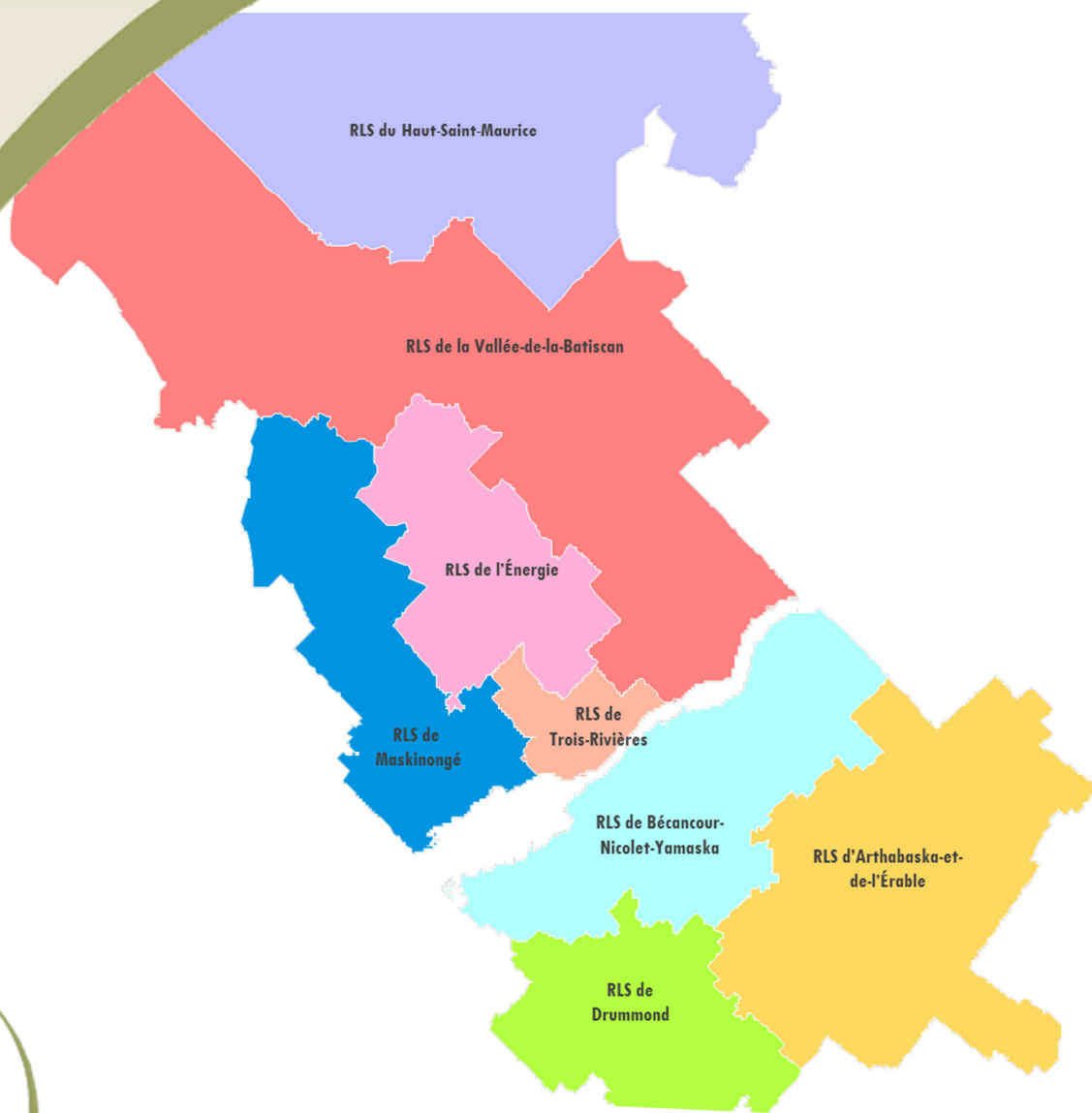




CADRE DE RÉFÉRENCE RÉGIONAL SUR LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE



UNE PUBLICATION DE LA DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

Équipe de rédaction : Lucie Bonin, Lucie Lafrance, Josée Martel

Coordination : Nathalie Cauchon

Avec l'appui de : Anne Chamberland, Consortium de l'Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences (IPCDC), Caroline Paquin, ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Collaboratrices et collaborateurs :

Amélie Germain Bergeron, CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan
Anne-Marie Grenier, ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Claudette Boutin, CSSS Bécancour–Nicolet–Yamaska
Guylaine Asselin, CSSS du Haut-Saint-Maurice
Jean-François Bussièrès, CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable
Josée Mercier, CSSS de Maskinongé
Lucie Lafrenière, InterVal
Majorik Bouchard, Domrémy
Marie-Josée Tremblay, CSSS de l'Énergie
Marie-Josée Vincent, CRDITED
Martin D'Amour, CSSS Drummond
Nathalie Garon, Centre jeunesse MCQ

Autres collaboratrices et collaborateurs :

Caroline Bourbeau, Chantal Lehoux, Gilles Hudon, Jean-Pierre Bergeron, Marc Nolin, Mélanie Perron, Sylvain Fernet, Sylvie Bernier, Véronique Arès, ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Caroline Descoteaux, Élane St-Onge, CSSS de l'Énergie
Chantal Crête, Sylvie Rose Tremblay, CSSS du Haut-Saint-Maurice
Diane Bertrand, CSSS de Trois-Rivières
Isabelle Jean, CSSS de la Vallée-de-la-Batiscan
Jean-Yves Lavoie, Suzanne Vallerand, CSSS de Maskinongé
Josée Massicotte, Lise St-Cyr, ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Marie-Claude Leclerc, CSSS Bécancour–Nicolet–Yamaska
Marie-Claude Rousseau, CSSS Drummond
Martine Fréchette, CSSS d'Arthabaska-et-de-l'Érable

Mise en page et révision : Diane Bourassa, Marilyn Lacroix, Nicole Carpentier, ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Dépôt légal - 2014
Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN 978-2-89340-325-0 (version imprimée)
ISBN 978-2-89340-326-7 (version PDF)

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.
Document accessible sur le site Internet de l'Agence : www.agencesss04.qc.ca

Table des matières

LES MESSAGES CLÉS À RETENIR POUR EXERCER LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE	5
INTRODUCTION	7
POURQUOI PARLER DE RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE?	9
LES FONDEMENTS DE LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE	13
AGIR EN AMONT DES PROBLÈMES.....	14
CONJUGUER LA LOGIQUE CLIENTÈLE ET LA LOGIQUE POPULATIONNELLE	15
LE CLIENT PARTENAIRE ET LA PARTICIPATION CITOYENNE.....	16
QUELLES SONT LES ÉTAPES DU CHANGEMENT QUI RENFORCERONT L'EXERCICE DE LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE?	19
ÉTAPE 1 : BÂTIR LES ASSISES DE LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE	21
<i>Que doit-on connaître?</i>	<i>21</i>
<i>La disponibilité d'instances ou de mécanismes de collaboration fonctionnels</i>	<i>22</i>
ÉTAPE 2 : FORMULER ET COMMUNIQUER UNE VISION DU CHANGEMENT QUI RENFORCE LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE	24
ÉTAPE 3 : METTRE EN PLACE LES PILIERS DU CHANGEMENT VERS L'EXERCICE DE LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE : STRUCTURE, ACTEURS ET LEADERSHIP	26
ÉTAPE 4 : INTÉGRER LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE DANS LES PRATIQUES PROFESSIONNELLES ET DE GESTION AU QUOTIDIEN OU PAR PROJET	27
ÉTAPE 5 : ÉVALUER LE CHANGEMENT ET ASSURER SA PÉRENNISATION.....	29
CONCLUSION	31
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	32
ANNEXES.....	33
ANNEXE 1 - L'EXERCICE DE LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE : RÉPONDRE EN RÉSEAU AUX BESOINS DE LA POPULATION	35
ANNEXE 2 - SUGGESTION D'OUTILS POUR SOUTENIR L'EXERCICE DE LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE	37

Les messages clés à retenir pour exercer la responsabilité populationnelle

Afin d'assumer collectivement la responsabilité d'améliorer la santé et le bien-être de la population, cinq grands messages sont à retenir.

1. Créer collectivement un sens
 - ▲ Comprendre la finalité et la pertinence de l'exercice de la responsabilité populationnelle et s'assurer que cette compréhension est partagée au sein de l'organisation et avec les partenaires.
 - ▲ Bien cerner le contexte local dans lequel la responsabilité populationnelle sera exercée en s'appuyant sur des connaissances partagées entre les partenaires intra et intersectoriels.
2. Pratiquer un leadership collectif
 - ▲ Convenir d'une vision commune des besoins exprimés et non exprimés de la population et des ressources disponibles pour y répondre.
 - ▲ Identifier collectivement les enjeux et convenir des priorités.
 - ▲ Planifier collectivement le changement intégrant l'exercice de la responsabilité populationnelle.
 - ▲ Planifier et gérer collectivement les ressources nécessaires à la réalisation des projets.
3. Travailler en réseau pour mettre en œuvre et suivre les projets
 - ▲ Déterminer et planifier en partenariat les actions à réaliser.
 - ▲ Développer les outils nécessaires en collaboration avec les partenaires.
 - ▲ Coordonner les actions en partenariat.
 - ▲ Réaliser les actions et évaluer les résultats en partenariat.
 - ▲ Déterminer en partenariat les choix quant à la pérennisation des changements.
4. Faire sienne la nécessité :
 - ▲ d'améliorer la santé et le bien-être de la population en agissant sur les déterminants de la santé et du bien-être;
 - ▲ d'offrir des services de qualité, et ce, dans une perspective d'amélioration continue;
 - ▲ de créer une organisation de services basée sur des continuums et des réseaux de services;
 - ▲ d'accompagner les usagers et de favoriser une expérience de soins positive;
 - ▲ d'améliorer les pratiques professionnelles.
5. Devenir une organisation apprenante
 - ▲ Être à l'affût des meilleures pratiques.
 - ▲ Avoir accès aux nouvelles connaissances et favoriser leur appropriation.
 - ▲ Mettre en place les conditions nécessaires pour instaurer les meilleures pratiques dans les organisations.
 - ▲ Contribuer au développement des meilleures pratiques par l'élaboration de projets encadrés sur le plan méthodologique.

Introduction

La responsabilité populationnelle (RP) vise à assumer l'obligation de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population d'un territoire donné :

- en rendant accessible un ensemble de services sociaux et de santé répondant de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population;
- en assurant l'accompagnement des personnes et le soutien requis;
- en agissant en amont sur les déterminants de la santé.

En ce sens, le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) a pour rôle de susciter, d'animer et de soutenir les collaborations avec l'ensemble des partenaires.

Malgré les avancées significatives que l'on peut observer dans la manière de dispenser les soins de santé et les services sociaux, l'organisation du système de soins et de services demeure principalement fondée sur la prise en compte des demandes de service. Les organisations s'appuient davantage sur une logique clientèle qui, bien que nécessaire, n'est pas suffisante pour atteindre les objectifs de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS) d'améliorer la santé et le bien-être de l'ensemble de la population et réduire les inégalités sociales de santé. La RP demande aussi de prendre en compte les besoins non exprimés de l'ensemble de la population, notamment des groupes plus vulnérables.

