-Martin, p. 45-54.
- Gerber, A. M. (2011). « How the patient-centered outcomes research institute can best influence real-world health care decision making », *Health Affairs*, 30 (12). 2243-2251
- Glendinning C, Clarke S, Hare P, et al (2007). "Progress and problems in developing outcomes-focused social care services for older people in England", *Health and Social care in the Community* 16(1), 54-63.
- Godbout, J.-T. (1992). « Coproduction et représentation de l'usager », dans Chauvière, M., Godbout, J.-T. (dir.), *Les usagers entre marché et citoyenneté*, Paris, L'Harmattan, p. 291-304.
- Goyette, M., Jetté, C., Corneau, M. (2009). « La gestion de la qualité du point de vue des pratiques sociales », *La revue de l'innovation dans le secteur public*, vol. 14, n° 3, article 4.
- Gray, A. M., Birrell, D. (2013). *Transforming Adult Social Care*, Bristol, Policy Press, 256 p.
- Guay, J., Chabot, D., Belly, C., Dulude, D. (2000). *Principes et stratégies d'implantation de l'approche-milieu*. Fonds de soutien à l'innovation du ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec
- Head, J. (2009). Personalisation and housing: connections, challenge and opportunities, *House Care and Support*, 12(3) 37-43.
- Hodgett, S. (2008). « Sen, Culture and Expanding Participatory Capabilities in Northern Ireland », *Journal of Human Development*, vol. 9, n° 2, p. 165-183.
- Hoggarth, L., Comfort, H. (2010). *A Practical Guide to Outcome Evaluation*, Londres, Jessica Kingsley Publishers, 224 p.
- Housing Support Enabling Unit (2010). "An outcomes approach in social care and support: an overview of current frameworks and tools: A briefing from CCPS, HSEU and VSSSWU", Récupéré du site: <http://www.ccp-scotland.org/assets/files/hseu/information/Better%20Futures/Outcomes%20Briefing.pdf> (Page consultée le 7 novembre 2013).
- Houston, S. (2010) "Beyond homo economicus: recognition, self-realization and social work", *British Journal of Social Work*, vol. 40, no. 3, pp. 841-857.
- Institute for Research and Innovation in Social Services (2013). "Leading for outcomes: integrated working", Récupéré du site: http://www.iriss.org.uk/sites/default/files/01173_leading_for_outcomes_-_integration_44.pdf (Page consultée le 7 novembre 2013).
- Institut national de santé publique du Québec (2007). *Rapport de recherche sur l'étude réalisée au Québec dans le cadre du projet pancanadien*, Québec, Direction du système de soins et services, 73 p.
- Joint Improvement Team (2013). Strategy 2013-2016, Edimbourg, www.jitscotland.org.uk
- Joseph Rowntree Foundation, (2011). *Transforming Social Care: Sustaining Person-Centred Support*, <http://www.jrf.org.uk/sites/files/jrf/social-care-personal-support-summary.pdf>.
- Keating, M. (2005). "Policy Making and Policy Divergence in Scotland After Devolution", Edinburg: ESRC. Récupéré du site: <http://www.devolution.ac.uk/pdfdata/Briefing%2021%20-%20Keating.pdf> (Page consultée le 3 novembre 2013). Pour remplacer le Keating 2005 dans Open University 2013
- Law, A. (2012). Between autonomy and dependency : state and nation in devolved Scotland dans Mooney, G., Scott, G. (dir), *Social justice and social policy in Scotland*, Bristol, Policy Press
- Leadbetter, D. (2004). "Personalisation through Participation: A New Script for Public Services", London, Demos.
- Lemay, L. (2009). « Le pouvoir et le développement du pouvoir d'agir (empowerment) : un cadre d'intervention auprès des familles en situation de vulnérabilité », dans Lacharité et Gagnier (Éds.), *Les familles en action. Réalités plurielles, repères conceptuels et logiques d'action*, Québec, Éditions Chenelière, p. 101-127.

- Lemay, L. (2007). « L'intervention en soutien à l'empowerment : du discours à la réalité. La question occultée du pouvoir entre acteurs au sein des pratiques d'aide », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 20, n° 1, p. 165-180.
- Loeffler, E. et al. (2013). *Co-production of Health and Well-Being in Scotland*, Birmingham, Governance International et Joint Improvement Team, 138 p.
- Lymbery, M. (2012). Social Work and Personalisation. *British Journal of Social Work*, 42(4), 783-792.
- Malley, J., Fernandez, J.-L. (2010). « Measuring Quality in Social Care Services: Theory and Practices », *Annals of Public and Cooperative Economics*, vol. 81, n° 4, p. 559-582
- Mikkonen, J., Raphael, D. (2010). *Social Determinants of Health: The Canadian Facts*, Toronto, York University School of Health Policy and Management, 62 p.
- Miller, E. (2011). *Individual Outcomes. Getting Back to What Matters*, Edimbourg, Dunedin Academic Press, 132 p.
- Miller, E. (2012). «Measuring personal outcomes : Challenges and Strategies», IRISS Insights, n°12. [En ligne], <http://www.iriss.org.uk/resources/measuring-personal-outcomes-challenges-andstrategies> (Page consultée le 3 septembre 2013).
- Miller, E. and Cook, A. (2011). "Recording Outcomes in Care and Support Planning and Review", Edinburgh: JIT.
- Miller, E., Cook, A. and Samet, W. (2009). "Philosophy and principles underpinning an outcomes approach", Joint Improvement Team: Edinburgh
- Miller, E., Whoriskey, M., and Cook, A. (2008). "Outcomes for Users and Carers in the context of health and social care partnership working: From research to practice", *Journal of Integrated Care* 16(2)19-26.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*, Québec, Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité, 25 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2013). *Comité de travail sur les indicateurs des réseaux locaux de services*, présentation Powerpoint, Québec, Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité, 40 p.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). *Plan d'action ministériel 2012-2015 en matière d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*, Québec, Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité, 12 p.
- Mooney, G., Scott, G. (dir) (2012). Conclusion : towards a new phase of devolution, pp 257-272 dans *Social justice and social policy in Scotland*, Bristol, Policy Press
- Needham, C. (2011). *Personalising Public Services, Understanding the Personalisation Narrative*, Bristol, Policy Press, 216 p.
- Needham, C. (2012). SCIE Research briefing 31: Co-production: an emerging evidence base for adult social care transformation. Social Care Institute for Excellence. Récupéré du site: <http://www.scie.org.uk/publications/briefings/briefing31/index.asp> (Page consultée le 3 avril 2013).
- Netten, A. et al. (2012). « Outcomes of Social Care for Adults: Developing a Preference-Weighted Measure », *Health Technology Assessment*, vol. 16, n° 16, www.hta.ac.uk
- Netten, A., Forder, J. (2010). « Measuring Productivity: An Approach to Measuring Quality Weighted Outputs in Social Care », *Public Money & Management*, vol. 30, n° 3, p. 159-166
- Nussbaum, M. (2012). *Capabilités. Comment créer les conditions d'un monde plus juste?* Paris, Flammarion, coll. « Climats », 300 p.
- Open University (2013). «Foundations for Self-directed Support in Scotland», Récupéré du site: <http://www.open.edu/openlearn/body-mind/social-care/social-work/foundations-self-directed-support-scotland/content-section-0> (Page consultée le 3 octobre 2013).
- Qureshi, H. et al. (ed) (2001). *Outcomes in social care practice*, York: SPRU
- Rodriguez del Barrio, L. et al. (2006). *Repenser la qualité des services en santé mentale dans la communauté. Changer de perspective*, Montréal, Presses de l'Université du Québec, 336 p.
- Salais, R. (2010). « La donnée n'est pas un donné. Pour une analyse critique de l'évaluation chiffrée de la performance », *Revue française d'administration publique*, n° 135, p. 497-515.
- Sanderson, H., Lewis, J. (2012). *A Practical Guide to Delivering Personalisation*, Londres, Jessica Kingsley Publishers, 240 p.

- Sang, B. (2009). « Personalisation: Consumer Power or Social Co-Production », *Journal of Integrated Care*, vol. 17, n° 4, p. 31-38.
- Saxton, M.I., Naumer, C.M. and Fisher, K.E. (2007) 2-1-1 Information Services: outcomes, assessment, benefit-cost analysis and policy issues, *Government Information Quarterly*, 24, 1, 186- 215.
- Schlesinger, P. (1998), Quand l'Écosse fait sa révolution tranquille, *Le Monde Diplomatique*, avril
- Scottish Government (2013). *Public Bodies (Joint Working) (Scotland) Bill*
- Scottish Executive (2006). "Changing Lives: Report of the 21st Century Review of Social Work", Edinburgh: Scottish Executive. Récupéré du site: <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/91931/0021949.pdf> (Page consultée le 5 novembre 2013).
- Scottish Executive (2004). "Better outcomes for older people – A framework for joint services for older people", Edinburgh: Scottish Executive, Joint Services Group.
- Scottish Government (2011). "Renewing Scotland's Public Services – Priorities for Reform in Response to the Christie Commission". Récupéré du site: <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2011/09/21104740/0> (Page consultée le 5 novembre 2013).
- Scottish Government (2011). "Evaluation of Self-directed Support Test Sites in Scotland", Edinburgh: Scottish Government. Récupéré du site: <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/358197/0121078.pdf> (Page consultée le 5 novembre 2013).
- Scottish Government (2010). "Self-directed Support: A National Strategy for Scotland", Edinburgh: Scottish Government. Récupéré du site: <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2010/02/05133942/3> (Page consultée le 5 novembre 2013).
- Scottish Government (2008). "Final definitions: Community care outcomes framework, CEL issued on behalf of Scottish Government, COSLA and NHS Scotland", Edinburgh: Scottish Government.
- Scottish Government (2007). « Concordat between the Scottish Government and Local Government », Edinburgh: Scottish Government and COSLA
- Scottish Government (2006). "Transforming public services: The next phase of reform", Edinburgh: Scottish Government
- Secrétariat du Conseil du Trésor (2013). *Glossaire des termes usuels en mesure de performance et en évaluation*, Québec, 26 p.
- Sen, A. (2009). *L'idée de justice*, Paris, Flammarion, 558 p.
- Simmons, R. et al. (2009). *The Consumer in Public Services*, Bristol, Policy Press, 304 p.
- Social Care Institute for Excellence (2012). *Personalisation: a Rough Guide*, Londres, 107 p.
- Social Care Institute for Excellence (2010). eLearning: Personalisation. Récupéré du site: <http://www.scie.org.uk/publications/elearning/personalisation/index.asp> (Page consultée le 2 avril 2013).
- Social Care Institute for Excellence (2009). "At a glance 08: Personalisation briefing: implications for housing providers". London.
- Somme, D., Hébert, R., Bravo, G., Blanchard, F. et Saint-Jean, O. (2007). Le plan de services individualisé comme outil d'intégration clinique : analyse qualitative dans l'expérimentation québécoise PRISMA. Dans R. Hébert, A. Tourigny et M. Raïche (Éds), PRISMA volume II. L'intégration des services : les fruits de la recherche pour nourrir l'action (pp. 185-204). Québec : Edisem.
- Stirk, S., Sanderson, H. (2012). *Creating Person-Centred Organisations*, Londres, Jessica Kingsley Publishers, 336 p.
- The Highland Council (2006). "What Is An Outcome?" Récupéré du site: <http://www.highland.gov.uk/healthandsocialcare/sds/02whatisanoutcome.htm> (Page consultée le 3 novembre 2013).
- UN Habitat (2008). *Asset-Based Approaches to Community Development*, Nairobi, The Human Settlement Financing Tools and Best Practices Series, 52 p.
- Valios, N. (2008). Basics of personalisation. *Community Care*, 36-37.
- Vérificateur général du Québec (2011). *Rapport du vérificateur général du Québec à l'Assemblée Nationale pour l'année 2010-2011, Suivi de la performance des établissements du réseau de la santé et des services (2010-2011)*, Québec, 36 p.
- Wainwright, S. (2002) *Measuring impact: A guide to resources*, London: NCVO

- White, D., Jobin, L., McCann, D., Morin, P. (2001). Pour sortir des sentiers battus, L'action intersectorielle en santé mentale, Les Publications du Québec, Québec, 314 p.
- Wilkinson, R., Pickett, K., (2013). Pourquoi l'égalité est meilleure pour tous, Paris, Les Petits-Matins-Institut Veblen
- Williams, B., Tyson, A. (2010). « Self-Direction, Place and Community – Re-discovering the Emotional Depths: A Conversation with Social Workers in a London Borough », *Journal of Social Work Practice*, vol. 24, n° 3, p. 319-333.
- Zimmerman, B. (dir.) (2004). « Introduction », *Les sciences sociales à l'épreuve de l'action*, Paris, Édition de la Maison des sciences de l'homme, p. 1-21.

Coordonnés des auteurs :

Sébastien Carrier

Professeur à l'École de travail social, Université de Sherbrooke

Courriel : sebastien.carrier@usherbrooke.ca

Paul Morin

Professeur à l'École de travail social, Université de Sherbrooke

Courriel : paul.morin@usherbrooke.ca

Suzanne Garon

Professeure à l'École de travail social, Université de Sherbrooke

Courriel : suzanne.garon@usherbrooke.ca

Annie Lambert

Professeure à l'École de travail social, Université de Sherbrooke

Courriel : annie.lambert@usherbrooke.ca

Le rôle de la coproduction pour un meilleur état de santé et de bien-être : pourquoi nous avons besoin de ce changement

Tony Bovaird, *University of Birmingham*
Elke Loeffler, *Governance International*

Pourquoi la coproduction des services publics est importante

La coproduction est en train de devenir rapidement l'un des thèmes les plus abordés dans les services publics et les politiques publiques, et ce, à travers le monde (Bovaird, 2007; Nef, 2008; Loeffler, 2009; CoSLA, Scottish Government et NHS Scotland, 2011). Ce chapitre expose pourquoi il est nécessaire de s'éloigner d'une prestation traditionnelle des services publics, spécifiquement dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Le mouvement pour une coproduction avec les usagers et les communautés renoue avec une des caractéristiques clés des services, tant dans les secteurs public que privé : la production et la consommation de plusieurs services sont deux activités *inséparables* (italique dans le texte). En effet, la création de qualité dans les services se produit souvent au cours de leur prestation, généralement dans l'interaction entre le client et le prestataire, plutôt qu'à la fin du processus seulement. Cela signifie que les clients n'ont pas à évaluer la qualité des services uniquement sur la base des résultats (par exemple, le succès d'un traitement médical dans un hôpital), mais qu'ils doivent également prendre en considération le processus de prestation de services (par exemple, la gentillesse et la sensibilité du personnel médical de l'hôpital ainsi que le confort de la salle).

Le concept de coproduction n'est pas nouveau; il a été au cœur même de l'un des textes classiques de la gestion publique (Normann, 1984), dans lequel on note qu'une des caractéristiques clés des services est le fait que le client apparaît deux fois : une fois comme consommateur et une autre fois comme partie intégrante du système de prestation. Toutefois, l'élément nouveau est que nous constatons depuis ces dernières années un intérêt accru de la part des organisations des secteurs public et privé à explorer la potentielle implication des usagers et des communautés dans les services. Comme le démontre l'encadré 1, plusieurs raisons motivent cet engouement : ce n'est pas simplement dans le but d'améliorer la qualité des services par l'implication de l'utilisateur, mais aussi afin de réduire les coûts, en faisant reposer plus de responsabilités sur l'utilisateur. Comme Gerry Power le démontre dans un chapitre de ce livre, les pressions relatives aux coûts sont susceptibles d'augmenter dans le contexte du vieillissement de la population. Le *Governance International & TNS Sofres Co-Production Survey* a également démontré que les changements

démographiques représentent une bonne occasion pour accroître les niveaux de coproduction, puisque les personnes âgées sont généralement plus impliquées dans l'amélioration des résultats et des services publics que les plus jeunes (Loeffler *et al.*, 2008). L'enquête a également mis en évidence une très forte corrélation statistique entre la volonté des gens de coproduire et leur conviction qu'ils peuvent faire une différence. Cela renforce le point de Sir Harry Burns, dans le chapitre suivant, comme quoi la coproduction est susceptible d'améliorer les résultats en donnant aux gens plus de contrôle sur leur vie (Parrado *et al.*, 2013).

Encadré 1 :

Motifs pour accroître l'implication des clients dans les services publics

- Améliorer la qualité des services publics en faisant appel à l'expertise des clients et de leurs réseaux;
- Offrir des services plus diversifiés et plus de choix;
- Rendre les services publics plus attentifs aux usagers;
- Diminuer les coûts.

Cette tendance a déjà commencé à changer la relation entre les prestataires de services professionnels et les usagers, en les rendant plus interdépendants. En conséquence, il y a maintenant un regain d'intérêt de la part des professionnels pour la coproduction des services publics et ce que cela signifie pour la prestation des services.

En outre, il ressort clairement des motifs énoncés dans l'encadré 1 qu'il existe un chevauchement d'intérêts considérable entre l'approche de coproduction et la pratique de marketing social (Kotler et Lee, 2008). Cette dernière vise également à améliorer la qualité des services, à fournir des services qui sont soigneusement adaptés aux besoins de groupes spécifiques et à répondre aux demandes et aux besoins de ceux qui sont touchés par les services.

Ce chevauchement d'intérêt est plus particulièrement évident à l'égard des approches préventives dans le champ des politiques sociales. Au cours des dernières décennies, le marketing social a eu à « supporter le poids » des approches gouvernementales relativement aux changements de comportements, cherchant à convaincre les citoyens de prendre des mesures qui pourraient empêcher de futurs problèmes sociaux, et ainsi économiser sur les futures dépenses publiques. Beaucoup d'attention a été donnée à des campagnes de publicité visant à changer les attitudes du public, en espérant des effets d'entraînement sur le comportement social. Plus récemment, on a constaté l'apparition d'initiatives encourageantes basées sur une psychologie expérimentale du comportement, qui cherche égale-

ment à obtenir un changement de comportement en recadrant la façon dont les citoyens perçoivent certains enjeux et problèmes particuliers (Thaler et Sunstein, 2008). La coproduction complète ces approches de marketing social et de psychologie du comportement de manière très puissante car elle implique directement les citoyens dans la façon dont les services publics sont conçus, planifiés et exécutés. Elle s'ancre dans la croyance que les comportements peuvent être modifiés avec plus de succès si les personnes ont une expérience directe, plutôt que d'être simplement soumises à des campagnes de publicité ou que leurs choix soient modélisés pour eux de manière contrôlée. Par exemple, il est supposé que les personnes dites « patientes expertes », qui donnent des conseils aux autres patients, sont moins susceptibles de rechuter dans les comportements d'abus de cigarettes ou d'alcool qui ont contribué à leurs problèmes de santé. De plus, les personnes qui aident à prendre soin du parc local ou d'une aire de jeux pour enfants sont moins enclines à laisser leurs chiens souiller les chemins de ces mêmes lieux. Dans le même ordre d'idées, lorsque des jeunes aident à concevoir et même à construire des œuvres d'art dans les espaces autour de leurs maisons et dans des lieux de rassemblement, ils sont moins sujets à vandaliser et à peindre des graffitis.

Qu'est-ce que la coproduction des services publics?

La coproduction met l'accent sur la contribution des bénéficiaires de services dans le processus de prestation de services. Par exemple, en éducation, les résultats ne dépendent pas uniquement de la qualité de l'enseignement du professeur ou du travail des employés de l'université, mais également de l'attitude et du comportement des étudiants. Si les étudiants ne sont pas enclins à écouter ou motivés à réaliser du travail à la maison ou à la bibliothèque, la quantité de leurs apprentissages sera vraiment limitée.

Dans le contexte du secteur public, le « comportement coopératif » des bénéficiaires de services peut même s'étendre à leur acceptation des contraintes ou des punitions. Par exemple, l'amélioration de la sécurité communautaire implique que les citoyens acceptent des limites de vitesse ou des restrictions quant au stationnement et qu'ils soient prêts à payer une amende quand ils les enfreignent. Les amendes seraient inapplicables si personne ne versait le montant dû, et les restrictions pour excès de vitesse ou de stationnement n'auraient plus aucun effet.

De plus, les citoyens peuvent s'engager dans la prestation de services au nom d'autres personnes, ce que nous appelons généralement du « bénévolat ». Ainsi, la plupart des soins dans le domaine social au Royaume-Uni ne sont pas fournis par le secteur public, mais par les membres de la famille qui s'occupent de leurs parents âgés ou de leurs enfants ayant besoin de soins. Cependant, ce travail non rémunéré tirerait grand profit d'un soutien accru des services publics. À titre d'exemple, on

pourrait offrir aux mères épuisées un « répit » occasionnel afin qu'elles puissent prendre des vacances.

Évidemment, une réelle coproduction des services publics ne signifie pas seulement de l'entraide de la part des personnes ou de l'« auto-organisation » de la part des communautés; c'est de la contribution réciproque des citoyens ET du secteur public dont il est ici question.

Par conséquent, nous définissons la coproduction comme « des professionnels et des citoyens qui font le meilleur usage possible des forces, des atouts, des ressources et des contributions des uns et des autres afin d'obtenir les meilleurs résultats ou d'améliorer l'efficacité ». Les principes de base de la coproduction sont :

- Les citoyens savent beaucoup de choses que plusieurs professionnels ne connaissent pas (« les clients comme des innovateurs »);
- ... et peuvent rendre un service plus efficace dans la mesure où ils acceptent ses exigences et sont en mesure de l'examiner (« les clients comme des facteurs critiques du succès »);
- ... ils ont du temps, de l'information et des ressources financières qu'ils sont prêts à investir pour améliorer leur propre qualité de vie et aider les autres (« les clients comme des ressources »);
- ... et ils ont de multiples capacités et talents qu'ils peuvent partager avec les professionnels et les autres citoyens (« les clients comme détenteurs de forces et d'atouts »);
- ... et ils peuvent s'engager dans des relations collaboratives plutôt que paternalistes avec le personnel et ils peuvent collaborer avec d'autres utilisateurs de service et membres du public afin de faire ressortir le meilleur d'eux-mêmes (« les clients comme développeurs de la communauté ») (Bovaird et Loeffler, 2012).

Types de coproduction

Nous sommes en mesure de distinguer un large éventail d'activités et de services qui peuvent être incluses sous l'égide de la coproduction :

1- **La co-mise en oeuvre des services** (*cocommissioning*), ce qui englobe :

- **La coplanification** des politiques : par exemple, la participation délibérative (*Planning for Real, Open Space*);

- **La copriorisation** des services : par exemple, les budgets personnels, les fonds communs, le budget participatif, la représentation des parties prenantes dans les décisions de mise en service;
 - **Le cofinancement** des services : par exemple, les campagnes de financement, les frais de service, l'entente sur une augmentation des impôts.
- 2- **La coconception** des services : par exemple, les forums d'usagers, les laboratoires de conception de services, la cartographie du parcours client.
 - 3- **La coprestation** des services, ce qui englobe :
 - **La cogestion** des services : par exemple, les centres de loisirs administrés, la gestion des biens publics de la communauté, les administrateurs d'école;
 - **La copformance** des services : par exemple, les groupes de soutien (exemple : les patients experts), les programmes de partenariat entre les infirmières et la famille, la popote roulante, la surveillance de quartier.
 - 4- **La coévaluation** (incluant le comonitorage et la coévaluation) des services : par exemple, les locataires inspecteurs, le classement en ligne de l'utilisateur, des évaluations participatives de village.

La *Governance International Co-Production Star* (Figure 1) illustre les quatre « Co » de la coproduction, c'est-à-dire la co-mise en service, la coconception, la coprestation et la cointervention des services dans le cercle extérieur.

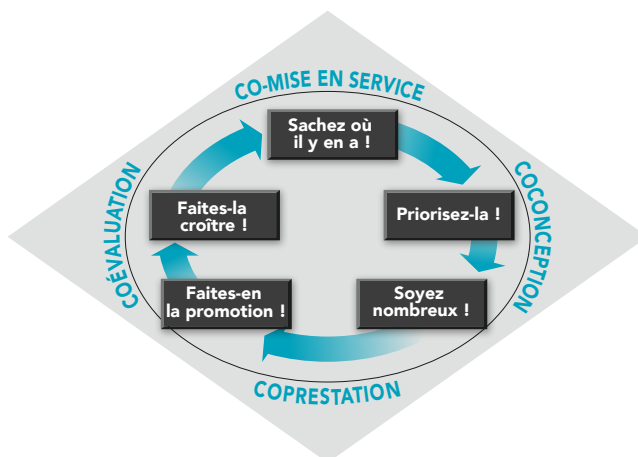


Figure 1 : L'étoile de la coproduction de Governance International

Établir la distinction entre ces diverses activités et services nous permet d'identifier différentes façons de coproduire des services publics. Dans la plupart des organismes publics, il sera facile d'identifier au moins un de ces types de coproduction déjà présent, ce qui confirme l'idée énoncée plus tôt que la coproduction n'est pas nouvelle; elle est souvent simplement cachée (et donc pas systématiquement exploitée pour le bien mutuel des usagers, des citoyens et des services publics concernés). En même temps, cette liste sert également à rendre les gestionnaires publics conscients qu'un éventail beaucoup plus large d'activités de coproduction est possible.

Les implications des prestataires de services publics dans le domaine de la santé et des services sociaux

La croissance de la coproduction a été rapide et faite de manière inversée¹. Il n'est donc pas surprenant qu'il y ait encore beaucoup d'ignorance (et même de l'hostilité) envers ce concept.

La mouvance actuelle vers la coproduction produira les résultats escomptés que si elle est soutenue par des techniques pratiques qui lui permettent de s'épanouir, d'être testée et d'être déployée dans les zones où il peut être démontré qu'elle fera une différence positive. Il sera important, pour les services publics futurs, d'encourager les personnes à participer au processus de coproduction, afin de s'assurer que leurs efforts seront mobilisés efficacement afin d'augmenter les résultats qu'ils souhaitent le plus. De plus, il sera bénéfique de féliciter ceux qui s'engagent dans cette voie, de sorte qu'ils se sentent appréciés pour leurs contributions. Il y aura ainsi plus de chances qu'ils poursuivent leur implication. Si ces pierres d'assise peuvent être mises en place, l'approche de coproduction a plus de chance de devenir durable.

¹ Ceci signifie que pour les auteurs, cette popularité croissante du concept de coproduction est plutôt attribuable à une logique descendante (*top down*) qu'ascendante (*bottom up*).

Références

- Bovaird, T. (2007), "Beyond engagement and participation – user and community co-production of public services", *Public Administration Review*, 67 (5): 846–860.
- Bovaird, T. and Loeffler, E. (2012), "From engagement to co-production: How users and communities contribute to public services" dans Taco Brandsen and Victor Pestoff (eds.), *New public governance, the third sector and co-production*. London: Routledge.
- CoSLA, Scottish Government and NHS Scotland (2011), *Reshaping care for older people: A programme for change 2011–2021*. Edinburgh: Scottish Government.
- Kotler, P. and Lee, N. (2008), *Social marketing: Influencing behaviours for good*. 3^e édition. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Loeffler, E.; Parrado, S.; Bovaird, T. and van Ryzin, G. (2008), "If you want to go fast, walk alone. If you want to go far, walk together": *Citizens and the co-production of public services*. Report to the EU Presidency. Paris: Ministry of Finance, Budget and Public Services. En ligne : <http://www.govint.org/good-practice/publications/co-production/> (consulté le 30 mars 2012).
- Loeffler, E. (2009), *A future research agenda for co-production: Overview paper*. Swindon: Local Authorities Research Council Initiative.
- Nef (2008), *Co-production: A manifesto for growing the core economy*. London: New Economics Foundation.
- Normann, R. (1984), *Service management: Strategy and leadership in service business*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Parrado, S.; van Ryzin, G.; Bovaird, T. and Loeffler, E. (2013), "Correlates of co-production: Evidence from a Five-Nation Survey of Citizens", *International Public Management Journal* (forthcoming).
- Thaler, R. H. and Sunstein, C. R. (2008), *Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness*. Yale University Press.