Le 13 mai 2013, dans le cadre de la *Stratégie de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle*, se tenait simultanément dans les 16 régions du Québec, l'*Événement national sur la responsabilité populationnelle*. Cet événement avait pour principaux objectifs :

- de favoriser le développement d'une vision commune de la responsabilité populationnelle;
- de démontrer en quoi celle-ci constitue un levier essentiel pour améliorer la santé et le bien-être de la population;
- de mobiliser les acteurs présents afin qu'ils s'engagent à renforcer ce changement.

Rappelons que cet événement constituait une réaffirmation par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) des changements préconisés dans les modifications de la LSSS en 2004, créant les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les réseaux locaux de services (RLS) pour l'élaboration des projets cliniques, la hiérarchisation des services et la responsabilité populationnelle.

En Mauricie et au Centre-du-Québec, les participants ont insisté sur l'importance de développer une vision commune de la responsabilité populationnelle, d'intégrer cette vision à tous les niveaux de la gouvernance et de créer un lieu de partage et de résolution des défis en lien avec la RP¹.

À la suite de cet événement, le Comité régional des directeurs généraux (CRDG) a décidé de faire de la responsabilité populationnelle une priorité pour la Mauricie et le Centre-du-Québec. Un groupe de travail composé de représentants de chacun des établissements a été mis sur pied afin de produire du matériel de

1 Un bilan de l'activité est disponible à l'adresse suivante : www.agencesss04.qc.ca/images/images/documents/2014/Bilan_national_et_regional_responsabilite_populationnelle_MCO.pdf

soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle pour les acteurs de la région. Le présent cadre de référence résulte de ce mandat.

L'objectif de ce document est de :

- favoriser l'appropriation du concept de responsabilité populationnelle par le développement d'un langage commun;
- développer une vision commune;
- décrire des actions à réaliser pour implanter le changement;
- servir de référence conceptuelle à la construction d'outils plus spécifiques (programmes, plans d'action, guides, etc.).

Vous trouverez donc dans le document qui suit :

- quelques concepts utiles pour comprendre le concept de la responsabilité populationnelle et pour en démontrer la pertinence dans le contexte actuel;
- les grandes étapes de son processus d'implantation sur les plans local et régional.

Ce cadre de référence doit donc être reçu comme une base de dialogue et non une finalité pour assumer collectivement la responsabilité de la santé et du bien-être de la population.

Note au lecteur

Au moment de finaliser ce cadre de référence, le MSSS a soumis le projet de loi 10, qui viendra modifier la gouverne générale du réseau de la santé et des services sociaux, impactant par conséquent les rôles et contributions de chacun des acteurs dans cet exercice.

Pourquoi parler de responsabilité populationnelle?

Selon le Consortium IPCDC², la responsabilité populationnelle se définit comme suit :

La responsabilité populationnelle vise à assumer l'obligation de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population d'un territoire donné :

- en rendant accessible un ensemble de services sociaux et de santé répondant de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population;
- en assurant l'accompagnement des personnes et le soutien requis;
- en agissant, en amont, sur les déterminants de la santé.

Cette responsabilité requiert une collaboration entre les organismes publics et communautaires des divers secteurs, les établissements publics et privés de santé et de services sociaux ainsi que les partenaires socioéconomiques agissant aux niveaux local et régional. Ensemble, avec les citoyens, ils mettent à profit leurs leviers et compétences au bénéfice de la population. Le réseau de la santé et des services sociaux a pour rôle de susciter, d'animer et de soutenir ces collaborations.

Il est possible d'identifier, au sein de nos organisations, plusieurs exemples d'exercices de la responsabilité populationnelle telle que définie ici. Cependant, comme le souligne la *Stratégie de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle (MSSS 2011)*, ce concept est perçu de façon différente selon les acteurs et n'est pas actualisé à son plein potentiel, et ce, dans la région comme ailleurs au Québec. Malgré les avancées significatives que l'on peut observer dans la manière de dispenser les soins de santé et les services sociaux, l'organisation du *système* de soins et de services demeure principalement fondée sur la prise en compte des demandes de service. Celles-ci exercent une forte pression sur les organisations, conduisant les acteurs du réseau à concentrer leurs efforts sur l'amélioration de l'accès, de la continuité et de la qualité des services. Les organisations s'appuient alors davantage sur une *logique clientèle* qui, bien que nécessaire, n'est pas suffisante pour atteindre des objectifs d'amélioration de la santé et du bien-être de l'ensemble de la population et de réduction des inégalités sociales de santé (édités par la LSSSS). La responsabilité populationnelle demande de conjuguer la logique clientèle à la *logique populationnelle* pour prendre en compte également les besoins non exprimés de l'ensemble de la population, notamment des groupes les plus vulnérables. Nous y revenons plus loin. Mais soulignons tout de suite que si nous distinguons les deux approches, ce n'est pas dans le but de les opposer, mais pour mieux les intégrer.

Les organisations s'appuient alors davantage sur une logique clientèle qui, bien que nécessaire, n'est pas suffisante pour atteindre des objectifs d'amélioration de la santé et du bien-être de l'ensemble de la population et de réduction des inégalités sociales de santé.

² L'IPCDC est le Consortium de l'Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences pour relever le défi de la responsabilité populationnelle : www.ipcdc.qc.ca/pages/d%C3%A9couvrez-lipcdc

La logique clientèle

- Axée sur la maladie, les risques, les incapacités;
- Logique d'établissement, de réponse aux demandes de service, de responsabilité organisationnelle;
- Gestion centrée sur la production et les processus internes;
- Multidisciplinarité, intrasectorialité;
- Préoccupée davantage par les résultats à court terme : amélioration de la santé des individus, organisation optimale, production et consommation de services, productivité, efficience.

**La logique clientèle
demeurera au cœur
de notre système de
soins et de
services (...).
Elle doit (...)
travailler de concert
avec
la logique
populationnelle
pour répondre aux
besoins actuels de la
population, qui ne
sont pas toujours
adressés aux
établissements.**

Évidemment, la logique clientèle demeurera au cœur de notre système de soins et de services compte tenu de ses résultats probants sur la santé et le bien-être des personnes aux prises avec une maladie, ou ses symptômes, une détresse ou tout autre problème nécessitant une aide individuelle. Toutefois, c'est insuffisant. Cette logique doit se renouveler et travailler de concert avec la logique populationnelle pour répondre aux besoins actuels et futurs de la population, qui ne sont pas toujours adressés aux établissements.

Plusieurs facteurs contribuent de plus à accentuer l'impasse vers laquelle le système de soins et de services actuel se dirige s'il n'applique qu'une logique clientèle. Par exemple, si le réseau limitait son intervention à soigner les diabétiques déclarés, alors que l'on sait qu'il y a tant de cas inconnus et qui consultent trop tard. Voici quatre types de facteurs qui obligent les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux à changer la manière même de concevoir la santé et le bien-être et, conséquemment, la manière d'aborder l'organisation des soins et des services.

La transition sociodémographique

Le vieillissement de la population, l'immigration, l'évolution des rapports intergénérationnels, la conciliation entre les fonctions sociales (travail, famille, études, loisirs, etc.) sont autant de facteurs qui conditionnent la demande et la dispensation des soins et services.

La transition épidémiologique

Les maladies chroniques sont maintenant la principale cause de mortalité dans les pays industrialisés. La nature des problèmes nécessite un changement dans le type des services et de soins à offrir, faisant appel davantage au travail interdisciplinaire pour : plus de prévention, de dépistage, d'autosoins et de soins en continu auprès de personnes qui doivent apprendre à vivre avec leur condition. Cette transition invite à saisir en équipe et en partenariat certaines opportunités et réduire les inégalités sociales de santé qui ne cessent de s'accroître.

Facteurs ayant un impact
sur la demande et
l'organisation des services

La transition organisationnelle

La démocratisation des processus cliniques, de nouveaux partages des pouvoirs entre décideurs, partenaires et « usagers-citoyens » ainsi que la décentralisation des services favorisant la proximité exigent la collaboration de plusieurs acteurs et se traduit graduellement par une organisation de services en réseau qui implique l'expertise de professionnels œuvrant dans plusieurs domaines. L'utilisateur a de plus en plus droit de regard et d'influence sur son plan d'intervention, devenant « patient-partenaire ». Il peut avoir besoin d'être soutenu ou accompagné dans ses démarches, d'autant plus s'il se sent interpellé comme citoyen pour contribuer à définir l'offre de service dans son milieu...

La transition technologique

Les avancées technologiques et scientifiques se multiplient et augmentent les capacités diagnostiques ainsi que les capacités d'intervenir efficacement, dès la prévention, même à distance, et ce, de plus en plus longtemps pour chaque personne. Mais, fait positif, ces avancées permettent aussi de développer un dossier client unique qui permet à tous les intervenants concernés d'avoir accès, en temps réel, aux informations nécessaires pour ajuster leur intervention en équipe interdisciplinaire.

Pour espérer avoir un impact plus important sur l'ensemble de la population, le réseau devra prendre davantage en compte les facteurs environnementaux qui agissent directement sur la santé et le bien-être ou qui induisent des comportements favorables ou défavorables à la santé et au bien-être.

Ces facteurs ajoutent une pression supplémentaire sur le réseau et forcent ses acteurs à multiplier les efforts d'adaptation pour répondre aux besoins. Tout indique cependant que s'efforcer de faire plus tout en demeurant dans la même logique ne produira pas les résultats escomptés. C'est pourquoi les difficultés d'accès à un médecin de famille et à divers soins et services perdurent (entraînant une remise en question de l'accès universel et gratuit à certains de ces soins et services). De même, devant le problème des inégalités sociales de santé, qui tendent à augmenter au même rythme que les inégalités économiques, le système actuel dispose de peu de moyens. On constate même qu'il peut contribuer à augmenter ces inégalités. Par ses actions qui visent généralement à inciter les individus à modifier leur comportement, le système de soins et de services obtient souvent de meilleurs résultats avec les populations aptes à répondre à ce type d'incitations qu'avec celles, plus vulnérables, pour qui ces stratégies semblent hors de portée³. Pour espérer avoir un impact plus important sur l'ensemble de la population, le réseau devra prendre davantage en compte les facteurs environnementaux qui agissent directement sur la santé et le bien-être ou qui induisent des comportements

favorables ou défavorables à la santé et au bien-être⁴. Par exemple : vivre dans un logement infesté de moisissures peut entraîner des problèmes respiratoires, une mauvaise alimentation résultant de l'insécurité alimentaire nuit aux apprentissages des enfants, affectant des familles vivant sous le seuil de faible revenu.

Les défis d'adaptation sont donc multipliés et concernent également les secteurs de l'éducation, de l'emploi, les municipalités, etc. C'est pourquoi de nouvelles approches sont nécessaires et les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux reconnaissent la nécessité de faire appel également à une autre logique, une logique *populationnelle*. En plus d'offrir des soins et des services sociaux de grande qualité qui permettent de répondre aux besoins des personnes malades ou aux prises avec des problèmes psychosociaux, la logique populationnelle vise des objectifs qui vont au-delà de la restauration de la santé des personnes, objectif auquel le réseau s'est principalement voué depuis sa création.

La logique populationnelle

- Axée sur la santé et ses déterminants, visant l'empowerment (autonomisation) et la protection⁵ de la santé de l'ensemble de la population;
- Besoins exprimés et non exprimés, logique territoriale;
- Gestion centrée sur la création de partenariat, logique de réseau, responsabilité collective;
- Interdisciplinarité, intersectorialité;
- Préoccupée davantage par les résultats à moyen et long terme : avoir un impact sur l'état de santé et de bien-être de la population (incidence, mortalité, morbidité).

3 Pensons seulement aux problèmes qu'engendre la littératie sur la compréhension d'un traitement et sur la prise de médicaments, à l'isolement social qui découle de la pauvreté et de l'exclusion sociale et aux multiples autres facteurs qui contribuent à instaurer une distance entre une partie de la population et le système de soins et de services.

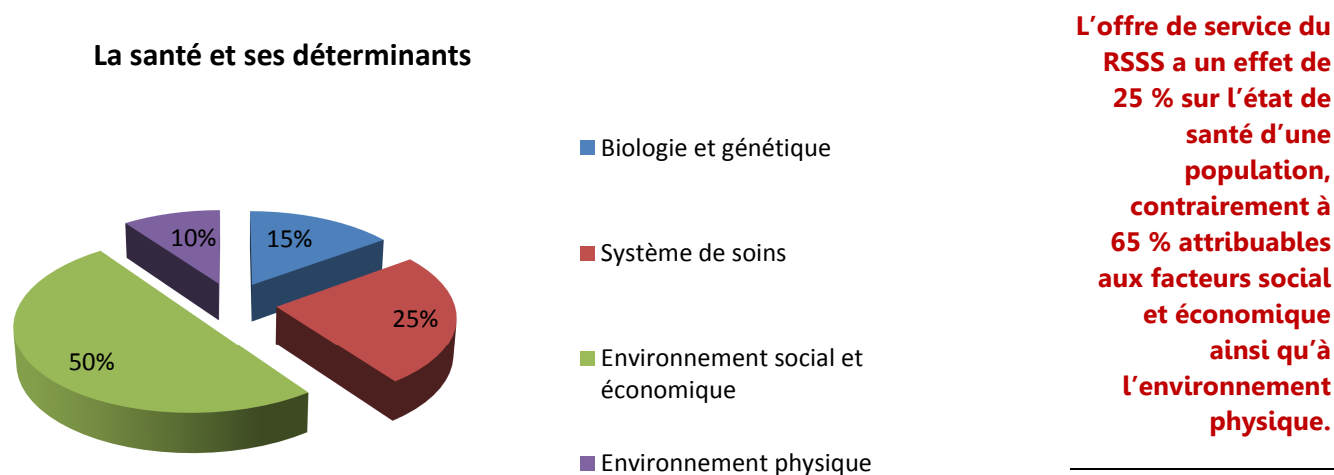
4 À ce sujet, le lecteur peut consulter le rapport *Les inégalités sociales de santé ne sont pas une fatalité : voyons-y!* : www.agencess04.qc.ca/images/images/santepublique/direction/RapportDSP/rapportdsp_2012_finale_version_web.pdf

5 La protection est une fonction essentielle qui regroupe les activités relatives à une intervention d'autorité auprès d'un individu, de groupes ou de toute la population en cas de menace, réelle ou appréhendée, pour la santé. (PNSP, 2008, p. 51)

Les fondements de la responsabilité populationnelle

L'adoption d'une logique populationnelle nécessite une compréhension fine du concept de *déterminants de la santé et du bien-être*.

Figure 1 : Poids des déterminants de la santé et du bien – être



Source : Adaptation du graphique du Canadian Institute for Advanced Research, cité dans THE STANDING SENATE COMMITTEE ON SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY, *The Health of Canadians – The Federal Role*, 2001, vol. 1, p. 81. Malheureusement aucune figure plus récente ne présente, à notre connaissance, le poids des déterminants de la santé et du bien-être.

Ceux-ci se définissent comme l'ensemble des « facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations⁶. La figure 1 illustre que l'offre de service de santé et de services sociaux a un effet de seulement 25 % sur l'état de santé d'une population. Globalement, 65 % de celui-ci est déterminé par des facteurs social et économique et par l'environnement physique (ex. : qualité du logement) dont plusieurs leviers structurants relèvent de partenaires d'autres secteurs⁷. On comprend alors pourquoi la seule logique clientèle ne peut suffire à la tâche lorsqu'il s'agit de maintenir et d'améliorer la santé de l'ensemble de la population. Bien entendu, il est certain que la réponse offerte par le système de soins et de services aux personnes ayant besoin de rétablir leur santé demeure essentielle.

⁶ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Cadre conceptuel de la santé et ses déterminants*, mars 2010, p. 6.

⁷ La figure 1 ne précise pas le poids des habitudes de vie, qui sont probablement intégrées aux dimensions biologique et génétique ainsi qu'aux environnements social et économique. « ... la distribution inégale des comportements à risque au sein d'une population est fortement tributaire de l'environnement social dans lequel vivent les individus. En effet, les bonnes ou mauvaises habitudes de vie sont largement déterminées par le contexte social. » (AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE. *Comprendre et agir autrement pour viser l'équité en santé: Rapport du directeur régional de santé publique de la Capitale-Nationale*, 2012, p. 28). Le système de soins inclurait les services de promotion et de maintien de la santé, les soins préventifs et ceux pour le recouvrement de la santé et du bien-être.

Agir en amont des problèmes

Cependant, la responsabilité confiée au réseau de santé et de services sociaux est de *maintenir et d'améliorer* la santé et le bien-être de l'ensemble de la population, et ce, non seulement en soignant les personnes qui y font appel, mais aussi en agissant sur les déterminants de la santé afin d'éviter qu'elle y ait recours. La Loi sur les services de santé et les services sociaux le stipule, tout comme elle spécifie que la réduction des inégalités de santé et de bien-être fait partie de ses responsabilités.

Loi sur les services de santé et les services sociaux

Article 1 - Objectifs (extrait) :

2° agir sur les facteurs déterminants pour la santé et le bien-être et rendre les personnes, les familles et les communautés plus responsables à cet égard par des actions de prévention et de promotion;

7° atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être au sein des différentes couches de la population et des différentes régions.

Comment le réseau peut-il agir sur des facteurs qui ne relèvent pas directement de sa compétence (ex. salubrité des logements, réussite scolaire, sécurité des quartiers)? À cet effet, la LSSSS prévoit aussi des dispositions selon lesquelles il appartient au réseau de la santé et des services sociaux de mettre en place les moyens nécessaires pour agir sur les déterminants de la santé et du bien-être.

Loi sur les services de santé et les services sociaux

Article 2 - Réalisation des objectifs (extrait) :

1° assurer la participation des personnes et des groupes qu'elles forment au choix des orientations, à l'instauration, à l'amélioration, au développement et à l'administration des services;

2° favoriser la participation de tous les intervenants des différents secteurs d'activité de la vie collective dont l'action peut avoir un impact sur la santé et le bien-être;

3° partager les responsabilités entre les organismes publics, les organismes communautaires et les autres intervenants du domaine de la santé et des services sociaux.

Dans les fondements mêmes de la LSSSS, tout est donc prévu pour orienter le réseau de la santé et des services sociaux vers une intégration des logiques clientèle et populationnelle. En 2004, avec le projet de loi 83 visant à modifier la LSSSS, le législateur québécois est venu inscrire de manière décisive cette volonté de faire de l'exercice de la responsabilité populationnelle un enjeu majeur du système. Plusieurs dispositions ont été inscrites dans la LSSSS afin d'encadrer cette responsabilité et de fournir au système un ensemble de leviers qui allaient lui permettre d'agir autrement. On voit déjà à quel point le partenariat et le travail en réseau se poseront comme la clé de l'actualisation de la responsabilité populationnelle.

Conjuguer la logique clientèle et la logique populationnelle

Pour permettre la combinaison des deux logiques, tous les acteurs devront placer le citoyen et la population, et non seulement l'utilisateur des services, au centre des préoccupations. Les tranches de vie de Mathis et Alice illustrent comment plusieurs secteurs sont concernés par la santé de la population⁸.

Histoire d'une tranche de vie de Mathis

- Mathis est à l'hôpital. Pourquoi?
- Parce qu'il a une grave infection à la jambe.
- Pourquoi a-t-il cette infection?
- Parce qu'il s'est coupé gravement à la jambe et qu'elle s'est infectée.
- Mais pourquoi cela s'est-il produit?
- Parce qu'il jouait dans le parc à ferraille près de l'immeuble où il habite et qu'il est tombé sur un morceau d'acier tranchant qui s'y trouvait.
- Mais pourquoi jouait-il dans un parc à ferraille?
- Parce que son quartier est délabré. Beaucoup d'enfants jouent là sans surveillance.
- Mais pourquoi habite-t-il ce quartier?
- Parce que ses parents ne peuvent se permettre mieux.
- Mais pourquoi ses parents ne peuvent-ils habiter un plus beau quartier?
- Parce que son père est sans emploi et que sa mère est malade.
- Mais pourquoi son père est-il sans emploi?
- Parce qu'il n'est pas très instruit et qu'il ne peut trouver un emploi.
- Mais pourquoi...?

Histoire d'une tranche de vie d'Alice

- Alice est à l'hôpital. Pourquoi?
- Parce qu'elle a été opérée suite à une fracture de la hanche.
- Pourquoi a-t-elle cette fracture?
- Parce qu'elle est tombée sur le trottoir en face de la résidence privée où elle demeure, en allant à la messe, tôt comme d'habitude.
- Mais pourquoi cela s'est-il produit?
- Parce que le trottoir était enneigé et glacé.
- Mais pourquoi sort-elle pour aller à la messe?
- Parce qu'elle se sent seule; elle aime croiser des gens à l'église, marcher et aller au dépanneur en revenant.
- Mais pourquoi se sent-elle seule?
- Parce qu'elle a quitté sa famille, ses amis et son voisinage, son village où elle vivait depuis plus de 40 ans. Elle a ainsi quitté aussi son club de marche, perdu ses partenaires de cartes, etc.
- Mais pourquoi a-t-elle déménagé?
- Parce qu'on lui a conseillé de vendre sa maison, car elle ne pouvait plus s'occuper seule de l'entretien, moins sécuritaire à 75 ans qu'on lui disait, et qu'il n'y avait pas d'alternative dans son village.
- Mais pourquoi est-elle encore à l'hôpital pour sa réadaptation?
- Parce que son réseau d'aide est éloigné et la liste d'attente dans les ressources ambulatoires est longue...

⁸ Ces « tranches de vie » sont une adaptation de : COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION, *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, 1999.

Il faut se donner les moyens d'être actifs dans les travaux intersectoriels régionaux ou locaux, de favoriser la participation citoyenne, le développement des communautés, le développement social et les interventions sur les politiques publiques et les environnements afin qu'ils soient plus favorables à la santé.

Dans les histoires racontées ici, Mathis et Alice sont des personnes qui ont besoin de soins en raison d'un problème de santé, mais qui vivent aussi un contexte environnemental précis, qui lui-même s'inscrit dans un contexte socio-économique plus large, etc. Un établissement qui exerce sa responsabilité populationnelle conçoit qu'il est de son ressort de s'occuper de Mathis et d'Alice en tant que membres d'une communauté tout autant qu'en tant qu'usagers. C'est en ce sens que l'on parlera de conjugaison des deux logiques.