Traduction libre de :

- Bovaird, T. and Loeffler, E. (2013), "The role of co-production for better health and wellbeing: Why we need to change". Co-production of health and wellbeing in Scotland. Governance International, Birmingham, Royaume-Uni, 20-27.

Coordonnées des auteurs :

Elke Loeffler
Chef Exécutif, Governance International
 Courriel : elke.loeffler@govint.org

Tony Bovaird
INLOGOV et TSRC University of Birmingham
 Courriel : t.bovaird@bham.ac.uk

Des forces et des atouts pour la santé

Sir Harry Burns, *Officier médical en chef de l'Écosse*ⁱ

Introduction

Dans mon plus récent rapport sur la santé en Écosse, *Assets for Health* (Burns, 2011), j'ai souligné le fait que bien qu'il y ait des signes d'une amélioration significative du taux de survie à de nombreux cancers et de la réduction de la prévalence de certains facteurs de risque, et même des preuves de l'atténuation d'inégalités relatives à la mortalité par maladie cardio-vasculaire et à la prévalence de bébés de faible poids à la naissance, de nombreux domaines de la santé ne démontrent aucune amélioration, voire plutôt le contraire.

Le Scottish Health Surveyⁱⁱ semble indiquer qu'environ 25 % des Écossais ont une mauvaise alimentation, ne font pas suffisamment d'exercice, boivent trop d'alcool et sont en surpoids ou obèses. De nombreuses tentatives ont été effectuées au fil des ans afin d'encourager les individus à modifier leur comportement. Les campagnes de promotion de la santé ont généralement un effet positif sur certaines personnes, mais souvent n'atteignent pas celles qui ont le plus besoin de changer leur comportement, car elles sont moins susceptibles d'en prendre connaissance. Les comportements à risque, tels que le tabagisme et la consommation excessive d'alcool, sont souvent une réponse à des circonstances défavorables de la vie. En se concentrant uniquement sur les comportements, sans aborder les circonstances sous-jacentes qui les provoquent, la campagne passe à côté de ce qui doit être privilégié. Une nouvelle approche qui permet aux individus d'être plus en contrôle de leur vie et de leur situation sociale est indispensable, et c'est pourquoi, dans mes publications antérieures, je me suis référé au concept de l'approche des forces et des atouts (*assets approach*) afin d'améliorer la santé et le bien-être. Cette approche propose un ensemble cohérent d'idées et de concepts pour recenser et valoriser les facteurs de protection qui aident les individus et les communautés à maintenir et à améliorer leur santé, même lorsqu'ils sont confrontés à des circonstances de vie défavorables.

La théorie sous-jacente

Aaron Antonovsky, sociologue américain, décrit le processus par lequel les individus et les communautés créent la santé comme la salutogenèse (Antonovsky, 1967)ⁱⁱⁱ. Selon lui, la profession médicale est obsédée par la pathogenèse, c'est-à-dire les causes de la maladie. Il prône plutôt l'étude des facteurs qui favorisent la santé des individus et des communautés. Ainsi, en étudiant les facteurs qui créent et soutiennent la santé humaine plutôt que ceux qui causent la maladie, nous devrions être plus en mesure d'identifier les ressources et

les capacités qui ont un impact positif sur la santé et qui expliquent pourquoi, dans des circonstances défavorables, certains restent en bonne santé et d'autres pas. L'approche des forces et des atouts pour l'amélioration de la santé est donc basée sur le concept de salutogenèse d'Antonovsky. Il s'agit d'un ensemble de concepts et d'actions qui semble offrir une approche plus cohérente et fondée sur la création de la santé et du bien-être. Elle le fait de plusieurs façons. Un aspect clé de la théorie d'Antonovsky a trait à l'idée que d'avoir le contrôle sur sa vie et sur les circonstances de celle-ci favorisent la santé. L'idée d'aider les gens à être en contrôle de leur vie par le développement des capacités et des capacités^{iv} des individus et des communautés est l'élément central de l'approche des forces et des atouts. Elle s'appuie sur les approches existantes qui favorisent la participation effective et appropriée des personnes et des professionnels qui les servent. En outre, elle identifie des techniques (pour la cartographie des forces et des atouts, par exemple) qui facilitent le travail de collaboration entre les individus, les communautés et les organisations pour assurer une meilleure santé et un meilleur bien-être.

Approches actuelles

L'approche conventionnelle de prestation des services publics est basée sur la satisfaction des besoins ou l'administration d'un traitement. Les personnes sont considérées comme des « fumeurs », des « buveurs », des « toxicomanes » des « chômeurs », etc. Les communautés sont décrites selon leurs problèmes; ce sont par exemple des « zones de défavorisation matérielle et sociale » avec des niveaux élevés de criminalité, de familles monoparentales et de mortalité prématurée. Les personnes et les communautés sont ainsi définies par leurs carences. Les services publics ont pour mission de régler les problèmes des individus et des communautés et, ce faisant, ils enlèvent le contrôle des personnes en faisant d'eux des bénéficiaires passifs de services. Les données issues des recherches suggèrent que le sentiment de contrôle sur sa vie est associé à une meilleure santé et à une plus grande probabilité d'adopter des comportements sains. Miner ce sentiment de contrôle, est-il discuté, augmente l'acceptation passive du risque. Il n'est donc pas particulièrement surprenant que les gens à qui l'on rappelle constamment qu'ils vivent une vie défavorisée et sans espoir, aient tendance à répondre par une acceptation passive. Le résultat est une dépendance croissante aux services fournis par d'autres. Au fil du temps, les régions de l'Écosse qui ont assisté à l'effondrement de l'industrie et du marché du travail ont connu la plus grande concentration de problèmes sociaux et de santé. Une fois de plus, les problèmes économiques menacent la capacité des collectivités à se soutenir elles-mêmes. Les difficultés économiques que rencontrent les pays européens tels que la Grèce ont un impact inévitable sur la santé, avec des taux croissants de suicide et de VIH déjà manifestes. En période de ralentissement économique, la capacité des services publics et des organismes

du tiers secteur^v de continuer à répondre aux besoins des individus et des communautés est gravement atteinte. Si nous voulons éviter que les inégalités sociales et de santé continuent de se creuser, nous avons besoin de meilleures façons de travailler.

De nouvelles façons de travailler

Chaque communauté a des forces et des atouts. Harrison et ses collaborateurs (2004) les ont définis comme les ressources collectives dont les individus et les communautés disposent, qui les protègent contre des effets négatifs sur la santé et qui font la promotion de la santé et du bien-être. Ces forces et ces atouts peuvent être des ressources sociales, financières, physiques, environnementales ou humaines, comme l'emploi, l'éducation et les réseaux sociaux de soutien. Il se peut que des individus ne soient pas conscients qu'ils possèdent de nombreuses forces ou lorsqu'ils le sont, ils peuvent ne pas les utiliser pour une fin donnée. Cependant, tout le monde dispose de ressources qui peuvent constituer des agents de protection contre des circonstances défavorables et qui peuvent promouvoir la santé et le bien-être.

L'approche reposant sur les forces et les atouts vise à travailler avec des personnes afin de rendre leurs compétences visibles et faire en sorte qu'elles se sentent valorisées. De façon cruciale, elle permet aux gens d'être reliés les uns aux autres et elle encourage un esprit de coopération et d'entraide. Les communautés au sein desquelles la violence, la toxicomanie et la criminalité sont répandues sont souvent pleines de soupçon et de méfiance. Au fur et à mesure que la confiance et l'estime de soi se développent chez les individus, les voisins apprennent à se faire mutuellement confiance et il en résulte une plus grande cohésion sociale dans la communauté. L'approche des forces et des atouts n'est pas une solution de remplacement aux services publics, elle les complète. Toutefois, la balance est actuellement mal équilibrée. Si les approches fondées sur ce type de prémisse sont mises en œuvre, il doit y avoir un rééquilibrage entre répondre directement aux besoins des personnes et des communautés et cultiver leurs forces et leurs ressources. Si cette approche doit devenir partie intégrante de la pensée contemporaine du développement, un changement dans les attitudes et les pratiques individuelles et organisationnelles sera nécessaire. Plutôt que de faire des choses pour les communautés, les services publics doivent développer un état d'esprit qui leur permet de se projeter dans un travail de co-création de la santé et du bien-être avec les individus et les communautés. Cependant, les approches reposant sur les forces et les atouts ne sont pas non plus une solution de remplacement aux investissements dans l'amélioration des services ou aux actions sur les causes structurelles des inégalités de santé. Les personnes qui tentent de se construire une vie ont besoin d'avoir accès à des logements abordables, tout comme à une éducation de qualité pour leurs

enfants. Elles ont besoin de se sentir en sécurité dans leur communauté. De plus, elles doivent avoir la chance de mener une vie saine grâce des occasions favorisant l'accès à des d'activités physiques et à l'achat de nourriture.

Coproduction

Les approches fondées sur les forces et les atouts peuvent être appliquées à l'aide d'un certain nombre de techniques. Plusieurs de celles-ci n'ont pas été développées dans l'esprit de ces approches; cependant, en termes de caractéristiques communes, ces techniques se concentrent sur l'identification et le partage de ce que les individus et les communautés ont à offrir qui peut favoriser la santé et le bien-être. Différentes méthodes sont souvent combinées et il n'est pas rare d'en trouver plusieurs utilisées dans la même communauté. Un des exemples les plus connus est la coproduction, qui utilise manifestement un type d'approche fondé sur les forces et les atouts.

La coproduction est un processus de dialogue actif et un engagement entre les personnes qui utilisent les services et ceux qui les produisent. Il s'agit d'un procédé qui met les utilisateurs de services au même niveau que le prestataire de services. Il vise à tirer parti des connaissances et des ressources de chacun, à la fois pour développer des solutions aux problèmes et afin d'améliorer l'interaction entre les citoyens et ceux qui les servent (SCDC, 2011, Needham et Carr, 2009). La coproduction change la dynamique entre les individus et les communautés et crée des relations plus collaboratives. Les employés des services de première ligne sont plus en mesure de partager le pouvoir avec les usagers; ils sont plus confiants de le faire, en plus d'être prêts à accepter l'expertise de ces derniers (Needham et Carr, 2009). Au sein de services coproduits, les usagers sont considérés comme des personnes ayant des forces, des atouts, des aspirations et des besoins particuliers, mais aussi comme des individus qui souhaitent un soutien adapté à leurs besoins (Slay et Robinson, 2011). Les services apprennent à travailler avec les gens et à ne pas faire les choses pour eux.

Les approches fondées sur les forces et les atouts ainsi que les approches de coproduction s'intéressent à l'identification des facteurs de protection qui favorisent la santé et le bien-être. Elles offrent la possibilité d'améliorer la qualité de vie et la longévité en mettant l'accent sur les ressources qui favorisent l'estime de soi et les capacités d'adaptation des individus et des communautés. La société pourrait bénéficier d'un effort plus concerté pour mener ses activités dans ce sens.

La voie à suivre pour l'Écosse?

Le modèle de prestation traditionnel ne traite pas les problèmes sous-jacents qui conduisent plusieurs personnes à s'appuyer sur les services publics. Celui-ci ne

parvient donc pas à résoudre ces problèmes, portant ainsi les germes de sa propre disparition. Les approches traditionnelles marginalisent les gens, en ne reconnaissant pas que les utilisateurs de services ont des forces et des atouts et qu'ils peuvent contribuer aux solutions. Ces approches préservent la dépendance qui stimule davantage la demande de services. En travaillant avec les gens plutôt qu'en faisant des choses pour eux, la coproduction a le potentiel de transformer la façon dont les services publics sont fournis, de sorte qu'ils soient mieux placés pour aider les gens à résoudre leurs problèmes de façon efficace et durable.

Le rapport récemment publié par la *Commission on the Future Delivery of Public Services in Scotland* (Commission sur l'avenir de la prestation des services publics en Écosse, Christie, 2011) a insisté sur la nécessité de travailler différemment en Écosse. La commission est fermement d'avis que « quelles que soient les difficultés économiques actuelles, un changement radical dans la conception et la prestation des services publics est nécessaire pour s'attaquer aux problèmes sociaux profondément enracinés qui persistent dans les communautés à travers le pays ». Un programme de réforme est nécessaire pour veiller à ce que :

« les services publics soient construits autour des personnes et des communautés, de leurs besoins, de leurs aspirations, de leurs capacités et de leurs compétences, tout en travaillant à développer leur autonomie et leur résilience » (*ibid*, section 8.2).

Cette réforme ne peut réussir que si les individus, les communautés et les organismes publics coproduisent les services qu'ils utilisent. Les services publics et les collectivités devront trouver un nouvel équilibre dans leur relation, afin d'améliorer la santé et le bien-être dans notre société.

¹ Le Chief Medical Officer for Scotland est le principal conseiller médical pour le gouvernement écossais. Il est aussi chef du service civil médical écossais. Sir Harry Burns occupe cette position depuis septembre 2005.

² Le Scottish Health Survey existe depuis 1995, mais c'est depuis 1998 qu'il y a un monitoring annuel de la santé des ménages écossais. Il produit de l'information détaillée sur les ménages afin notamment de contribuer à l'atteinte d'objectifs de performance du gouvernement écossais - *Scottish Government's National Performance Framework* - et l'atteinte de l'objectif stratégique suivant : *Helping people to sustain and improve their health, especially in disadvantaged communities, ensuring better, local and faster access to health care*. En ligne : <http://www.scotland.gov.uk/About/Performance/scotPerforms>

ⁱⁱⁱ Pour approfondir la thématique, lire : Landström, B. (2012). *La salutogénèse. Petit guide pour promouvoir la santé*. Presses de l'Université Laval.

^{iv} L'approche par les capacités (*capability approach*) telle que conceptualisée par A. Sen et M. Nussbaum a une étroite parenté avec les actions visant à agir sur les déterminants sociaux afin de réduire les inégalités de santé. La reconnaissance de la liberté doit être le but essentiel du développement, mais pour ce faire, la satisfaction des besoins fondamentaux - la santé, la littéracie, la sécurité économique - doit inclure aussi la liberté d'expression, la dignité, le respect de soi et la participation à la vie sociale en général. La création de l'Index de développement humain (1999) par le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD) découle d'ailleurs directement de cette visée de développement optimal du potentiel humain.