D'une part, il aurait été possible de prévenir ces accidents, en s'appuyant sur un réseau de partenaires (municipalité, famille, logement) s'inspirant d'un continuum de services où la promotion et la prévention bénéficient d'une capacité d'action suffisante. D'autre part, ce continuum faisant appel aux ressources et compétences variées des intervenants concernés retiendrait les interventions les plus favorables au maintien de l'autonomie et de la qualité de vie d'Alice par exemple. Ainsi, il faut se donner les moyens d'être actifs dans les travaux intersectoriels régionaux ou locaux, de favoriser la participation citoyenne, le développement des communautés, le développement social et les interventions sur les politiques publiques et les environnements afin qu'ils soient plus favorables à la santé.

Le client partenaire et la participation citoyenne

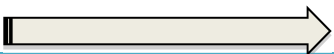
Ce qu'il faut souligner avec insistance, c'est que cette conjugaison des deux logiques implique non seulement l'intégration d'une approche populationnelle, mais implique aussi un changement important dans l'approche auprès de l'usager des services. Il ne suffit donc pas de voir le citoyen en l'usager que l'on traite, mais de traiter cet usager à la fois comme un « patient », comme une personne ayant « une expertise sur la réalité qui lui est propre », comme un « citoyen membre d'une communauté ». Ainsi, dans les tranches de vie rapportées plus haut, le quartier délabré où vit Mathis de même que le déracinement et l'isolement social vécus par Alice font partie des problèmes qui doivent être ciblés et pour lesquels des actions doivent être entreprises, tant en amont de l'accident qu'au moment des soins.

Les savoirs citoyens sont essentiels non seulement pour soutenir une personne confrontée à un problème social ou de santé, mais aussi en tant que contribution potentielle à la gouverne et à l'organisation des soins et services. Dans son document *La participation citoyenne au cœur de la responsabilité populationnelle*, le MSSS souligne ainsi son importance :

« La prise en compte des savoirs citoyens, tant dans les débats relatifs à la gouverne du système de santé que dans ceux sur l'organisation des services, ne peut que rendre davantage démocratisés ces débats publics et augmenter ainsi la transparence dans la gestion du système. À cet égard, le premier rapport du directeur national de santé publique souligne l'importance de maintenir les espaces de participation publique. Cette participation peut également servir à mieux cerner les besoins de la population, à établir des priorités et des orientations, à évaluer la qualité des services, à convenir de plans d'action et de stratégies, etc. Les renseignements recueillis contribueront ainsi à la réflexion et à la prise de décision concernant les services à mettre en place⁹. »

Le tableau suivant décrit comment les deux logiques peuvent se conjuguer et comment elles nécessitent des changements dans les façons de travailler, notamment en faisant davantage appel à la participation citoyenne.

9 MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *La participation citoyenne au cœur de la responsabilité populationnelle*, octobre 2006, p. 8.

 Le défi de la conjugaison des deux logiques¹⁰ 		
Logique clientèle		Logique populationnelle
Axée sur la maladie, les risques, les incapacités	- Intervenir en fonction des meilleures pratiques auprès des personnes malades ou à risque tout en augmentant de façon significative les efforts <u>en amont</u> pour créer des conditions favorables à la santé. - Prioriser l'élaboration de l'offre de service en fonction des besoins de santé et de bien-être plutôt qu'en fonction du niveau de demandes de service. Demande d'aller à la source et aux causes des problèmes et des demandes de service.	Axée sur la santé et ses déterminants, l'autonomisation, la protection
Demandes de service, logique établissement, responsabilité individuelle	- Au-delà de la réponse aux demandes de service, avoir la vigilance de bien connaître les besoins, exprimés et non exprimés, en s'associant avec la population et les partenaires pour les identifier. - Offrir les services le plus près possible de la communauté. - Reconnaître l'usager comme citoyen-partenaire dans les soins cliniques et soutenir la mobilisation des communautés et des acteurs intersectoriels pour agir ensemble en faveur de la santé et du bien-être. - Être collectivement responsable de la santé et du bien-être de la population.	Besoins exprimés et non exprimés, logique territoire, responsabilité collective
Gestion centrée sur la production et les processus <i>internes</i>	- Développer les services en fonction d'un continuum, où les services sont intégrés et hiérarchisés, de la promotion-prévention jusqu'aux soins de fin de vie. - Combiner la recherche d'amélioration de la performance de l'établissement à l'implication dans des démarches collectives permettant d'atteindre ensemble des résultats d'amélioration de la santé des communautés. - Se doter d'une structure de gouvernance locale du RLS où les pouvoirs sont partagés. Gérer en réseau. - Améliorer les processus internes de production de services et travailler en pratiques innovantes avec les partenaires intra et intersectoriels. - Assumer un leadership mobilisateur et partagé avec les différents partenaires. - Mettre à profit et respecter les expertises des partenaires et des communautés.	Gestion centrée sur la création de partenariat et la qualité
Multidisciplinarité, intrasectorialité	- Combiner les savoirs d'expertises et les compétences pour une nouvelle compréhension des réalités cliniques et des réalités communautaires et développer des stratégies d'intervention ajustées à cette nouvelle compréhension (notamment par les pratiques réflexives). - Baser l'intervention sur les meilleures pratiques (probantes ou reconnues efficaces) et instaurer une culture d'amélioration continue des pratiques. - Faire une place à l'expertise de l'usager et du citoyen. - Soutenir et accompagner les professionnels et les équipes en valorisant le travail interdisciplinaire et intersectoriel et en mettant à profit les technologies de l'information.	Interdisciplinarité, intersectorialité
Préoccupée davantage par les résultats à court terme : organisation optimale, production et consommation de services, productivité, efficience	- Suivre à la fois la performance résultant de la production des services et le travail en partenariat et apprécier leur impact sur l'évolution de la santé et du bien-être de la population. Voir s'il y a adéquation entre les besoins et les services et activités, au niveau du RLS, éviter les dédoublements. - Suivre l'évolution de la santé et du bien-être de la population ainsi que des déterminants qui l'influencent. - Développer la culture de la performance et de l'évaluation.	Préoccupée davantage par les résultats à moyen et long termes : atteinte de buts dont l'impact sur la santé et le bien-être (incidence, mortalité, morbidité)

10 Une grille d'analyse sous l'angle de la responsabilité populationnelle est jointe au document à l'annexe 1.

La conjugaison des deux logiques traduit ce qui est au cœur de la responsabilité populationnelle. Pour répondre de façon optimale aux besoins exprimés ou non des usagers et de la population, les services, les stratégies d'action et le mode de gestion des organisations devront s'ajuster à cette approche combinée.

Selon une étude de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS, 2011), certains systèmes hautement performants associent les forces de ces deux logiques, en prenant des mesures qui favorisent l'amélioration continue de la santé à grande échelle et des résultats à tous les niveaux dans leur organisation. Nous constatons la grande cohérence de leur mode d'organisation avec la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services, tels qu'élaborés au Québec, en y associant les pratiques professionnelles et de gestion qui en découlent. Les résultats nous convainquent de la pertinence de travailler dans cette perspective.

Quelles sont les étapes du changement qui renforceront l'exercice de la responsabilité populationnelle?

Les changements nécessaires sur le plan des *façons de faire* pour exercer la responsabilité populationnelle sont importants et il serait ambitieux de penser en couvrir tous les aspects dans le présent document. Rappelons que la région MCQ a réalisé plusieurs initiatives probantes et a renforcé ses partenariats au cours des années. Le défi est d'aller plus loin, de mettre l'amélioration de la santé de la population au cœur des décisions. Selon l'IPCDC, le développement de cinq grandes compétences permettrait de faciliter l'implantation de la responsabilité populationnelle¹¹. Parmi celles-ci, la compétence en gestion du changement mérite un traitement plus approfondi puisqu'elle intègre les quatre autres compétences.

Le défi est d'aller plus loin, de mettre l'amélioration de la santé de la population au cœur des décisions.

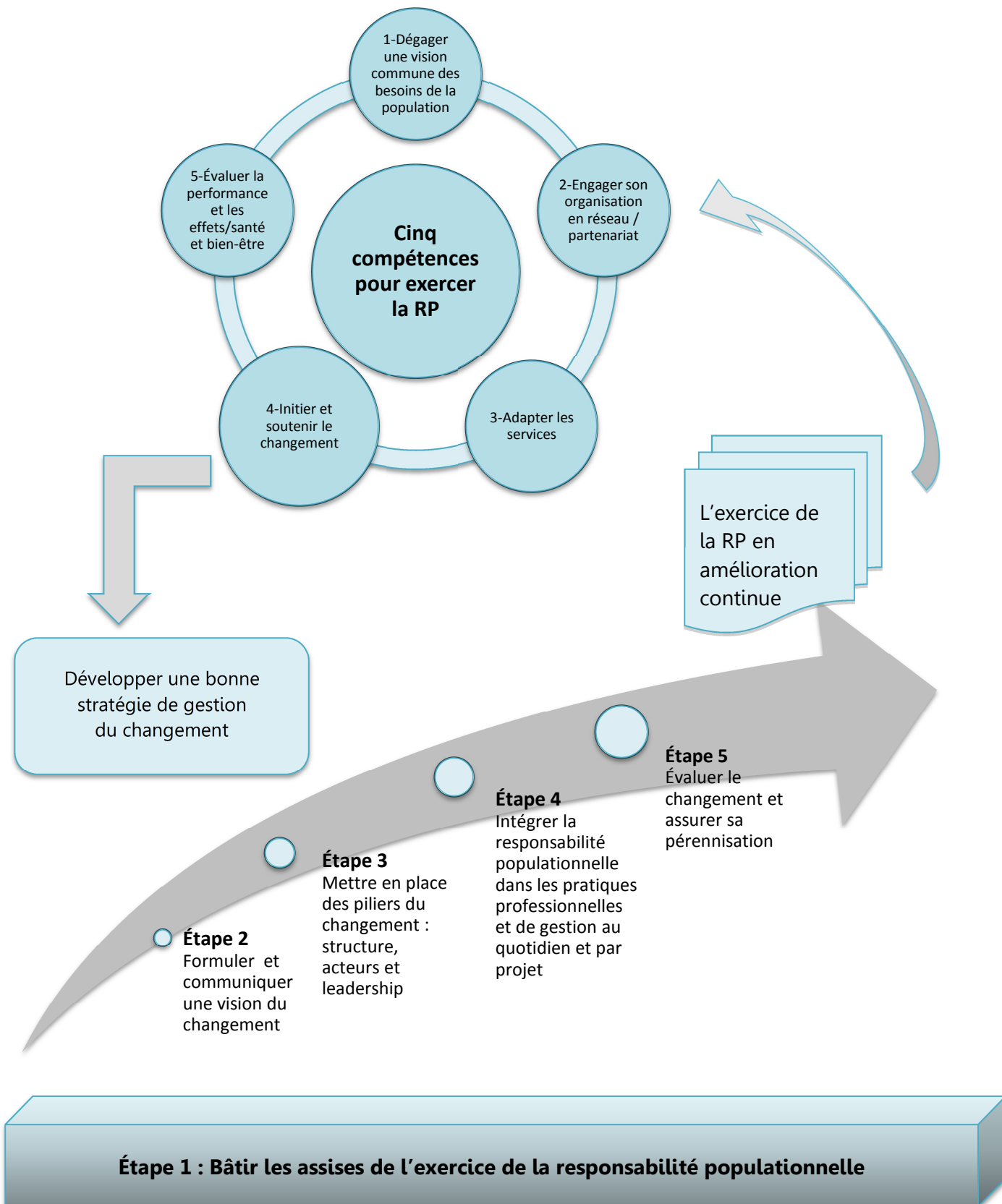
La figure 2 illustre en un coup d'œil ce processus. Rappelons l'objectif qui est de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population en travaillant en collaboration avec tous les acteurs concernés pour améliorer la réponse aux besoins exprimés et non exprimés, l'expérience de soins et l'utilisation des ressources, tout en créant les conditions favorables à la santé.