^v Selon Solomon et Anheier (1997), le tiers secteur est un ensemble d'institutions qui partagent cinq caractéristiques : elles sont organisées, elles sont privées, elles ne redistribuent pas de profit, elles sont autogérées et les membres y adhèrent volontairement. Voir <http://www4.uqo.ca>

Références

- Antonovsky, A. (1967), "Social Class, Life Expectancy and Overall Mortality", *The Milbank Memorial Fund Quarterly* 45 (2) pp. 31-73. dans Scottish Government (2009), *Health in Scotland 2008 Shedding Light on Hidden Epidemics : Annual Report of the Chief Medical Officer Health in Scotland 2008*. En ligne : [http:// www.scotland.gov.uk/Publications/2009/12/16103619/0](http://www.scotland.gov.uk/Publications/2009/12/16103619/0) (consulté le 6 mars 2012).
- Burns, H. (2011), *Annual Report of the Chief Medical Officer – Health in Scotland 2011, Assets for Health*. En ligne : <http://www.scotland.gov.uk/Re-source/0038/00387520.pdf> (consulté le 6 mars 2012).
- Christie, Campbell (2011), *Commission on the Future Delivery of Public Services*. Edinburgh: Scottish Government.
- Harrison, D. *et al.* (2004), *Assets for health and development: Developing a conceptual framework*. Venice: European Office for Investment for Health and Development, World Health Organization.
- Needham, C. and Carr, S. (2009), *Co-production: An emerging evidence base for adult social care transformation*. London : Social Care Institute for Excellence, Research Briefing 31.
- SCDC (2011), *Community development and co-production: Issues for policy and practice*. SCDC Discussion Paper 2011/02. Glasgow: Scottish Community Development Centre.
- Slay, J. and Robinson, B. (2010), *In this together: Building knowledge about co-production*. London: New Economics Foundation.

Traduction libre de :

Burns, H. (2013), "Assets for health". *Co-production of health and wellbeing in Scotland*. Governance International, Birmingham, Royaume-Uni, 28-33.

Coordonnées de l'auteur :

Sir Harry Burns
Chief Medical Officer for Scotland
 Courriel : cmo@scotland.gsi.gov.uk

La coproduction en Écosse : une mise à jour des politiques

Gerry Power, *Joint Improvement Team, Scottish Government*

Contexte

Les défis socioéconomiques auxquels fait face l'Écosse ont peu changé depuis les 12 mois succédant la parution de la première édition de ce livre. Cependant, et fort heureusement, il est évident que les établissements reconnaissent de plus en plus la nécessité de travailler encore plus étroitement avec les usagers et leur réseau de soutien, afin d'optimiser leur implication dans l'élaboration et la prestation de services de santé et de services sociaux.

Les statistiques du General Register Office for Scotland (Office du Registre Général pour l'Écosse, GROS 2010 : 22) prévoient qu'entre 2008 et 2033, l'Écosse connaîtra une hausse de 50 % de sa population de plus de 60 ans et une augmentation de 84 % de celle âgée de plus de 75 ans. On présume que si les modèles actuels de soins doivent répondre à l'incessante croissance de la demande de services, alors le budget de l'Écosse accordé aux soins pour les personnes âgées devra être augmenté du 5 milliards £ actuellement injectés à 8 milliards £ en 2031 (Joint Improvement Team, 2011 : p. 10). Ceci s'inscrit au sein d'un vaste contexte économique où le conseiller économique en chef du gouvernement écossais prévoit un déficit dans les finances publiques écossaises de 39 milliards £ sur une même période de temps (Scottish Government, juin 2010 : p. 10).

Le défi inévitable auquel font face les établissements du secteur public en Écosse est de savoir comment ils réagiront à une augmentation significative de la demande de services pendant une période de baisse soutenue des ressources financières. De toute évidence, il devient impératif que de nouveaux modèles de planification et de prestation de services soient développés et soutenus par un cadre législatif composé de politiques cohérentes et cohésives.

Les influences des politiques

Le programme *Reshaping Care for Older People* (Repenser la prise en charge des personnes âgées) du gouvernement écossais prévu sur une période de dix ans, ainsi que le financement qui lui est associé *Change Funds* (Fonds de changement) continuent de jouer un rôle clé en encourageant le développement de nouveaux modèles de services. Ceux-ci déploient la coproduction et le développement des capacités communautaires pour aider à relever les défis économiques et démographiques auxquels sont confrontés les services publics de l'Écosse. À travers le pays,

plusieurs exemples de bonnes pratiques financées par des *Change Funds* locaux ont émergé, et commencent à modifier la façon dont les usagers, les proches, les organismes communautaires et les professionnels travaillent avec le secteur public et le secteur privé pour repenser et dispenser des services. Quelques exemples sont inclus dans ce livre, et il est planifié d'en mettre beaucoup d'autres en évidence à travers les 32 partenariats du *Change Funds* écossais, présents sur le site Web du Joint Improvement Team (JIT).

Comme discuté dans un chapitre précédent par Sir Harry Burns, officier médical en chef pour l'Écosse, l'intégration de la coproduction comme élément central de la politique de soins de santé et services sociaux du gouvernement écossais a été nettement influencée par la philosophie de la salutogénèse d'Aaron Antonovsky (Scottish Government, 2009). Elle constitue aussi une base pour l'élaboration d'une approche axée sur les forces et les atouts des personnes et des communautés pour la planification ainsi que la prestation de soins de santé et de services sociaux en Écosse. Ceci est également en lien avec une *person centred ambition* (ambition centrée sur la personne) décrite dans la *Healthcare Quality Strategy for NHS Scotland* (Stratégie de qualité des soins de santé en Écosse) (Scottish Government, 2010), qui fait la promotion d'un modèle de soins de santé basé sur :

« [...] des partenariats mutuellement bénéfiques entre les patients, leurs familles et les prestataires de services et de soins de santé qui respectent les besoins et les valeurs individuels et qui reflètent compassion, continuité, communication claire ainsi que prise de décision partagée » (*ibid* : p. 7).

Tout ceci concorde clairement avec la définition de coproduction de Boyle et Harris (2009 : p. 11).

La nécessité d'une approche « mutuelle » pour la prestation de services a été renforcée en juin 2011 avec la publication du rapport de la Commission on the Future Delivery of Public Services (Christie, 2011) qui a déclaré qu'« [...] à moins que l'Écosse adopte une nouvelle culture radicale par nos services publics, à la fois les budgets et les provisions s'effondreront sous la pression » (*ibid* : p. viii). Pour atteindre cet objectif, la commission recommande d'urgentes réformes pour les services publics en Écosse; le premier objectif clé étant de « [...] faire en sorte que nos services publics soient construits autour des personnes et des communautés, de leurs besoins, leurs aspirations, leurs capacités et leurs compétences, et que ceux-ci travaillent à développer leur autonomie et leur capacité de résilience [...] » (*ibid*).

Le rapport poursuit en référant aux principes de coproduction comme étant les bases de cet objectif et cite des exemples tels que le *Self Management Fund* (Fonds d'autogestion) géré par le gouvernement écossais et l'ALLIANCE (Alliance de la santé et des services sociaux de l'Écosse) comme une façon de réaliser la copro-

duction à travers la personnalisation, c'est-à-dire la planification et la prestation de services dirigés par les usagers. Christie cite également la recherche menée par Alzheimer Écosse en 2010 qui a démontré que « [...] lorsqu'habilitées à diriger leur propre soutien, les familles combinent efficacement les ressources de l'État autour de leurs propres réseaux naturels afin de créer un véritable soutien personnalisé [...] » (*ibid* : p. 26).

Réponse du gouvernement

La réponse *Renewing Scotland's Public Services* (Renouvellement des services publics de l'Écosse) du gouvernement écossais au rapport Christie adoptait bon nombre de recommandations de la commission, reconnaissant la nécessité d'une réforme de la fonction publique, et ce, autour de quatre piliers :

- La prévention « [...] vise directement à améliorer les effets/résultats et à réduire la demande pour une gamme de services et de soins actifs [...] en [...] mieux utilisant les talents, les capacités et le potentiel de notre peuple et de nos communautés [...] » (Scottish Government, 2011 : p. 6 et 8).
- Le partenariat sera « [...] global et participatif, mobilisant l'ensemble des talents et des capacités des organismes publics, des citoyens, des organisations du tiers secteur et des entreprises locales [...] et [...] lorsque approprié [...] accordera une plus grande responsabilité et plus de contrôle aux mains des citoyens et des communautés [...] » (Scottish Government, 2011 : p. 10).
- Le développement de la main-d'œuvre : « [...] en s'appuyant sur la recommandation de Christie indiquant que le personnel de première ligne travaillant auprès des personnes et des communautés est le mieux placé pour planifier et fournir des services ». Une des priorités du gouvernement écossais est que « [...] la direction et le personnel de première ligne dans les services publics doivent être encouragés et soutenus pour se préparer au changement, promouvoir l'innovation, adopter de nouvelles approches, améliorer les performances et impliquer les communautés ainsi que les usagers de services dans l'élaboration des services publics [...] » (Scottish Government, 2011 : p. 14).
- L'amélioration de la performance – Christie souligne l'importance des effets/résultats dans l'amélioration et la mesure du rendement. En retour, le *Renewing Scotland's Public Services* appelle à « [...] plus de clarté concernant les objectifs des organismes publics, offrant ainsi une mesure transparente du progrès ainsi qu'une analyse comparative [...] » (Scottish Government, 2011 : p. 16).

Ces quatre piliers s'inscrivent clairement dans une direction au sein de laquelle les principes de coproduction se retrouvent au cœur du processus d'élaboration et de prestation avec les citoyens et les communautés, en tant que partenaires à part entière tant avec les prestataires de services publics que privés. Le *Renewing Scotland's Public Services* décrit une vision à partir de laquelle le « fil d'Ariane » de la coproduction et de la capacité de la communauté peut être attribué à d'autres planifications et législations du gouvernement écossais, ce qui inclut :

- **L'âge, le domicile et la communauté : la *Scottish Government's Housing Strategy for Older People*** (Stratégie du gouvernement écossais sur le logement social pour les personnes âgées, 2011) reconnaît que le logement et les services y étant rattachés constituent une façon efficiente pour les personnes âgées de vivre de manière aussi indépendante que possible à la maison, plutôt qu'à l'hôpital ou dans les foyers de soins. Cela peut être offert seulement par un partenariat concerté et coordonné avec les personnes âgées, les communautés locales et les prestataires de services. L'importance du soutien au logement pour ce programme est abordée plus amplement dans le chapitre de Jackie Walder de ce livre.

- **Le *Self-Directed Support (Scotland) Bill*** (projet de loi sur le soutien autodirigé, Scottish Government, février 2012) qui est à un stade avancé dans son processus législatif a, au cœur de ses préoccupations, le principe du choix dans la façon dont les gens vivent leur vie, où ils vivent et ce qu'ils font. S'ajoute à cela le contrôle que les gens ont dans la détermination et l'exécution du « qui, quoi, quand et comment » leur soutien est prévu. Fondamentalement, le projet de loi souligne que le processus pour fournir un soutien autodirigé s'effectue par la coproduction, appuyée du soutien conçu et offert en partenariat égal entre les personnes et des professionnels.

- La ***Scotland's National Dementia Strategy*** (Stratégie nationale de l'Écosse sur la démence, Scottish Government, 2010) concorde fortement avec le *Renewing Scotland's Public Services* et le soutien autodirigé. Elle précise les droits des personnes ayant un diagnostic de démence et leurs proches aidants à faire partie des décisions qui les touchent et à participer pleinement à la planification des soins. En outre, cette stratégie souligne la nécessité de mieux utiliser les réseaux naturels, le soutien par les pairs et les ressources variées de la communauté afin que les personnes atteintes puissent être en mesure de mieux vivre avec la démence et continuer à faire partie de leur communauté.

- **L'*Integration of Health and Social Care Bill*** (Projet de loi sur l'intégration des soins de santé et des services sociaux, Scottish Government, septembre 2012) est en cours d'élaboration à la suite d'une vaste consultation. Les partenariats auront comme exigence de renforcer le rôle des cliniciens et des professionnels de la san-

té, avec le tiers secteur et le secteur privé, dans la planification et la prestation des services (reflétant le pilier du développement de la main-d'œuvre ci-dessus).

▪ **Le *Community Empowerment Bill*** (Projet de loi sur l'empowerment communautaire, Scottish Government, août 2012) est un autre projet de loi qui est en processus législatif. Le gouvernement écossais souhaite que les communautés obtiennent la chance d'en faire plus pour elles-mêmes et que les gens participent et aident à décider ce qui se passe là où ils vivent. Cela signifie de rendre la participation des communautés plus facile pour qu'elle puisse avoir leur mot à dire, et ce, en les aidant à posséder terrains et bâtiments dans leur région, et à faire le meilleur usage des ressources locales.

Le *National Person-Centred Health and Care Programme* (Programme national de soins de santé centrés sur la personne), lancé en novembre 2012, est central à cette même préoccupation. Au centre de ce programme de travail supplémentaire, le filon conducteur qu'est la coproduction s'intitule *People Powered Health and Well-being; Shifting the Balance of Power* (La santé et le bien-être, pour et par les personnes : déplacer l'équilibre du pouvoir). Ceci est décrit avec plus de détails dans un chapitre de ce livre par Ian Welsh et Shelly Gray.

Il est également important de rappeler que deux *Change Funds* supplémentaires, qui visent des résultats similaires, ont été annoncés en 2011 pour des interventions lors des premières années de la vie et pour réduire les risques de récurrences. Selon la perspective d'intervenir dès les premières années de la vie, cette annonce permet de développer trois cadres de référence liés à cette politique sociale : *Achieving Our Potential* (Réaliser notre potentiel, Scottish Government, novembre 2008), *Early Years Framework* (Cadre de référence des premières années, Scottish Government, janvier 2009) et *Equally Well* (Le bien-être pour tous et toutes, Scottish Government, juin 2010). Cette politique adopte une approche basée sur les forces et les atouts dans la lutte contre les inégalités qui influencent le développement et les perspectives de vie future pour les enfants. Elle est également cohérente avec le soutien que le gouvernement accorde pour des programmes tels que le *Family Nurse Partnership Programme in Scotland* (Programme de partenariat des infirmières familiales en Écosse, juillet 2011), dont la première phase a été récemment évaluée.

Opportunités et défis pratiques

Comme l'ont reconnu Sigerson et Gruer (2011 : p. 1) dans leur récent article sur les approches fondées sur les forces et les atouts afin d'améliorer la santé, l'importance de l'effort en termes d'investissement pour réaliser ce changement signifie que « [...] le défi est maintenant d'évaluer l'impact et l'efficacité des coûts des approches

basées sur les forces et les atouts en Écosse dans le cadre d'un processus d'évaluation robuste et pertinent [...] ».

L'on reconnaît qu'il existe certaines preuves indiquant que la coproduction ainsi que les approches fondées sur les forces et les atouts contribuent au bien-être des individus et aussi à des préoccupations financières de base (Loeffler et Watt, 2009; Sigerson et Gruer, 2011). Cependant, ces preuves sont principalement de nature qualitative et il est difficile d'établir des liens précis entre la cause et l'effet de l'investissement dans la coproduction et son impact précis sur la santé et les résultats financiers. La nécessité d'une méthodologie d'évaluation explicite qui peut légitimer cette approche est donc claire, et des auteurs tels que Sigerson et Gruer (2011 : p. 6-7) ont réfléchi sur la forme que cela pourrait prendre.

Une méthode qui a été utilisée depuis un certain temps par la santé publique et des spécialistes pour l'amélioration de la santé est celle de l'analyse de contribution (*Contribution Analysis*). Celle-ci est actuellement testée dans trois sites pilotes par le JIT, en accord avec les orientations publiées par le gouvernement écossais (décembre 2009). La méthode fut développée à l'origine par John Mayne en 2001

« [...] pour des situations où la conception d'une expérimentation afin de tester des causalités est impossible. L'analyse de contribution cherche à prendre de plain-pied ce défi en mettant l'accent sur les aspects qui ont trait à la "contribution", spécifiquement en regard de l'évaluation des résultats (autant positifs que négatifs) comme conséquence d'une politique, d'un programme ou d'une activité dans un service [...] » (*ibid* : p. 1).

Contrairement à l'analyse de cause à effet classique, cette méthode ne tente pas de prouver qu'un quelconque facteur, comme une politique, a causé un résultat spécifique, mais construit plutôt une histoire de la performance, démontrant ainsi l'influence que certaines activités ont eue dans la conduite du changement, possiblement avec d'autres facteurs. Les travaux sur l'utilisation de cette méthodologie sont à un stade précoce et l'auteur espère faire un rapport sur les progrès au cours de l'année 2013. Il est à espérer que les résultats des trois sites d'essai seront présentés à la fin de 2013.

Conclusions

Deux ans après la mise en œuvre du *Older Person's Change Funds* (Fonds de changement pour les personnes âgées), la logique des approches de coproduction pour aider à combler le déficit entre l'offre et la demande en matière de santé et de services sociaux en Écosse semble être de plus en plus reconnue par les partenariats. Les modalités pratiques de mise en œuvre prouvent toutefois qu'elles sont plus difficiles à réaliser. Au début du processus, le JIT a identifié qu'une des raisons était l'absence d'un processus logique ou d'une boîte à outils qui pourraient soutenir les partenaires à développer la coproduction au sein et entre leurs organisations et les

communautés qu'ils desservent. En 2012, le JIT, en collaboration avec Governance International (Gouvernance Internationale), a offert un programme de formation pour aider les partenaires à développer des approches pratiques pour la mise en œuvre de la coproduction. Les commentaires sur ces programmes ont été très positifs. Certains partenaires ont indiqué qu'ils voudraient maintenant un soutien spécifique et sur mesure pour développer la coproduction localement entre eux. Le JIT et Governance International ont déjà commencé ce type de travail dans le cadre d'un partenariat. Au cours de 2013-2014, le JIT va continuer à fournir un soutien continu pour tous les partenariats reliés à ce programme et tentera de répondre aux besoins locaux, lorsque nécessaire.

ⁱ Loeffler, E., *et al* (2012), *Making health and social care personal and local*, Governance International, Birmingham, Royaume-Uni

ⁱⁱ Le gouvernement, afin d'appuyer ce changement majeur de culture, a créé un fond de 300 millions de livres sterling s'échelonnant sur quatre années financières (2011 à 2015).

ⁱⁱⁱ Walder, J. *Housing and Prevention*, pp. 120-26 dans Loeffler et Bovaird, *op.cit.*

^{iv} Le Social Care (Self-Directed Support) (Scotland) Act 2013 entrera en vigueur le 1^{er} avril 2014.

Références

- Antonovsky, A. (1967), « Social Class, Life Expectancy and Overall Mortality », *The Millbank Memorial Fund Quarterly* 45 (2) pp. 31 – 73. dans Scottish Government. (2009), *Health in Scotland 2008 Shedding Light on Hidden Epidemics : Annual Report of the Chief Medical Officer Health in Scotland 2008*. En ligne : <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2009/12/16103619/0> (consulté le 15 novembre 2011)
- Boyle, D. et Harris, M. (2009), *The Challenge of Co-production*, NESTA, London. Christie, Campbell (2011), *Commission on the Future Delivery of Public Services*. Scottish Government.
- General Register Office for Scotland (2010), *Scotland Population 2009*, page 22. *L'Alliance de la santé et des services sociaux de l'Écosse*. En ligne : <http://www.gro-scotland.gov.uk/files2/stats/annual-review-09/rgar2009.pdf> (consulté le 28 avril 2011).
- Joint Improvement Team (2011), *Reshaping Care for Older People*, page 10. Edinburgh : Scottish Government.
- Loeffler, E. et Watt, P. (2009), *Understanding the Efficiency Implications of Coproduction*. Commissioned Summary Report. Local Authorities and Research Councils Initiative. En ligne : <http://www.rcuk.ac.uk/document/innovation/larci/Larci.CoproductionSummary.pdf> (consulté le 31 mars 2011)

- Scottish Government (Décembre 2010), About the Community Payback Order. En ligne : <http://www.scotland.gov.uk/Topics/Justice/public-safety/offender-management/offender/community/examples/payback/CPO> (consulté le 21 novembre 2011).
- Scottish Government (Novembre 2008), Achieving Our Potential: A Framework to Tackle Poverty and Income Inequality in Scotland. En ligne : <http://scotland.gov.uk/Publications/2008/11/20103815/0> (consulté le 21 novembre 2011).
- Scottish Government (Décembre 2011), Age, Home and Community: A Strategy for Housing for Scotland's Older People: 2012–2021. En ligne : <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2011/12/16091323> (consulté le 12 décembre 2012).
- Scottish Government (Août 2012), Community Empowerment and Renewal Bill. En ligne : <http://www.scotland.gov.uk/Resource/0039/00394566.pdf> (Consulté le 12 décembre 2012).
- Scottish Government (Décembre 2009), Contribution Analysis Guide 6 in the Social Science Methods Briefings series. En ligne : <http://www.scotland.gov.uk/Topics/Research/About/Social-Research/Methods-Guides/Guide-6> (consulté le 21 novembre 2011).
- Scottish Government (Janvier 2009), Early Years Framework. En ligne : <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/257007/0076309.pdf> (consulté le 21 novembre 2011).
- Scottish Government (Juin 2010), Equally Well Review. En ligne : <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/315880/0100454.pdf> (consulté le 21 novembre 2011).
- Scottish Government (Septembre 2012), Integration of Adult Health and Social Care Bill – Programme for Government. En ligne : <http://www.scotland.gov.uk/About/Performance/programme-for-government/2012-13/Adult-Health-Bill> (consulté le 12 décembre 2012).
- Scottish Government (Juin 2010), Outlook for Scottish Government Expenditure : June 2010 Emergency Budget Update, page 10. En ligne : <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/918/0101175.pdf> (consulté le 15 novembre 2011).
- Scottish Government (Septembre 2011), Renewing Scotland's Public Services – Priorities for Reform in Response to the Christie Commission. En ligne : <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2011/09/21104740/0> (consulté le 20 novembre 2011).
- Scottish Government (Juillet 2011), The Evaluation of the Family Nurse Partnership Programme in Scotland : Phase 1 Report – Intake and Early Pregnancy. En ligne : <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2011/07/28142203/0> (consulté le 21 novembre 2011).
- Scottish Government (Mai 2010), The Healthcare Quality Strategy for NHS Scotland. En ligne : <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/311667/0098354.pdf> (consulté le 15 novembre 2011).
- Sigerson, D. and Gruer, L. (2011), Asset-based Approaches to Health Improvement. En ligne : <http://www.healthscotland.com/uploads/documents/17101-asset-BasedApproachestoHealthImprovementBriefing.pdf> (consulté le 15 novembre 2011).

Traduction libre de :

Power, G. (2013), "Coproduction in Scotland — A policy update". Co-production of health and wellbeing in Scotland. Governance International, Birmingham, Royaume-Uni, p. 34-45 .

Coordonnées de l'auteur :

Gerry Power (MSc, MBA ,BSc.)
National Lead – Co-production and Community Capacity (Reshaping Care for Older People Programme)
Joint Improvement Team, Scottish Government
 Courriel : Gerry.Power@scotland.gsi.gov.uk

Talking Points : une approche centrée sur les résultats personnels dans les soins de santé et les services sociaux

Chris Bruce, *Joint Improvement Team, Scottish Government*

« Les résultats personnels peuvent être définis comme étant ce qui importe pour les personnes utilisatrices de services, de même que les résultats finaux ou l'impact des activités; ils peuvent être utilisés à la fois pour déterminer une activité et évaluer celle-ci » (Cook et Miller, 2012).

Talking Points est une approche organisationnelle centrée sur les résultats personnels, c'est-à-dire qui place les personnes utilisatrices de services ainsi que leurs proches aidants au centre de leur propre soutien, et qui se base sur des données probantes. Au centre de cette approche, on retrouve une conversation avec l'utilisateur ou avec un proche aidant non rémunéré qui vise à comprendre dans quelle mesure cette personne atteint les résultats importants pour elle, dans sa vie. Ces conversations sont un élément essentiel pour bâtir la relation entre les praticiens, les personnes qui utilisent les services et leurs familles. L'approche situe la coproduction au sein des interactions quotidiennes avec les individus, car elle implique une négociation et une prise de décision basée sur ce qui est important pour la personne, tout en rassemblant les points de vue de tous les acteurs clés. Les praticiens considèrent que l'approche les ramène à leurs valeurs fondamentales, en leur permettant de s'engager avec les personnes, contrairement à certaines approches d'intervention plus orientées sur la procédure, lesquelles prévalent ces dernières années, où l'on doit cocher des cases lors de l'évaluation.

Au cours des 15 dernières années, les chercheurs ont tenté de comprendre les résultats qui sont importants pour les utilisateurs de services et les proches aidants non rémunérés. Cette recherche a été résumée dans les trois cadres de référence de *Talking Points*, qui cernent les résultats les plus importants pour :

- les usagers;
- les proches aidants non rémunérés;
- les personnes vivant dans un foyer d'accueil.

Le cadre de travail de *Talking Points* classe les résultats importants pour les personnes en trois grandes catégories :

- Les résultats relatifs à la **qualité de vie** (également connus sous le nom de « résultats de maintien ») font référence à tous les aspects de la vie qu'une personne travaille et souhaite atteindre ou maintenir. Les résultats relatifs à la qualité de vie sont nécessairement atteints par le travail hors des fron-

tières propres aux différents programmes et services, et en partenariat avec la personne utilisant le service, sa famille et la communauté locale.

- Les résultats liés au **processus** se rapportent à l'expérience vécue par les individus lorsqu'ils recherchent, obtiennent et utilisent des services et du soutien. Ces résultats peuvent avoir une influence significative sur l'atteinte d'autres résultats.
- Les résultats liés au **changement** réfèrent aux améliorations du fonctionnement physique, mental ou émotionnel que les individus recherchent à travers tout type d'intervention ou de soutien. Pour certaines personnes, il pourrait être possible d'identifier un point où le changement a été réalisé, puis de constater que l'accent se déplace et vise à maintenir une bonne qualité de vie. Pour d'autres, il peut être nécessaire de se concentrer sur de petits changements pendant de courtes périodes, en particulier lors de la gestion de symptômes de maladie dégénérative ou vers la fin de vie.

Des organisations et des praticiens ont employé l'*Exchange Model of Assessment* (modèle échangiste d'évaluation, Figure 1) qui s'est avéré particulièrement utile pour réfléchir différemment à la notion d'engagement. Ce modèle met l'accent sur la nature collaborative de l'évaluation, la planification du soutien et de l'évaluation de l'intervention, en démontrant comment les points de vue de l'utilisateur, du proche aidant, de l'intervenant ainsi que celui de l'organisation sont mis en commun pour négocier, se mettre d'accord et noter les résultats. Le concept de négociation est important dans le contexte des contraintes du monde réel. Pour le praticien, il peut y avoir initialement des défis à concilier les résultats identifiés par l'individu avec les résultats recherchés comme professionnel.

Par exemple, de nombreux professionnels de la santé utilisent déjà des outils de mesure de résultats pour comprendre les besoins individuels et les progrès réalisés en termes de bon fonctionnement. L'adoption d'une approche fondée sur les résultats personnels ne nie pas l'importance de ces résultats. Au contraire, elle met l'accent sur la différence que les changements font sur tous les aspects de la vie de la personne.