Note au lecteur

Pour chaque étape, vous trouverez un exemple dans un encadré semblable à celui-ci.

11 Le lecteur trouvera en annexe 2, une description de ces compétences selon l'IPCDC.

Figure 2 - En un coup d'œil : exercer la responsabilité populationnelle



Accompagner un nombre important d'acteurs dans un changement de pratique représente un défi d'envergure. Le changement implique une transformation à long terme, nécessitant un développement continu de stratégies de soutien et d'intégration.

La méthode de gestion du changement proposée comporte trois composantes :

1. Le moteur du changement : ce sont les aspects stratégiques.
2. Les piliers du changement : ce sont la structure ou les mécanismes, les acteurs et le leadership qui permettent une démarche structurée.
3. Les conditions de succès et de consolidation du changement : elles s'appuient sur l'évaluation et la pérennisation du changement.

Dans les pages qui suivent, nous ferons référence à ces composantes sans toutefois en exposer tous les aspects¹².

Étape 1 : Bâtir les assises de la responsabilité populationnelle¹³

On appellera « assises » ces deux outils indispensables sur lesquels l'exercice de la responsabilité populationnelle prend appui :

1. L'accès et la maîtrise des connaissances au regard des besoins de la population, des ressources disponibles et des meilleures pratiques connues.
2. La disponibilité de mécanismes de collaboration fonctionnels.

Pour les acteurs de notre région, ces assises seront plutôt à parfaire qu'à bâtir intégralement. Depuis quelques années déjà, les processus de planification stratégique, appuyés sur une analyse des données sociosanitaires, ont contribué à augmenter les connaissances sur les besoins de la population. Également, des avancées significatives ont été réalisées depuis la création des réseaux locaux de services (RLS) dans les mécanismes de collaboration et de partenariat. Toutefois, d'autres pas restent à faire pour aller plus loin dans ce sens.

Que doit-on connaître?

L'analyse des données sociosanitaires ou d'enquêtes constitue une base solide de connaissance des besoins de la population. Elle permet de tracer un portrait des besoins qui va au-delà des perceptions que l'on fonde sur la base des demandes de service, des besoins exprimés par la population, par les plaintes ou les enquêtes sur la satisfaction de la clientèle. Ce portrait permet de cerner plusieurs des besoins non exprimés de la population. Il doit être complété par

**Une contribution
de tous les
collaborateurs,
citoyens et partenaires
est donc nécessaire
pour bien connaître
les besoins exprimés
et non exprimés
de la population.**

12 Le lecteur intéressé à approfondir le sujet pourra se référer au document de l'IPCDC, *La responsabilité populationnelle : des changements organisationnels à gérer en réseau* (TROTTIER, 2013) dont la référence complète apparaît en bibliographie. Notez que, tout en restant fidèle à l'esprit du modèle proposé par l'auteure, des modifications ont été apportées à la description des étapes du processus de gestion du changement. Le document de l'équipe IPCDC intitulé *Référentiel de compétences pour relever le défi de l'exercice de la responsabilité populationnelle à l'intention des CSSS et leurs partenaires* constitue aussi une source de référence pour le présent chapitre.

13 Projet COSMOSS : Une Communauté Ouverte et Solidaire pour un Monde Outillé, Scolarisé et en Santé dans le Bas St-Laurent : <http://cosmoss.qc.ca>

d'autres sources de renseignements, notamment ceux fournis par des informateurs clés actifs dans la communauté ou qui résultent d'enquêtes auprès de citoyens (groupes, associations, etc.) non utilisateurs des services. Une contribution de tous les collaborateurs, citoyens et partenaires est donc nécessaire pour bien connaître les besoins exprimés et non exprimés de la population.

Les ressources du milieu représentent le potentiel de collaboration pour le développement des communautés et l'amélioration de la santé et de la qualité de vie. Quelles sont les organisations, services, activités, compétences, qui renforceront la « capacité d'agir » des personnes et des communautés? Quels sont les dynamiques de collaboration, les leviers d'action, les aspirations communes qui relieront ces forces? Certes, les communautés peuvent avoir besoin d'aide et de soutien, mais elles possèdent également un potentiel de développement et un pouvoir d'agir. Elles sont donc aussi des ressources.

Enfin, c'est par une bonne connaissance et un partage des meilleures pratiques ainsi que par une évaluation rigoureuse que l'on s'assure que les actions réalisées par tous ces acteurs du territoire seront réellement porteuses, qu'elles auront un impact réel sur la santé et le bien-être de la population. Cela sera abordé aussi à l'étape 5 portant sur l'évaluation.

Connaître sa population

Pour bien comprendre la réalité locale, il faut se baser entre autres sur des informations valides. L'atlas des inégalités sociales de santé et les portraits sociosanitaires de la région Mauricie et Centre-du-Québec sont disponibles aux adresses suivantes :

<http://aisbe-mcq.ca>

<http://www.agencesss04.qc.ca/sante-publique/direction-de-sante-publique/directeur.html#178>

C'est en échangeant avec les partenaires du réseau local, avec des informateurs clés et avec la population sur la réalité vécue du territoire que ces données prendront vie et permettront de mieux identifier les besoins exprimés et non-exprimés.

La disponibilité d'instances ou de mécanismes de collaboration fonctionnels

Il reviendra à chacun des établissements d'évaluer la disponibilité et la qualité de ses mécanismes de collaboration... de son territoire, d'en discuter avec ses partenaires et de proposer des pistes d'amélioration.

Responsabilité partagée, vision commune, travail en réseau, actions en partenariat, rien de cela n'est possible sans l'existence de mécanismes ou d'instances de collaboration fonctionnels et efficaces. Dans la région, les projets cliniques et les ententes de collaboration formelles auxquelles ils ont donné lieu ont contribué à renforcer les liens et les partenariats. Ces liens de collaboration étroits et fonctionnels unissent plus souvent les partenaires intrasectoriels que les partenaires intersectoriels. Ces collaborations peuvent impliquer le niveau opérationnel (les activités), mais rares sont les projets qui impliquent intégralement les organisations jusqu'à mettre en place, par exemple, une gestion commune des ressources.

Dans sa définition même, la responsabilité populationnelle est posée comme une responsabilité *partagée* que ce soit en termes de connaissances, de vision ou d'actions au regard de la santé et du bien-être de la population, elle ne

peut s'actualiser sans des liens solides et durables. Il reviendra à chacun des établissements d'évaluer la disponibilité et la qualité de ses mécanismes de collaboration avec les différents acteurs intra et intersectoriels de son territoire, d'en discuter avec ses partenaires et de proposer des pistes d'amélioration. Le partenariat doit faire l'objet d'une co-construction permanente.

Mécanismes de collaboration

COSMOSS Bas-Saint-Laurent : une Communauté Ouverte et Solidaire pour un Monde Outillé, Scolarisé et en Santé.

COSMOSS, c'est l'alliance des acteurs du Bas-Saint-Laurent qui ont décidé de relever ensemble le défi de soutenir le développement des enfants et des jeunes. MELS, CRÉ, MAMOT, Agence SSS, EQ, MFA, CJE, QEF, Réunir-réussir, UQAR, etc., se sont engagés à faire les choses autrement afin d'arrimer et de bonifier les services offerts pour améliorer la santé et le bien-être des jeunes de 0 à 30 ans, de la naissance, jusqu'à l'insertion au marché du travail en passant par la persévérance scolaire. Les résultats sont probants : le taux de décrochage scolaire a diminué dans la région. (Isabelle Malo, allocution aux JASP 2014, La responsabilité populationnelle : miser sur le développement des communautés et l'action intersectorielle).

COSMOSS s'appuie sur un comité local de coordination (CLC) par MRC pour assurer la cohérence et l'optimisation des efforts au plan local. Ce partenariat aux résultats probants amène la région à vouloir développer un volet Vivre et vieillir en santé avec les partenaires concernés.

Pour info : <http://cosmoss.qc.ca/>

Étape 1 : Dans leur organisation, que doivent faire les leaders¹⁴ de la démarche pour bâtir les assises de l'exercice de la responsabilité populationnelle?

Assise 1 : S'approprier et partager la connaissance des besoins, ressources et meilleures pratiques

- S'assurer que les acteurs de son organisation s'approprient la connaissance des besoins, ressources et bonnes pratiques.
- Partager ces connaissances avec les collaborateurs et les partenaires; les ajuster, les modifier ou les bonifier au fil des échanges, et développer avec eux une vision commune des besoins de la population ainsi que des ressources et des meilleures pratiques pour y répondre.

Assise 2 : Mécanismes de collaboration

- Apprécier l'état des liens de collaboration et de partenariat déjà existants entre son organisation et ses partenaires.
- Établir une stratégie pour améliorer ou renforcer les liens de collaboration ou de partenariat existants, si la situation le requiert.
- Recenser les ressources susceptibles de devenir des collaborateurs ou des partenaires intra et intersectoriels, en fonction des champs d'activités et élaborer une stratégie visant à établir ces liens.

¹⁴ Les leaders sont les personnes qui jouent un rôle de premier plan dans l'actualisation du changement vers l'exercice de la responsabilité populationnelle : ils peuvent être des professionnels tout autant que des gestionnaires.

Étape 2 : Formuler et communiquer une vision du changement qui renforce la responsabilité populationnelle¹⁵

La responsabilité de se donner une vision du changement relève du niveau stratégique. Cela ne signifie pas qu'elle soit définie du haut vers le bas. Le dialogue avec les acteurs des domaines clés nourrira cette vision. Celle-ci permettra « de donner une impulsion stratégique, de dresser un portrait clair des domaines clés qui doivent être améliorés et des changements qui s'imposent ».¹⁶ Elle permet d'établir les bases d'une communication et de mobiliser un noyau d'acteurs, du niveau stratégique jusqu'au niveau opérationnel. Évolutive, elle peut se modifier en fonction des échanges qu'elle suscite ou des changements qui surviennent dans l'environnement. La formulation de cette vision doit s'appuyer sur un questionnement empreint d'objectivité par rapport à *ce qu'est l'organisation présentement*, où *souhaite-t-on aller* et *comment peut-on s'y rendre réalistement*. Ultiment, cette vision devra être partagée par le plus grand nombre possible d'acteurs et devenir le leitmotiv d'une action commune pour améliorer la santé et le bien-être de la population.

Ultiment, cette vision devra être partagée par le plus grand nombre possible d'acteurs et devenir le leitmotiv d'une action commune pour améliorer la santé et le bien-être de la population.