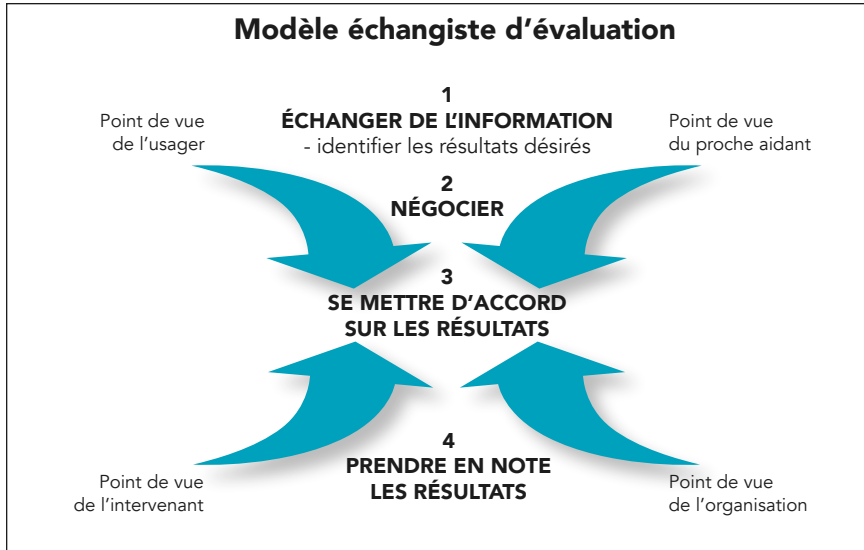


Figure 1 : The Exchange Model of Assessment (Smale *et al.* 1993)

Le processus d'échange (voir la Figure 1) commence par l'élaboration d'une compréhension de la vie de la personne avec cette dernière, l'identification des résultats qu'elle souhaite atteindre ainsi que les obstacles et les appuis pour y parvenir. Il a été démontré que l'on obtient de meilleurs résultats dans ce type d'échange lors d'une conversation semi-structurée qui donne de l'espace aux deux parties pour réfléchir et réagir à ce qui est dit. Cette conversation peut être construite autour du cadre de travail de *Talking Points*. Des guides pour chaque étape ont été développés pour la pratique par les praticiens (voir la Figure 2; Cook et Miller, 2012).

Dans certains cas, les individus et les proches aidants peuvent avoir une idée bien développée de ce qu'ils veulent dans la vie et de comment ils peuvent être appuyés. Cependant, beaucoup de gens peuvent parfois se sentir débordés et sous-informés sur leur situation et les options possibles. L'engagement fournit une opportunité pour la personne de réfléchir sur sa situation et sur les possibilités d'aller de l'avant, et peut nécessiter plus d'une conversation. La manière dont un praticien aborde cette partie du processus, et de manière cruciale, le temps dont il dispose, influenceront la solidité du plan d'intervention à la fin. Le processus de négociation offre la possibilité de s'appuyer sur les ressources, les points forts et les capacités de l'individu. L'adoption d'approches centrées sur les solutions peut être utile à cette fin, comme illustré dans le guide *Talking Points*.

Une approche centrée sur les résultats personnels soutient également la coproduction, car l'étape de la planification consiste à examiner le rôle que la personne

elle-même peut jouer pour contribuer aux résultats désirés. Ceci est contraire aux manières de faire dans un système de santé et de services sociaux centré sur les services, où les problèmes individuels sont modelés pour s'adapter à une gamme de services prédéterminés. La conversation devrait toujours impliquer la prise en compte des ressources que l'individu possède, tout en considérant le rôle d'autres soutiens et services.

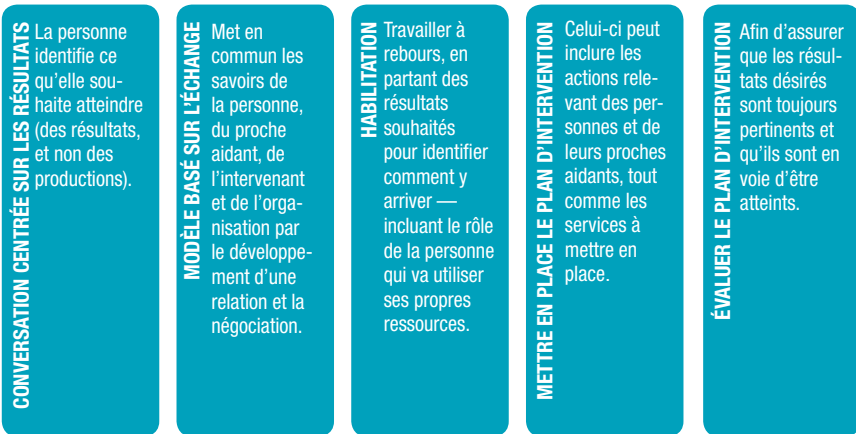


Figure 2: Good conversations

Tout d'abord, l'engagement par rapport aux résultats constitue la première étape essentielle pour l'implantation d'une pratique de travail basée sur les résultats. Ensuite, il y a la prise en note des résultats pertinents identifiés à travers la conversation, dans le plan de soutien, pour permettre à la personne de travailler à l'atteinte des résultats désirés. À un stade ultérieur, il est essentiel que les résultats soient examinés avec la personne pour évaluer les progrès et déterminer si des changements au plan d'intervention sont nécessaires. Enfin, l'information enregistrée à partir de ces conversations devrait être compilée, analysée et utilisée pour éclairer les décisions prises au niveau de l'organisation en ce qui concerne la planification et la mise en œuvre de services. Cette utilisation de l'information place les résultats des individus au centre du processus de prise de décision et veille à ce que des améliorations soient dictées par les priorités des usagers et des proches aidants. Ces trois éléments clés constituent les pierres angulaires de l'approche *Talking Points*: l'engagement, la prise de notes et l'utilisation de l'information.

L'information découlant des résultats personnels peut être utilisée dans plusieurs buts. La nature riche et détaillée de l'information recueillie signifie qu'elle est particulièrement utile à des fins d'amélioration. Cependant, sa nature subjective (comme pour toute information issue d'expériences personnelles) limite la mesure dans

laquelle des généralisations peuvent être faites à partir de ces données agrégées, et contraint ainsi l'utilisation d'information pour les rapports de performance. Cela dit, de nombreuses organisations ont regroupé les données sur les résultats personnels au niveau des services et ont utilisé cette information quantitative, aux côtés d'autres mesures, afin d'être informées sur les processus de gestion, d'inspection et de réglementation. L'expertise se développe en utilisant des données qualitatives sur les résultats dans plusieurs organisations qui s'avèrent précieuses pour comprendre comment les résultats sont atteints et où se situent les limites. Il y a aussi un intérêt croissant pour la manière dont l'information sur les résultats personnels peut éclairer les processus et la refonte de la planification et l'attribution de contrats de service.

En résumé, les approches centrées sur les résultats personnels, comme *Talking Points*, soutiennent la coproduction avec les façons clés suivantes :

- Implique des conversations avec la personne qui sont fondées autour de ses priorités dans la vie, rassemblant les points de vue de toutes les parties concernées, comme illustré dans le modèle d'échange.
- Planifie la façon d'atteindre les résultats et, dans un désir de distanciation des approches centrées sur les services, inclut également la réflexion du rôle que l'individu va jouer dans l'atteinte de ses résultats, ainsi que le rôle des autres personnes dans sa vie, en plus des autres soutiens et services.
- Utilise des données agrégées sur les résultats personnels — au niveau de l'équipe de travail, des services ou de l'organisation, afin de comprendre comment les résultats ont été atteints, où sont les limites, et permettre ainsi une meilleure prise de décision sur les améliorations, la planification et l'attribution de contrats de service.

Cet article est basé sur le guide de pratique Talking Points (Cook et Miller, 2012), disponible en ligne à <http://www.jitscotland.org.uk/action-areas/talking-points-user-and-carer-involvement>

Références

Smale, G. *et al.*, (1993). "Empowerment, assessment, care management and the skilled worker", *National Institute for Social Work Practice and Development Exchange*, London, HMSO

Traduction libre de :

Bruce, C. (2013), "Talking Points : a personal outcomes approach for health and care services and support". Co-production of health and wellbeing in Scotland. Governance International, Birmingham, Royaume-Uni, 126-131

Coordonnées de l'auteur :

Chris Bruce

Lead on Outcomes, Joint Improvement Team, Scottish Government

Courriel : chris.bruce@scotland.gsi.gov.uk

La coproduction : vecteur de changement en soins de santé et services sociaux

Ian Welsh, *Health and Social Care Alliance Scotland*

Shelley Gray, *Health and Social Care Alliance Scotland*

« Nous devons impliquer la population de l'Écosse dans une plus grande mesure à la coproduction de la santé et des soins de santé, par la reconnaissance et la valorisation de la diversité, par la promotion d'une approche centrée sur la personne et par l'implication des personnes dans la conception et la prestation des soins de santé. » (*Healthcare Quality Strategy*ⁱ)

La notion de coproduction n'est pas nouvelle dans les politiques de soins de santé et de services sociaux. En effet, la Health and Social Care Alliance Scotland (Alliance de la santé et des services sociaux de l'Écosse, ALLIANCE), auparavant Long Term Condition Alliance Scotland, s'est formée autour d'un programme d'autogestion (*self management*) fortement enraciné dans la coproduction. D'autres organisations ont également défendu pendant longtemps la coproduction dans ce domaine, comme le Scottish Community Development Centre (SCDC) avec ses travaux sur la santé communautaire; le secteur des troubles d'apprentissage qui met l'accent sur les approches centrées sur la personne; le mouvement de défense des droits de l'utilisateur dans le champ de la santé mentale; et le travail d'organisations telles que l'Institute for Research and Innovation in Social Services (Institut de recherche et d'innovation dans les services sociaux, IRISS). Toutes ces organisations ont placé la coproduction au cœur de la conception des services.

L'autogestion offre un exemple de coproduction à tous les niveaux. La *Self Management Strategy* (Stratégie nationale de l'autogestion) — Gaun Yerselⁱⁱ — a été développée par des personnes vivant avec des maladies chroniques et sa mise en œuvre a été menée par ces mêmes personnes et communautés, soutenues par l'ALLIANCE. Les nombreux projets soutenus par le *Self Management Fund* (Fonds d'autogestion), sont conçus et offerts par des gens qui vivent avec des maladies chroniques, souvent en travaillant avec le tiers secteur et le secteur public.

De façon plus large, l'ALLIANCE est composée de nombreuses organisations mettant la coproduction en pratique, à la fois dans leur développement et leur prestation des services et dans la manière dont elles collaborent avec le secteur public pour leur permettre de travailler en partenariat avec ceux qu'elles cherchent à servir. Le *Breakthrough Service Pledge* vise à faciliter l'amélioration des services et une nouvelle conception de ceux-ci grâce à un modèle qui développe le pouvoir d'agir des usagers et des intervenants; Chest, Heart and Stroke Scotland appuie d'autres organisations à utiliser son modèle *Voices*, qui permet aux gens d'acquérir des compétences et de la confiance ainsi que de travailler ensemble pour influen-

cer les services locaux; et le Scottish Recovery Network développe de nouveaux rôles pour et par les pairs dans le secteur de la santé mentale en Écosse. Plusieurs des plus petites organisations membres de l'ALLIANCE sont des produits et des vecteurs de la coproduction, ayant souvent été créées par des personnes afin d'aider d'autres vivant avec des expériences similaires et ainsi veiller à ce qu'elles et leurs pairs aient un mot à dire dans les politiques, le soutien et les services.

Il y a beaucoup d'autres exemples qui démontrent comment la coproduction entraîne déjà des changements dans le domaine de la santé et des services sociaux en Écosse. Toutes ces approches valorisent l'expérience des gens et soutiennent les personnes vers une prise de contrôle de leur vie, tant comme personne que comme communauté; elles aident aussi les gens à vivre mieux et à conserver plus longtemps leur qualité de vie. Elles incarnent le principe central de la Commission Christieⁱⁱⁱ, qui a plaidé pour une approche non pas menée, ou totalement tributaire des services formels, mais qui vise à tirer parti de la capacité des individus et des communautés à être des partenaires en matière de santé et de soins.

Le tiers secteur est essentiel pour permettre aux forces ainsi qu'aux atouts individuels et communautaires de s'épanouir. Il fournit l'infrastructure de soutien à travers laquelle les gens se réunissent, développent des compétences et de la confiance, en plus de se soutenir mutuellement.

En Écosse, il y a beaucoup à célébrer en ce qui concerne la coproduction, mais une certaine distance demeure entre le point où nous sommes maintenant et la vision de la Commission Christie selon laquelle la coproduction devient le courant par lequel l'Écosse embrasse « [...] une nouvelle culture radicale de collaboration dans tous nos services publics » (2011).

Programme national de soins et de santé centrés sur la personne

Dans le domaine de la santé et des soins, nous avons une importante occasion d'accélérer les progrès à travers le nouveau *National Person-Centred Health and Care Programme* (Programme national de santé et de soins centrés sur la personne). Lancé en novembre 2012, il a pour objectif de mettre en œuvre la *Healthcare Quality Strategy* (Stratégie de qualité des soins de santé) qui a pour ambition d'être centrée sur la personne :

« Pour parvenir à des partenariats mutuellement bénéfiques entre les patients, leurs familles et ceux offrant des services de soins de santé. Des partenariats qui démontrent de la compassion, de la continuité, de la communication claire et une prise de décision partagée » (2010).