Tel qu'énoncé dans le document de l'IPCDC, cette vision doit comporter deux axes :

« un axe patient qui demande de structurer la production de services par continuum et de s'engager dans un processus continu d'amélioration de la qualité des services et des processus; » (Résultat pour la santé de l'ensemble des clients)

« un axe résultats qui demande à l'organisation et au réseau de partenaires sectoriels et intersectoriels de travailler à l'amélioration de la santé et de bien-être de la population du territoire » (Fine, Golden et al., 2009; Rondeau, 2012). (Résultat pour la santé de l'ensemble de la population)

15 AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE CHAUDIÈRE-APPALACHES. *Stratégie sur l'approche populationnelle et le soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle*, Direction de santé publique, 2014.
www.agencess12.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/publications/RAP_Strategie_regionale_soutien_RP_FIN.pdf

16 IPCDC, *La responsabilité populationnelle : des changements organisationnels à gérer en réseau, un guide de gestion du changement en faveur de la responsabilité populationnelle*, Louise-Hélène Trottier, octobre 2013, p. 42.

Vision

Territoire du Haut-Saint-Maurice : le projet Tournesol

Dans la foulée des changements amorcés en 2004, le CSSS du Haut-Saint-Maurice a réuni les acteurs de son RLS dans le Projet Tournesol. Cette structure de partenariat relevait directement du CSSS. En 2011-2012, les partenaires ont convenu de différencier la gouvernance du RLS de celle du CSSS HSM, partageant ainsi le pouvoir de décision sur les priorités et moyens d'action. L'une des forces de ce projet est d'avoir fait preuve de souplesse et d'avoir ajusté sa structure et son fonctionnement pour mieux atteindre ses objectifs. Le rôle du comité directeur du projet Tournesol est maintenant :

- d'assumer la gouvernance du RLS;
- d'agir à titre de comité directeur des projets;
- de valider la pertinence des projets proposés en fonction des objectifs de résultats;
- de recommander les ententes de collaborations aux organisations visées;
- d'organiser le forum du RLS qui a lieu aux trois ans.

C'est au Forum des partenaires qu'on développe une vision commune des besoins de la population, qu'on identifie les enjeux et priorités, les stratégies d'action et les mécanismes de suivi.

Pour info :

http://jasp.inspq.qc.ca/Data/Sites/1/SharedFiles/presentations/2013/jasp2013_26nov_rls_gasselin.pdf

Étape 2 : Dans leur organisation, que doivent faire les leaders de la démarche pour formuler et communiquer une vision commune du changement vers la responsabilité populationnelle?

- Bien comprendre le contexte qui conduit à l'actualisation de la responsabilité populationnelle (notamment ce qui est exposé dans les premières pages du présent cadre de référence), de manière à pouvoir en expliquer le sens et démontrer sa pertinence.
- Soutenir les personnes concernées et participer à l'élaboration d'une vision du changement vers la responsabilité populationnelle, la partager avec les partenaires et s'assurer qu'elle devienne une vision commune et mobilisatrice pour l'action en partenariat.
- Appuyer le niveau stratégique pour communiquer cette vision de manière structurée et répétée, au moyen d'un plan de communication basé sur la notion de réciprocité (informer, écouter, dialoguer, prendre en compte).
- Réviser régulièrement avec le niveau stratégique la vision formulée en fonction des facteurs évolutifs de l'environnement.

Étape 3 : Mettre en place les piliers du changement vers l'exercice de la responsabilité populationnelle : structure, acteurs et leadership¹⁷

Les changements de grande ampleur nécessitent l'implication de nombreux acteurs dans l'organisation et la mise en œuvre d'une structure de type gestion de projet pour soutenir et animer la démarche de changement, favoriser l'implantation et l'atteinte des résultats visés. Ce comité doit s'assurer notamment que chaque niveau joue bien son rôle, assume le leadership qui lui revient et travaille en cohérence avec les autres, dans la démarche d'actualisation du changement. Donc, tout en actualisant le changement à son propre niveau :

- Le niveau stratégique doit promouvoir la vision, maintenir la confiance des acteurs et créer un environnement favorable au maintien de la mobilisation dans le temps;
- Le niveau tactique s'assure de la présence des conditions nécessaires pour rendre le changement réalisable (compétences, projets, outils, planification, etc.), assure la cohérence des actions avec la vision et maintient les liens d'influence réciproque entre les niveaux stratégique et opérationnel;
- Le niveau opérationnel réalise les projets et changements de pratique, identifie les obstacles et les pistes d'amélioration, en s'assurant que les solutions mises de l'avant sont adaptées à la réalité locale et qu'elles ont l'effet désiré sur l'amélioration des soins et services et sur l'amélioration de la santé et du bien-être des individus ou de la population.

Puisque les changements organisationnels qui conduisent vers l'exercice de la responsabilité populationnelle sont des changements à gérer *en réseau*, des acteurs de plusieurs organisations pourraient être impliqués dans le processus et, de ce fait, faire partie de la composition de l'une ou l'autre de ces équipes. Ces changements devront s'incarner dans des projets tangibles, inscrits dans les axes nommés précédemment, appelant chacun des moyens et des collaborations qui lui sont propres. Il importe donc de faire une place au leadership collectif qui favorise la prise de décisions collectives et l'engagement¹⁸ des partenaires de divers secteurs.

Ce type de leadership favorise les liens de collaboration et la communication entre les personnes et les idées provenant de l'extérieur de l'organisation avec celles qui y sont présentes. En plus de donner l'exemple dès le niveau stratégique, ce type de leadership exerce un puissant effet de levier pour mobiliser les ressources nécessaires au changement.¹⁹

Puisque les changements organisationnels ... sont des changements à gérer en réseau, des acteurs de plusieurs organisations pourraient être impliqués dans le processus et, de ce fait, faire partie de la composition de l'une ou l'autre de ces équipes.

17 CSSS du Haut-Saint-Maurice, projet TourneSol : www.cssshsm.qc.ca/index.php/csss-hsm/statique/reseau-local-services/projet-tournesol

18 IPCDC, *La responsabilité populationnelle : des changements organisationnels à gérer en réseau, un guide de gestion du changement en faveur de la responsabilité populationnelle*, Louise-Hélène Trottier, octobre 2013. p. 10.

19 H. IBARRA, M.T. HANSEN, "Are you a collaborative leader? How great CEOs keep their teams connected?", *Havard Business Review*, July-August 2011, dans ROY, *Une autre réforme : quelle perspective pour les dirigeants?*, 6 novembre 2014.

Piliers du changement

Une région a défini sa stratégie de soutien à la RP.

L'Agence de la santé et des services sociaux de Chaudières-Appalaches a mis en place une stratégie régionale pour l'approche populationnelle et le soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle, adoptée au conseil d'administration en février 2014. Celle-ci vise à camper les rôles respectifs, créer les conditions gagnantes à cette démarche de changement organisationnel et à renforcer la responsabilité populationnelle. Un tableau synthèse en annexe présente les axes de travail, les défis, conditions de succès, et moyens privilégiés. Pour info :

http://www.agencesss12.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/publications/RAP_Strategie_regionale_soutien_RP_FI_N.pdf

Étape 3 : Dans leur organisation, que doivent faire les leaders de la démarche pour mettre en place les piliers du changement vers l'exercice de la responsabilité populationnelle : structure, acteurs et leadership?

- S'assurer que les niveaux stratégique, tactique et opérationnel assurent la gestion du changement vers la responsabilité populationnelle.
- S'assurer que les canaux de communication entre ces équipes facilitent les échanges réguliers et sont favorables à l'instauration d'une cohérence solide dans les messages divulgués et les actions conduites par chacune d'elles.
- S'assurer que les leaders et les acteurs impliqués dans la démarche ont accès à des formations, à des lieux de réflexion et à des outils qui leur permettront d'acquérir les connaissances et les compétences nécessaires à la réalisation et à la gestion du changement.
- S'assurer que la démarche repose sur une cohérence réelle entre l'exercice de la responsabilité populationnelle et les trois dimensions de la vie organisationnelle :
 - ▲ les mentalités : culture, paradigme, façon de penser et de faire;
 - ▲ la structure : favorable au travail en collaboration, aux échanges, aux pratiques réflexives, etc.;
 - ▲ les activités : le travail en réseau, l'action sur les déterminants, l'adaptation des services, l'accompagnement des usagers, l'amélioration de l'expérience de soins, etc.

Étape 4 : Intégrer la responsabilité populationnelle dans les pratiques professionnelles et de gestion au quotidien ou par projet²⁰

Il serait ambitieux de croire que le changement souhaité puisse s'appliquer à l'ensemble des activités couvertes par le réseau local de services et ses partenaires. C'est pourquoi la philosophie des petits pas et l'intégration graduelle du changement dans les pratiques cliniques, organisationnelles ou partenariales sont mis de l'avant tout autant que le développement de projets plus importants. Petits ou grands projets ou intégration graduelle, l'important est d'inscrire le tout dans une démarche structurée et balisée par la responsabilité populationnelle.

²⁰ L'intégration de la RP à l'intérieur de la réalisation du projet *Ensemble pour les enfants* du CSSS de l'Énergie :

www.etrehumain.ca/client/publications/L_INCLUSIF_Vol_2_No_1_Mars_2011.pdf

www.agencesss04.qc.ca/reseau-regional/services-sociaux/jeunes_difficulte.html#Retour1

La mobilisation des acteurs, internes ou externes, sera plus grande si leur implication commence au moment même de la conception des projets ou démarches, et non seulement au moment de leur réalisation.

Intégrer la RP dans les pratiques professionnelles et de gestion

L'équipe de quartier en intervention jeunesse

Afin de mieux répondre aux besoins des familles vulnérables d'un quartier particulièrement affecté par la pauvreté et des conditions de vie difficiles, le CSSS de l'Énergie et le Centre jeunesse ont réuni leurs ressources. Ils ont créé une équipe dédiée aux jeunes en difficulté située en plein cœur du quartier, et travaillent ensemble auprès des jeunes (0-18 ans) et de leurs familles. Nommée l'*Équipe de Quartier*, celle-ci joue un rôle de soutien et de conseil auprès des familles et des organismes du quartier. Comme elle est située dans le quartier, elle participe à la vie de la communauté. L'infirmière de cette équipe assume également un suivi de santé (problèmes de santé divers, suivi de la médication, etc.) auprès des jeunes. L'initiative implique également la mise en place d'une Clinique de pédiatrie sociale, issue d'une collaboration entre l'Équipe de quartier et le département de pédiatrie du CSSS de l'Énergie.

Pour info : http://www.csss-iugs.ca/c3s/data/files/Co_Ensemble_pr_les_enfants_mars2011.pdf

Étape 4 : Dans leur organisation, que doivent faire les leaders de la démarche pour intégrer la responsabilité populationnelle dans les pratiques professionnelles et de gestion au quotidien ou par projet?

- Stimuler une pratique réflexive au sein de l'organisation pour intégrer la responsabilité populationnelle dans les pratiques.
- Stimuler la conception de projets en partenariat, internes ou externes.
- S'assurer que, par leurs objectifs, les projets ou changements projetés sont priorisés sur la base de la responsabilité populationnelle, c'est-à-dire qu'ils démontrent une intention d'agir sur les déterminants de la santé et du bien-être, d'améliorer le continuum de services, d'améliorer la qualité ou l'expérience des soins et des services, de répondre à des besoins en émergence ou non exprimés, de contribuer au développement de pratiques prometteuses, etc.
- S'assurer que les projets ou changements projetés sont appuyés sur des données probantes, mettent de l'avant les meilleures pratiques et sont orientés vers l'atteinte de résultats tangibles.
- S'assurer que la présentation des projets correspond aux normes propres à la gestion de projets ou à une démarche planifiée de changement, de manière à ce que toutes les étapes soient rigoureusement encadrées (planification, réalisation, suivi et évaluation (amorcée dès la planification) à partir d'indicateurs mesurables).

Étape 5 : Évaluer le changement et assurer sa pérennisation

Il importe de considérer que l'évaluation commence au moment même de la planification, puisque c'est à ce moment que l'on doit choisir les indicateurs appropriés pour mesurer les résultats, et cela en tenant compte du type de résultats que l'on veut mesurer (de processus, de production, d'effets, d'impact).

L'évaluation contribue à la prise de décision quant à la pérennisation. À ce sujet Louise-Hélène Trottier dit ceci :

« La pérennisation d'un projet de changement est souvent comprise comme l'ensemble des mécanismes qui permettent de stabiliser, de maintenir et d'amplifier l'effet des structures, des processus et des résultats obtenus par l'introduction d'une nouvelle activité. La pérennisation correspond effectivement à ce type de consolidation d'innovation, mais elle réfère également à un processus dynamique qui permet de soutenir l'amélioration continue des pratiques et la capacité d'apprentissage, d'adaptation et d'innovation des organisations et des réseaux. Les mécanismes de pérennisation peuvent donc poursuivre deux objectifs :

- 1) stabiliser l'atteinte des résultats et assurer la « routinisation²¹ » des nouvelles pratiques et méthodes de travail (Pluye, Potvin et Denis, 2004);
- 2) poursuivre une trajectoire de changement en consolidant la capacité d'apprentissage et d'innovation au sein des équipes de travail (Buchanan et Fitzgerald, 2007). »

L'évaluation et la pérennisation servent donc d'appui à la consolidation du changement, et ce, qu'il s'agisse de changements sur le plan des pratiques professionnelles, des structures et des cultures organisationnelles ou même de changements dans le rapport que le système de soins et de services entretient avec ses partenaires et avec la communauté. De fait, plusieurs contraintes ou opportunités sur le plan stratégique, organisationnel, contextuel, etc. peuvent également jouer en faveur ou en défaveur d'une pérennisation du changement. Une bonne lecture de l'environnement peut parfois contribuer à prévoir les effets potentiels de ces différents facteurs, permettant ainsi aux acteurs de tirer le meilleur profit possible des circonstances entourant le changement.

Évaluation

Aborder le dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis* sous l'angle RP.

Au cours des dernières années, l'équipe régionale en maladies infectieuses et les Services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEP) des ITSS en CSSS de la MCQ ont travaillé à améliorer le continuum de services en ITSS et à soutenir les meilleures pratiques. Malgré ces travaux, la prévalence de l'infection à *Chlamydia trachomatis* demeure élevée.

Pour rejoindre davantage la population à risque, une cible populationnelle de dépistage régionale et locale a été fixée, soit dépister 20 % des jeunes de 15 à 24 ans. L'analyse des données par RLS permet de soulever des questions sur l'accessibilité des services, les pratiques cliniques préventives, l'utilisation des services par les jeunes et l'implication des différents partenaires d'un RLS (ex : cliniques médicales, urgence, SIDEP, organismes communautaires).

L'approche populationnelle du dépistage est un levier pour mobiliser le réseau local dans la lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang.

21 Le terme est celui utilisé par l'auteur de la référence.

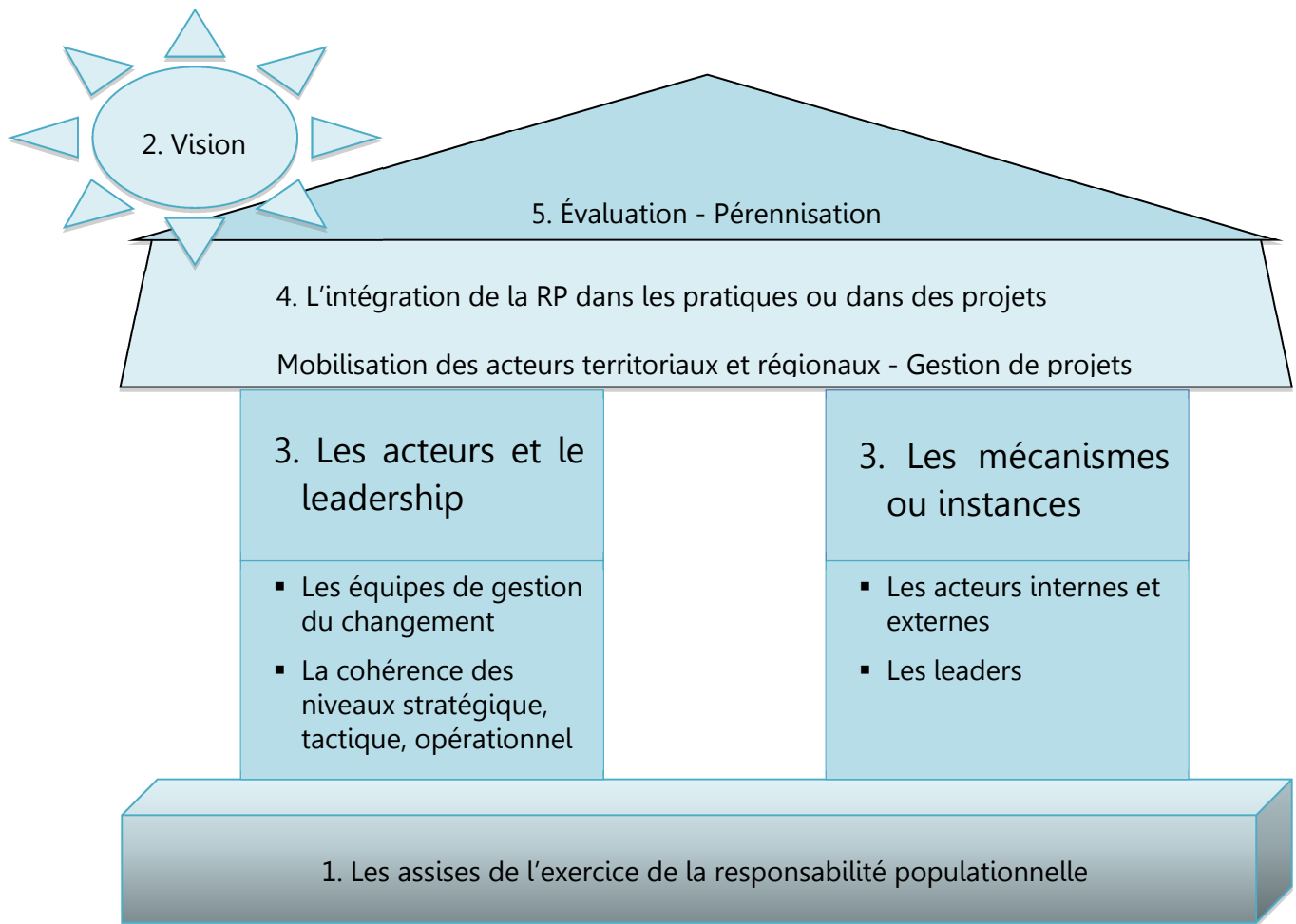


Figure 4

La pérennisation d'une pratique ou d'une activité doit s'appuyer sur les critères suivants :

1. Est-ce que cela répond de manière efficace et pertinente aux besoins de la population?
2. Est-ce que cela contribue à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population?

Étape 5 : Dans leur organisation, que doivent faire les leaders de la démarche pour évaluer le changement et assurer sa pérennisation?

- S'assurer qu'un plan d'évaluation est établi dès le départ pour tout projet ou démarche de changement se rapportant aux processus cliniques ou de gestion, à l'interne ou réalisé avec les partenaires externes.
- S'assurer que ce plan d'évaluation est rigoureusement suivi.
- S'assurer que les pratiques professionnelles et les changements organisationnels instaurés grâce aux différentes démarches ou projets réalisés seront pérennisés en fonction de critères d'efficacité et de pertinence établis en lien avec la finalité de l'exercice de la responsabilité populationnelle.

Conclusion

Les CSSS ont expérimenté au fil des ans des projets novateurs, de nouveaux partenariats et se sont donné des instances de concertation locales, chacun selon sa couleur. La région a ainsi une histoire de collaboration qui lui permet de se démarquer quant à son sens de l'innovation pour améliorer ses pratiques et mieux répondre aux besoins de la population, tant au niveau régional que local. Ce sont des acquis importants pour poursuivre les efforts pour renforcer la RP.

Comme ailleurs dans le monde industrialisé, le RSSS est confronté aux limites de ses moyens et aux défis des changements démographiques, épidémiologiques, technologiques et organisationnels. Ces défis ne seront relevés que collectivement, dans une perspective d'amélioration continue des pratiques à tous les niveaux, telle que préconisée par la responsabilité populationnelle.

Bien que les restrictions budgétaires et les changements de structures chez nos partenaires, autant que dans le réseau de la santé, nécessiteront une période d'ajustements, l'apport de chacun d'eux sera tout aussi important pour améliorer la santé et le bien-être de la population. Dans ce contexte, la solidarité et la mise en commun des efforts sont des conditions de succès à préserver. Miser sur le développement des communautés et l'action intersectorielle pour rallier les forces et développer une vision partagée de la qualité de vie que nous souhaitons sont des moteurs importants pour surmonter les défis actuels.

Ce cadre de référence présente les ingrédients de base pour renforcer la RP (voir figure 4). Il n'existe pas de recette unique, chaque territoire local ayant ses propres couleurs et réalités. Divers outils sont déjà disponibles²² pour soutenir les acteurs du RSSS dans ce changement, d'autres sont à élaborer selon les besoins. L'ensemble des régions peut aussi compter sur le Réseau national de soutien à l'exercice de la RP, mis en place par le MSSS à l'automne 2013 et dont le mandat se poursuit.

C'est en poursuivant la mise en commun de nos expertises, en continuant d'être créatifs et en soutenant l'innovation que nous relèverons le défi de la RP. Un leadership collectif, ingrédient essentiel de la RP, devra engager les partenaires à soutenir le changement en cours, et ce, avec l'intensité requise et aussi longtemps que nécessaire pour qu'il s'ancre dans les pratiques à tous les niveaux. Le réseau de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec est résolument en action pour mettre au cœur de ses choix l'amélioration de la santé et du bien-être de l'ensemble de la population.