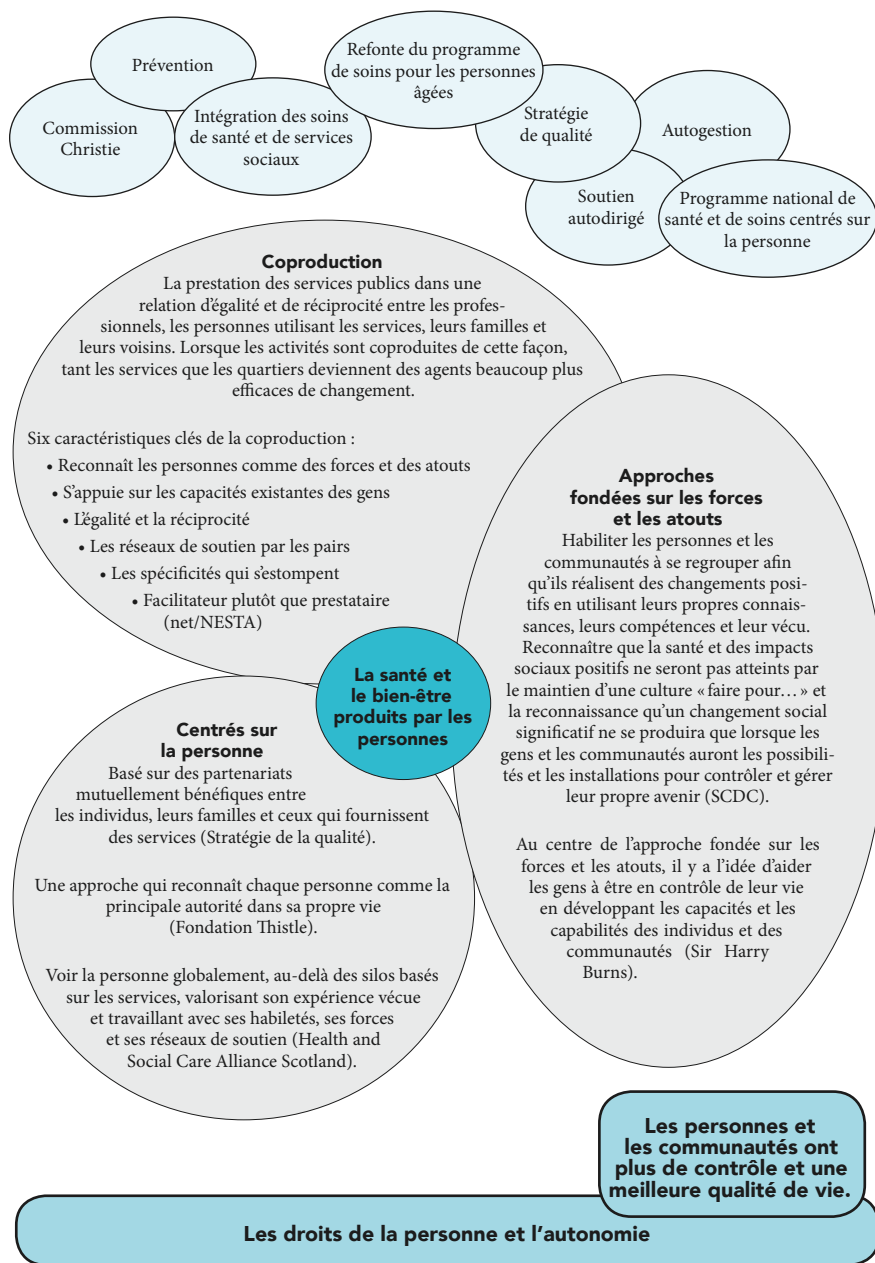
L'ambition est de s'appuyer sur des milieux d'excellence et par la coproduction, de viser l'amélioration et la diffusion des approches centrées sur la personne dans les soins de santé et de services sociaux. Pour 2015, des améliorations sont visées dans les secteurs suivants :

- l'expérience de soins;
- l'expérience du personnel;
- la coproduction.

L'ALLIANCE a déjà commencé à travailler avec le Joint Improvement Team (JIT) et le Scottish Coproduction Network, ainsi qu'avec d'autres partenaires, afin de faire progresser le fil conducteur de la coproduction. Ceci prendra la forme du programme *People Powered Health and Wellbeing; Shifting the balance of power* (La santé et le bien-être pour et par les personnes : déplacer l'équilibre du pouvoir) qui vise globalement à :

- Entraîner le changement culturel pour soutenir la coproduction;
- Renforcer les capacités pour qu'il y ait coproduction entre les usagers, la prestation et la conception des services;
- Travailler avec le projet d'accès à l'information locale pour appuyer l'auto-gestion d'ALISS (*Access to Local Information to Support Self Management*) et IRISS afin de soutenir la cartographie des ressources locales;
- Renforcer la capacité de leadership des personnes, des communautés et du tiers secteur;
- Travailler avec l'autre *National Programme Leads* afin de veiller à ce que la coproduction entraîne une amélioration des soins et de l'expérience du personnel.

Au cours des trois prochaines années, le programme *People Powered Health and Wellbeing; Shifting the balance of power* se concentrera plus particulièrement à améliorer de façon significative la capacité de coproduction à travers les soins de santé et les services sociaux en Écosse. Cela nécessitera un changement culturel fondamental, sous-tendu par des changements dans les attitudes, les comportements et les systèmes. Ce programme national offre une occasion importante de travailler à tous les niveaux : individuel, systémique, politique ainsi que sur l'environnement politique.



La coproduction, les approches centrées sur la personne et les approches fondées sur les forces et les atouts sont étroitement liées et leurs concepts se renforcent mutuellement. La coproduction est la clé pour mener à terme la conception, la prestation et l'amélioration continue du soutien et des services centrés sur la personne. À titre d'organisme de bienfaisance écossais indépendant et de partenaire stratégique du gouvernement écossais, l'ALLIANCE travaille avec plus de 270 membres vers la vision d'une Écosse où les personnes handicapées ou atteintes de maladies chroniques et les proches aidants ont une voix forte et jouissent de leur droit à vivre pleinement, en tant que citoyens actifs à part entière et avec un soutien dont ils sont le centre.

L'ALLIANCE l'accomplit par le biais de trois objectifs clés :

- S'assurer que les gens soient au centre, que leurs voix, leur expertise et leurs droits dirigent les politiques et soient au cœur de la conception, de la prestation et de l'amélioration du soutien et des services.
- Soutenir le changement transformationnel vers des approches qui soient de nature préventive et qui travaillent avec les ressources individuelles et communautaires, en soutenant les droits de la personne, l'autogestion, la coproduction et l'autonomie.
- Défendre et soutenir le tiers secteur en tant que partenaire stratégique et vital pour la prestation de services et favoriser une meilleure compréhension du secteur public et un partenariat avec ce dernier.

ⁱ *Health Care Quality Strategy* : En 2010, le gouvernement écossais a rendu cette politique publique qui vise à faire de l'Écosse un leader mondial en termes de qualité des services dans le domaine de la santé. Les trois vecteurs de la stratégie sont les suivants : centrée sur la personne, sécuritaire et efficace. En ligne: <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/311667/0098354.pdf>

ⁱⁱ Gaun Yersel : Cette phrase est employée lorsque l'on veut encourager une personne qui amorce un défi. Il s'agit d'un vote de confiance et d'un message que la personne a votre soutien. C'est en 2008 que la Stratégie d'autogestion pour le soutien des personnes avec des maladies chroniques a été lancée par l'ALLIANCE qui avait eu le mandat du gouvernement écossais d'élaborer une telle stratégie. L'objectif principal est de procurer du soutien aux personnes afin qu'elles soient mieux en mesure de gérer adéquatement leur condition. Depuis 2009, grâce au *Self Management Fund* (Fonds d'autogestion pour l'Écosse), des organismes communautaires ou à but non-lucratif peuvent obtenir du financement pour des projets visant à mieux informer les personnes de leur condition ainsi qu'à les habiliter à devenir des partenaires actifs de leur traitement.

ⁱⁱⁱ Commission On Future Delivery of Public Services, 2011. En ligne: <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/352649/0118638.pdf>

^{iv} *National Programme Leads* : L'Institute for Healthcare Improvement a le mandat de mettre en œuvre le *Scottish Patient Safety Programme* (Programme du gouvernement écossais ayant trait à la sécurité du patient).

^v NESTA : Il s'agit d'une entreprise à but non lucratif qui a pour mission de développer des processus innovants dans les organisations. En ligne: <http://nesta.org.uk>

Traduction libre de :

Welsh, I et Gray, S. (2013), "Co-production – driving change in health and social care." Co-production of health and wellbeing in Scotland. Governance International, Birmingham, Royaume-Uni, 132-137

Coordonnées de l'auteure :

Shelley Gray
Director of Policy and Communications
Health and Social Care Alliance Scotland
Courriel : shelley.gray@alliance-scotland.org.uk

Coproduire avec les communautés en Écosse : potentialités et défis

Fiona Garven, *Scottish Community Development Centre*

La coproduction est par définition bidirectionnelle. Mais jusqu'à maintenant, la majeure partie de la production provient des analystes, des planificateurs et des décideurs. Pourquoi les communautés et les organisations communautaires devraient-elles vouloir que la coproduction devienne réalité?

La coproduction a comme finalité de développer une forme différente de relation entre les prestataires de services et les personnes usagères – une relation qui reconnaît que les personnes et les communautés peuvent apporter une multitude de ressources afin de faire contrepoids à leurs difficultés, de les compléter et d'ajouter une valeur aux ressources dispensées. Étant donné que les relations sont la clé du processus, il importe de penser la coproduction selon une logique descendante - tout comme elle l'est présentement – et selon une logique ascendante, c'est-à-dire à partir des perspectives des personnes et des communautés elles-mêmes. Souvent, les intérêts des communautés ne sont pas pleinement reconnus dans les discussions autour de la planification des services et on les entend rarement dire « Ce dont nous avons besoin ici, c'est de plus de coproduction! ». On pourrait donc soutenir qu'un défi clé en termes de politiques et de pratiques avec les communautés n'est pas encore un enjeu majeur pour les communautés elles-mêmes.

Afin d'avoir une discussion équilibrée sur l'utilité et la valeur de la coproduction, les professionnels et les praticiens doivent s'engager adéquatement avec les communautés; ils doivent chercher à comprendre leur point de vue, tout comme celui émanant des politiques et du milieu professionnel. Sans un tel engagement, le débat se sclérosera et sera à sens unique; de cette façon, nous passerons à côté de la richesse et de la valeur qui émergent d'un dialogue constructif. L'engagement de la communauté est maintenant un incontournable dans presque tous les secteurs des politiques publiques et depuis presque une décennie, les orientations des politiques ont eu comme principes sous-jacents ceux définis et largement adoptés dans la *National Standards for Community Engagement*⁴.

La définition de l'engagement communautaire du *National Standards for Community Engagement* est celle-ci :

« Développer et soutenir une **relation de travail** entre un ou plusieurs organismes publics et un ou plusieurs groupes communautaires, afin de les aider **tous deux à comprendre et à agir sur les besoins et les enjeux que les communautés vivent** » (2005) (en gras dans le texte).

Cette définition vous semble-t-elle familière? Si tel est le cas, c'est peut-être parce qu'elle est proche des définitions de la coproduction, décrivant le type de relation qui doit se mettre en place, précédant même toute possible coproduction comme réponse à un besoin ou à un enjeu.

Alors, laissez-nous maintenant considérer les faits selon une perspective communautaire. Par exemple, il y a des inquiétudes concernant le coût et la qualité de la nourriture disponible localement dans un quartier défavorisé. Ceci pourrait correspondre à une préoccupation professionnelle envers l'obésité ou la nutrition chez l'enfant. Que pourrait faire la communauté? Quelles seraient les possibles options? Lesquelles auraient du succès?

Les organismes communautaires du quartier pourraient alors :

- Mettre en place et diriger des activités locales telles qu'un groupe de marche, une coopérative d'alimentation ou un club de repas.
- Faire campagne pour que les organismes publics modifient leurs politiques – comme les repas en milieu scolaire, les clubs de déjeuners; ou du lobby auprès des magasins locaux afin que leurs produits et leurs coûts soient adaptés.
- Créer une coalition avec le National Health Services (NHS), les gouvernements locaux ou autres afin de concevoir et mettre en place un programme d'action collaboratif.

Pour les communautés, les options identifiées ci-dessus sont quelques versions des principaux choix qui peuvent être offerts aux groupes communautaires ou aux organisations qui veulent agir sur un enjeu de santé ou toute autre préoccupation locale. La première option peut être décrite comme la voie de l'entraide; la deuxième comme celle de l'action sociale; et la troisième comme de la planification sociale ou de l'approche collaborative. Pour la communauté, le choix de la route à suivre dépendra de la nature du problème ainsi que de la compréhension des personnes de ses causes et de ses effets, de l'habileté de l'un ou de plusieurs groupes communautaires d'agir, et finalement, des niveaux d'énergie, d'enthousiasme, de motivation et de confiance que l'action aura du succès. Il peut être facile de discerner que la voie de la coproduction pourrait être la moins attrayante des options possibles; elle fonctionnera vraiment seulement si le niveau de conscience de la population et sa compréhension des enjeux sont partagés par le *Community Health Partnerships* (partenariat de santé communautaire)ⁱⁱ, le *Community Planning* (planification communautaire)ⁱⁱⁱ ou tout autre partenariat et structure en place pertinents. Pour ces raisons, la coproduction peut être une option uniquement pour les groupes les plus sophistiqués et expérimentés, et même ceux-ci peuvent

s'avérer peu enthousiastes – malgré que cela soit probablement le chemin le plus adéquat pour un changement souhaitable et durable.

Dans le monde réel, les organismes n'émergent pas pleinement formés et prêts à travailler. Il y a habituellement un long processus de développement, parfois difficile, dans la mise sur pied d'organisations qui sont imputables, efficaces et stratégiques. Le Scottish Community Development Centre (SCDC) a exploré la voie tant de l'entraide que du développement durable avec plusieurs organisations communautaires intéressées par les liens entre la santé et la nourriture, dans le cadre de projets découlant de l'initiative *Community Food and Health Scotland* (CFHS)^{iv}. Deux des projets que nous avons visités ont démarré comme de petites coopératives, mais ils se sont développés de manières différentes et significatives.

Broomhouse Health Strategy à Édimbourg administre une coopérative végétarienne de fruits et légumes et existe maintenant depuis plus de vingt années. Dans le cadre de ses activités, l'organisme a créé un centre local de santé en partenariat avec une autre organisation communautaire. Il emploie également un agent de développement afin que la population connaisse mieux les services locaux de santé et qu'elle sache comment y avoir accès. Cet agent recrute, forme et soutient des bénévoles pour les cours de cuisine et d'aérobic et travaille également sur d'autres enjeux locaux d'inégalités en santé.

Lanarkshire Community Food and Health Partnership (LCFHP) s'est formé au départ pour soutenir des coopératives d'alimentation sur le territoire du Lanarkshire Health Board; il y en a maintenant 37 en activité. Même si ces coopératives continuent d'être le centre des opérations du LCFHP, ce dernier a maintenant été désigné comme organisme pivot de plusieurs cibles ayant trait à la politique de nutrition et de nourriture du *North Lanarkshire's Single Outcome Agreement*^v. Ce partenariat réfère à une entente contractuelle avec le North Lanarkshire Council; des fruits sont ainsi distribués gratuitement chaque semaine aux garderies en milieu scolaire. Un nutritionniste offre également des cours de cuisine aux enfants, parents et proches aidants. De plus, l'organisme gère *Bee Healthy* (un projet pionnier pour une gestion santé de son poids), dirige *Fruits and Roots* (une entreprise sociale qui vend des fruits à des compagnies locales) et fournit un service de traiteur pour le NHS et lors d'événements d'autorités locales.

Ces exemples soulèvent des questions utiles qui se doivent d'être discutées si la coproduction avec les communautés, spécifiquement celles qui affichent les pires résultats de santé, devient partie intégrante de notre mode de travail.

Nous devrions nous demander tout d'abord s'il s'agit d'exemples de coproduction, puis si cela a de l'importance. Ces deux organismes peuvent aussi être perçus comme des exemples d'engagement communautaire et de services offerts pour et par

la communauté. Comme tels, ils ont une valeur beaucoup plus significative et à différents niveaux que ce qui est reconnu par les autorités. La coproduction devrait impliquer une collaboration tant au niveau de la conception que de la prestation des services. S'il y a des ententes formelles entre les organisations communautaires et les diverses sources de financement sur la façon dont les services pourraient et devraient être fournis, cela peut alors être envisagé comme une co-conception. Si le personnel du secteur public ou d'autres ressources est aussi impliqué au côté des communautés dans la prestation de services, ceci peut être vu comme une co-prestation. Les exemples cités précédemment pourraient ainsi être présentés afin de concrétiser quelques aspects de la coproduction.

Indépendamment du fait que nous désignons ou non ces exemples comme coproduction, nous pouvons conclure que ceux-ci procurent des services significatifs et très valorisés à des communautés défavorisées, alors que le secteur public ne peut le faire. De plus, ils contribuent à l'atteinte de cibles nationales que le secteur public et le gouvernement ont signées. La question clé est alors celle-ci : comment soutenir le bon travail qui a été réalisé jusqu'à maintenant? Comment pouvons-nous mieux soutenir et encourager de nouvelles initiatives des communautés ou publiques/communautaires?

Il est manifeste que sur la base de la recherche que nous avons réalisée et des exemples mis ici en évidence, les organismes communautaires et les organisations doivent être à une étape sophistiquée de leur développement s'ils veulent s'engager effectivement et productivement avec des institutions publiques, et progresser dans la coproduction de services publics. Ils doivent détenir les données pertinentes pour convaincre les agences publiques qu'ils sont financièrement solides et juridiquement conformes avant que tout engagement puisse se réaliser. Ils ont aussi besoin d'être assurés que les bénéfices pour la communauté seront plus importants que les coûts impartis. Une bonne gouvernance, des habiletés en affaires et en planification financière sont des prérequis pour de telles activités partenariales. Le personnel des institutions publiques est normalement payé pour co-concevoir et co-dispenser des services, tandis que les militants communautaires ou les employés des organisations communautaires peuvent être rémunérés pour co-fournir, mais rarement pour co-concevoir. Il faut ajouter à cela le fait que les groupes communautaires ont souvent besoin de participer à des groupes de travail ou à des partenariats formels afin d'être dans la mire des autorités publiques – et encore une fois, cela est habituellement du temps non rémunéré.

Il est important de reconnaître que les enjeux discutés s'appliquent de façon plus aigüe dans les communautés moins bien organisées, et donc encore moins bien placées pour bénéficier d'ententes de coproduction. À forte probabilité, les bénéfices vont alors se produire dans les communautés mieux organisées et prospères

qui ont tendance à être celles qui ont de meilleurs réseaux et contacts, une plus grande confiance en elles-mêmes et de plus grandes habiletés. Une recherche réalisée à l'Université de Glasgow a mis en évidence que les communautés de classe moyenne bénéficient davantage des services publics que les communautés défavorisées; on peut présumer que nous ne voulons pas que cela se répète dans la coproduction. Pour toute communauté, la participation à une coproduction implique d'avoir de la motivation, la capacité et l'opportunité de le faire; des facteurs souvent moins présents dans les communautés plus défavorisées luttant tous les jours avec les dures réalités de la vie.

Toute autorité publique qui cherche à adopter une approche de coproduction se doit de mettre plusieurs choses en ordre, en gardant en tête les enjeux déjà discutés. Il faut évaluer les conditions de vie de la communauté et investir dans son organisation et son développement. Il faut reconnaître que plusieurs communautés ont déjà un riche réseau de groupes communautaires et d'organisations avec lesquels les autorités publiques peuvent travailler. Celles-ci ont donc besoin de prendre du temps afin d'identifier où sont leurs forces et de quelle façon elles peuvent être enrichies. Finalement, si la coproduction devient une voie effective à long terme, les autorités publiques doivent comprendre la vulnérabilité des organismes communautaires qui sont presque toujours dépendants d'un environnement financier incertain et de courte durée. Si une coproduction avec les communautés est maintenue, les organismes communautaires eux-mêmes doivent être soutenus.

ⁱ *National Standards For Community Engagement*: À la suite d'un mandat confié par le ministère des Communautés, le Scottish Community Development Centre (SCDC) a élaboré un guide de pratiques sur les principes de base devant guider les ententes entre les organismes communautaires et les divers services publics. Dix « Standards nationaux pour l'implication communautaire » ont ainsi été élaborés suite à un exhaustif processus de consultation :

- 1- Implication : Nous allons identifier et impliquer les personnes et les organisations avec un intérêt quant à leur engagement spécifique.
- 2- Soutien : Nous allons identifier et outrepasser toutes les contraintes à leur implication.
- 3- Planification : Nous allons rassembler des données en regard des besoins et des ressources disponibles et utiliser celles-ci afin de s'entendre sur les buts, la portée et l'échéancier de l'engagement et des actions qui en découlent.

- 4- Méthodes d'implication : Nous allons nous entendre sur les méthodes d'implication qui sont adéquates à notre objectif.
- 5- Méthodes de travail : Nous allons nous entendre et utiliser des procédures explicites afin d'habiliter les participants à travailler ensemble de façon plus efficace et efficiente.
- 6- Partage d'information : Nous allons nous assurer que l'information nécessaire est communiquée à l'ensemble des participants.
- 7- Travail en équipe : Nous allons travailler de manière efficace dans l'optique de favoriser leur implication.
- 8- Amélioration : Nous allons développer activement les habiletés, les connaissances et la confiance de tous les participants.
- 9- Rétroaction : Nous allons diffuser les résultats de l'implication à la communauté et à l'ensemble des organisations concernées.
- 10- Monitoring et évaluation : Nous allons effectuer le monitoring et l'évaluation afin de savoir si le processus d'engagement atteint ses objectifs et si les standards nationaux d'implication communautaire sont respectés. En ligne <http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/94257/0084550.pdf>

ⁱⁱ *Community Health Partnerships* : Il est constitué de mécanismes clés visant à favoriser l'intégration des services de santé et des services sociaux de première ligne. Un de leurs objectifs principaux est de mettre en œuvre des améliorations au niveau local afin que cessent les fortes inégalités sociales entre les territoires. À cet égard, l'intégration des services de santé et de services sociaux est considérée comme essentielle. En ligne : <http://www.communityhealthpartnerships.co.uk/>

ⁱⁱⁱ *Community Planning* : Selon la *Local Government Scotland Act*, toutes les autorités publiques doivent travailler ensemble pour le bien-être des communautés. Le principe d'engagement communautaire est donc un principe clé de cette loi. La planification communautaire est ainsi définie comme « [...] essentiellement un processus visant à favoriser une plus grande implication des communautés dans la planification et la prestation des services ». En ligne : <http://www.legislation.gov.uk/asp/2003/1/contents>

^{iv} *Community Food and Health Scotland (CFHS)* : Cet organisme a amorcé ses activités en 1996 suite aux recommandations de la stratégie gouvernementale *Eating for Scotland: A Diet Action Plan for Scotland* (Manger pour la santé : une action diététique pour l'Écosse). L'objectif est de s'assurer que toute personne en Écosse a l'opportunité, l'habileté et la confiance d'avoir accès à la santé et une diète adéquate pour elle-même, sa famille et sa communauté. Son travail se déroule auprès des communautés les plus défavorisées selon l'approche fondée sur leurs forces et leurs atouts. Le CFHS est financé par le gouvernement écossais et en avril 2013, celui-ci est devenu partie intégrante du NHS Health Scotland qui est un Comité spécial de santé avec pour mission de lutter contre les inégalités en santé. En ligne : <http://www.communityfoodandhealth.org.uk/>

^v *North Lanarkshire's Single Outcome Agreement* : Chaque région d'Écosse doit élaborer une planification communautaire quinquennale. Cette planification est sous la responsabilité d'un Council Area (conseil local). Cette forme de gouvernement local en Écosse consiste en 32 conseils élus qui ont pour responsabilité de gérer des services comme l'éducation, les services sociaux, la gestion des déchets, la culture et la planification. Le gouvernement écossais travaille avec les Council Areas, les subventionne et fournit le cadre pour l'imputabilité et la performance. Ces conseils sont des instances autonomes, indépendantes du gouvernement central et sont imputables à leur électoralat quant à la prestation des services. Elles sont représentées collectivement par la *Convention of Scottish Local Authorities (COSLA)*. En ligne : <http://cosla.gov.uk>

Ainsi le *North Lanarkshire Council* avec ses divers partenaires sous l'égide du *North Lanarkshire Partnership (NLP)* a produit un document, après entente avec le gouvernement écossais, désigné sous le nom *Single Outcome Agreement*. Cette entente prévoit les résultats prioritaires pour la région ainsi que les éléments ayant trait à la façon dont le partenariat va permettre de les atteindre. L'entente prévoit également comment ces priorités locales s'insèrent dans les priorités nationales. Ce nouveau plan 2013-2018 a cinq thèmes prioritaires : la santé et le bien-être, l'apprentissage tout au long de la vie, la revitalisation, la sécurité, le développement du partenariat. Chacune de ces thématiques a un nombre de résultats à atteindre afin d'améliorer la qualité de vie des citoyens de la région.

Traduction libre de :

Garven, F. (2013), "Co-producing with communities in Scotland – the potential and the challenges". Co-production of health and wellbeing in Scotland. Governance International, Birmingham, Royaume-Uni, 114-119

Coordonnés de l'auteur :

Fiona Garven
Directrice, *Scottish Community Development Centre*
Courriel fiona@scdc.org.uk

ANNEXE 1

Les résultats et indicateurs proposés dans le cadre de l'intégration des services de santé et des services sociaux

Le *Public Boddies (Joint Working) Bill* propose que les ministères écossais définissent les résultats nationaux visés par l'intégration des services de santé et des services sociaux.

Un groupe de travail formé par des représentants de plusieurs organismes et associations a travaillé avec le gouvernement écossais pour développer une proposition de sept résultats nationaux visés. Celle-ci est présentement discutée avec le public et les praticiens, et ce, à travers l'Écosse. Ces sept résultats visés sont :

1. **Vivre en meilleure santé** : Les individus et les communautés sont aptes et motivés à prendre soin d'eux-mêmes et à améliorer leur santé et leur bien-être. Il en résulte un plus grand nombre de personnes vivant en meilleure santé, plus longtemps, ainsi qu'une réduction des inégalités de santé.
2. **Vivre indépendant** : les personnes ayant un handicap, une maladie chronique ou celles qui deviennent vulnérables sont aptes, autant que possible, à vivre en sécurité et de manière indépendante dans leur communauté. Elles ont du contrôle sur les soins et le soutien qu'elles reçoivent.
3. **Des expériences et des résultats positifs** : les personnes vivent des expériences positives au sein des services de santé et des services sociaux, ce qui les aide à maintenir et/ou améliorer leur qualité de vie.
4. **Les proches aidants sont soutenus** : les personnes qui procurent des soins bénévolement à d'autres sont soutenues et capables de maintenir leur état de santé et de bien-être, notamment en ayant une vie active en dehors de leur rôle de proche aidant.
5. **Les personnes sont en sécurité** : les personnes qui utilisent les services de santé et les services sociaux sont protégées contre les agressions; leur dignité et leurs droits humains sont respectés.
6. **Des employés engagés** : les personnes qui travaillent au sein des services de santé et des services sociaux adoptent une attitude positive par rapport

à leur rôle et sont soutenus pour améliorer les soins et les traitements qu'elles procurent.

7. **Utilisation efficace des ressources** : les ressources des services de santé et services sociaux sont utilisées de la manière la plus efficace possible, évitant ainsi le gaspillage et les variations inutiles.

Soutenir les personnes à vivre une vie « saine » et « indépendante » ne peut se faire simplement par la prestation des services de santé et des services sociaux – de nombreux autres intrants tels que le logement, les loisirs, la sécurité communautaire, etc., seront également nécessaires. Il est important de s'assurer que les indicateurs proposés correspondent aux actions entreprises par le *Community Planning Partnership* dans le *Single Outcomes Agreements*.

Les indicateurs proposés sont un équilibre entre les résultats personnels et de système ainsi que les indicateurs locaux d'amélioration.

Pour plus d'information sur les résultats nationaux visés dans le cadre de l'intégration des services de santé et des services sociaux, contactez chris.bruce@scotland.gsi.gov.uk



Nous avons choisi de publier ce livre parce que le dialogue que nous avons amorcé depuis quelques années avec nos collègues écossais nous semble riche d'enseignements et porteur d'intérêts mutuels.

Malgré l'importance des ressources humaines et financières investies dans le champ des services sociaux de première ligne et la prédominance d'une culture de l'évaluation, les connaissances demeurent très limitées au Québec en ce qui a trait aux changements produits par ces services dans la vie des usagers et des proches.

À l'évidence, l'Écosse a choisi de s'intéresser aux résultats personnels produits par les services sociaux. Les résultats personnels réfèrent à ce qui importe pour les usagers et leurs proches, de même que les résultats finaux ou l'impact des activités.



la santé,
une passion à partager

csss-iugs.ca/rechercheau