22 Une liste de suggestions d'outils est présentée en annexe 2.

Références bibliographiques

- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE CHAUDIÈRE-APPALACHES. *Stratégie sur l'approche populationnelle et le soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle*, Direction de santé publique, 2014.
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA CAPITALE-NATIONALE. *Comprendre et agir autrement pour viser l'équité en santé : Rapport du directeur régional de santé publique de la Capitale-Nationale*, 2012.
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC. *Événement national sur la responsabilité populationnelle : Bilan national et région de la Mauricie et du Centre-du-Québec*, 13 mai 2013.
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC. *Les inégalités sociales de santé ne sont pas une fatalité : Voyons-y! : Rapport du directeur de santé publique sur les inégalités sociales de santé en Mauricie et au Centre-du-Québec*, Direction de santé publique, 2012, 96 p.
- COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL-PROVINCIAL-TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION. *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*, 1999.
- FONDATION CANADIENNE DE LA RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ (FCRSS). *Analyse des initiatives pour la transformation des systèmes de soins de santé : Des leçons à tirer pour le système de santé du Canada - Série d'études de la FCRSS sur la transformation des services de santé : Document 1*, mai 2011.
- IBARRA, H., HANSEN, M.T. "Are you a collaborative leader? How great CEOs keep their teams connected?", *Havard Business Review*, July-August 2011, dans ROY, *Une autre réforme : quelle perspective pour les dirigeants?*, 6 novembre 2014.
- INITIATIVE SUR LE PARTAGE DES CONNAISSANCES ET LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES (IPCDC). [En ligne] [<http://www.ipcdc.qc.ca/>]
- INITIATIVE SUR LE PARTAGE DES CONNAISSANCES ET LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES (IPCDC). *Référentiel de compétences pour relever le défi de l'exercice de la responsabilité populationnelle à l'intention des CSSS et de leurs partenaires*, août 2012.
- INITIATIVE SUR LE PARTAGE DES CONNAISSANCES ET LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES (IPCDC) (TROTIER, L. H.). *La responsabilité populationnelle : des changements organisationnels à gérer en réseau - Un guide de gestion en faveur de la responsabilité populationnelle*, octobre 2013.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Cadre conceptuel sur la santé et ses déterminants*, mars 2010.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La participation citoyenne au cœur de la responsabilité populationnelle*, octobre 2006.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2003-2012 : mise à jour 2008*, Québec.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Stratégie de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle*, 2011.
- OBSERVATOIRE QUÉBÉCOIS DES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES. *Innover dans l'action : Guide pratique sur l'animation des réseaux locaux de services*, 2013.

Annexe 1 - L'exercice de la responsabilité populationnelle : répondre en réseau aux besoins de la population

Processus

Analyser et dégager une vision collective (RLS)

- Analyse et identification avec les partenaires :
 - Besoins exprimés et non exprimés
 - Ressources et services sur le territoire et de leur adéquation aux besoins
 - Partenariats actuels et potentiels : mission, enjeux, opportunités
 - Priorités des partenaires, priorités régionales et nationales (DC, SP, soins)

Engager son organisation pour renforcer le travail en réseau/partenariat

- Modalités de collaboration et de gouvernance avec les partenaires concernés
- Organisation du travail et moyens pour faciliter la collaboration, la cohérence, la complémentarité, la continuité des actions, le partage d'info et la formation :
 - Entre les partenaires
 - Entre directions, entre professions
 - Entre les paliers de l'organisation

Adapter les services et les interventions aux divers besoins de la population et améliorer l'expérience de soins

- Identification des priorités d'amélioration de l'offre de services en fonction d'un équilibre des interventions sur le continuum (promouvoir, prévenir, guérir, soutenir)
- Attention particulière aux personnes défavorisées ou ayant des conditions particulières
- Formalisation des projets et des ententes
- Identification des bonnes pratiques
- Expérimentation de nouvelles façons de faire

Initier et soutenir les changements organisationnels et de pratiques requis

- Ressources réparties pour équilibrer les actions en amont des problèmes, et les services (1^e et 2^e ligne)
- Mobilisation dès le départ des acteurs concernés par les interventions
- Évaluation et gestion des changements de pratiques
- Analyse de l'impact des projets sur les autres dimensions du continuum
- Moyens pour diffuser les connaissances scientifiques et les expériences prometteuses
- Formation des gestionnaires et professionnels

Évaluer les services et les interventions réalisés par les partenaires et diffuser les résultats

- Suivi des indicateurs pertinents à l'exercice de la RP (données populationnelles, utilisation des services, liens avec les partenaires, liens avec les clients et la population, etc.)
- Évaluation de l'impact des projets et des actions
- Communications aux citoyens et aux partenaires sur l'évolution des projets/interventions et leurs impacts

Outils et exemples

- Données populationnelles et de défavorisation
- Consultation : citoyens et partenaires
- Données d'utilisation de services
- Cartes du territoire : répartition de la population (groupes d'âge, défavorisation), services actuels
- Portrait des instances de concertation et liens avec OC pour connaissance partenaires
- Planifications stratégiques et plans d'action des partenaires
- Gouvernance territoriale ; vision territoriale et enjeux hyperconcertation
- Directeur parrain d'un sous-territoire (mandat : faire des suivis au C. direction sur actions et opportunités locales)
- Plans d'action interdirections, plan stratégique territorial
- Point statutaire dans les comités : projets des partenaires
- Mécanismes pour favoriser les pratiques interprofessionnelles et les liens entre les actions sur le continuum
- Bilans annuels en présence des acteurs de SP et des OC afin d'identifier les actions en amont à mettre en place
- Courtiers de connaissances/Bureau virtuel IPCDC
- Porteurs RP : soutien la prise de décision selon angle RP
- Mise en commun de ressources avec les partenaires pour agir en amont des problèmes, interventions de proximité/services itinérants, rejoindre les groupes vulnérables, interventions de groupe, équipes interorganisations
- Plan de gestion du changement
- Séminaires sur la RP (CA, Cadres supérieurs, cadres intermédiaire, professionnels)
- Questionnaire d'autoévaluation sur la mise en œuvre de la RP
- Plan de formation et de soutien
- Description des fonctions en tenant compte de la RP
- Ajout de points dans les chartes de projets en lien avec les partenaires concernés et les impacts du projet sur les autres
- Ententes de gestion tenant compte de la RP
- Grille d'évaluation des partenariats
- Tableau de bord avec des dimensions populationnelles
- Reddition de compte collective CSSS et partenaires et orientations futures

Annexe 2 - Suggestion d'outils pour soutenir l'exercice de la responsabilité populationnelle

Voici une liste d'outils disponibles pour soutenir l'exercice de la responsabilité populationnelle et la gestion du changement pour renforcer les pratiques qui y sont associées.

- Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, **Aide-mémoire sur l'exercice de la responsabilité populationnelle, Le quoi? Pour qui? Le comment? Le suivi?** Avril 2014, 1 page. (Quelques questions pour soutenir la réflexion sur les choix à faire sous l'angle de la responsabilité populationnelle.)

- L'atlas des inégalités de santé et de bien-être en Mauricie et au Centre-du-Québec, site internet :

<http://aisbe-mcq.ca>

Cet atlas fournit des portraits de chacune des communautés de la région sociosanitaire, particulièrement en fournissant des données précises sur certains déterminants et sur certains problèmes, et en caractérisant chaque communauté selon un indice de défavorisation et selon la typologie caractérisant son potentiel de développement.

- Site internet présentant les portraits de santé et les données sociosanitaires des différents RLS de la région.

<http://www.agencesss04.qc.ca/sante-publique/direction-de-sante-publique/directeur.html#178>

- Observatoire québécois des réseaux locaux de services (QRLS), **Innover dans l'action, Guide pratique sur l'animation des réseaux locaux de services**, 2013, 20 pages.

La première partie explique sommairement la responsabilité populationnelle, les déterminants de la santé, le travail en RLS et les partenaires potentiels à impliquer dans une démarche de collaboration, les retombées, avantages et contingences du travail en RLS.

La seconde partie présente des actions qui permettent de concrétiser le travail en RLS, regroupées en quatre étapes : dégager une vision commune; identifier des actions; mettre en œuvre des actions; évaluer, pérenniser et faire connaître.

http://www.csss-iugs.ca/c3s/data/files/guide_simple_liens_final_mars_2014.pdf

- Observatoire québécois des réseaux locaux de services (QRLS), **Aide-mémoire : Animer les réseaux locaux de services, des questions-clés pour avancer ensemble**. Automne 2013 (Synthèse sur quatre pages du Guide pratique)

http://www.csss-iugs.ca/c3s/data/files/aide_memoire_final_mars_2014.pdf

- Bilodeau, Angèle et al. **Outil diagnostique de l'action en partenariat**, 2008. (Outil élaboré et validé pour apprécier la dynamique d'une instance de collaboration ou de partenariat)

Questionnaire et mode d'utilisation

<http://www.rqvvs.qc.ca/documents/file/diagnostique-action-partenariat.pdf>

Texte explicatif de la validation de l'outil, dimension théorique liée à l'outil

<http://www.google.ca/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCUQFjAB&url=http%3A%2F%2Fjournal.cpha.ca%2Findex.php%2Fcjph%2Farticle%2Fdownload%2F2620%2F2469&ei=J6uJV KOQOMSLyATl6oLYAQ&usg=AFQjCNHBv2JgZEYpra1dBC7u4FoKGkmjMA&sig2=d4ZDZrjwOV9ak239BmqvNw&bv m=bv.81456516,d.aWw>

- MSSS, ***PNSP, révision 2015, Grille d'analyse et « lentille » : guide d'application***, octobre 2014 (La grille d'analyse vise essentiellement à structurer les réflexions et les délibérations à propos du choix des activités de santé publique, de manière à tenir compte de différentes dimensions et critères. La lentille est un outil permettant d'opérationnaliser l'approche de la santé dans toutes les politiques, en systématisant la prise en compte de certains enjeux – notamment en lien avec les déterminants de la santé ou les inégalités sociales de santé – dans le processus de décision.)
- IPCDC, **Référentiel de compétences pour relever le défi de l'exercice de la responsabilité populationnelle à l'intention des CSSS et de leurs partenaires**, 21 août 2012, (Ce document vise à soutenir les réflexions des équipes de gestionnaires en identifiant les compétences individuelles et collectives de même que les capacités qui facilitent la mise en œuvre des changements que nécessite l'exercice de la responsabilité populationnelle)
<http://www.ipcdc.qc.ca/sites/default/files/files/Referentiel%20 RP version %20finale 2012-11-26.pdf>
- IPCDC, ***La santé, l'affaire de tous***, octobre 2014 (Vidéo sous forme Pecha Kucha de neuf minutes expliquant la responsabilité populationnelle, 20 diapositives de 20 secondes chacune).
http://www.ipcdc.qc.ca/sites/default/files/INSPQ_PechaKucha_ResponsabilitePopulationnelle.mp4
- IPCDC, ***Le code génétique de la RP : Des réflexes à développer*** (présente en quelques lignes les éléments essentiels à ne pas oublier lorsqu'on veut agir sous l'angle de la responsabilité populationnelle)
<http://www.ipcdc.qc.ca/les-productions-de-lipcdc>
- IPCDC, **La responsabilité populationnelle : des changements organisationnels à gérer en réseau**, un guide de gestion du changement en faveur de la responsabilité populationnelle, Louise-Hélène Trottier, octobre 2013, 83 pages
[http://www.ipcdc.qc.ca/sites/default/files/files/Guide-GC-RP REV2 2013-10-16A CoverIPCDC\(1\).pdf](http://www.ipcdc.qc.ca/sites/default/files/files/Guide-GC-RP REV2 2013-10-16A CoverIPCDC(1).pdf)
- IPCDC, **La responsabilité populationnelle : répondre en réseaux aux besoins de la population** (présente les cinq compétences essentielles de la responsabilité populationnelle et les illustre).

Prendre note que le site internet de l'Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences (IPDC) compte plusieurs autres outils et vidéos forts intéressants et pertinents pour soutenir l'animation d'une démarche de changement vers la responsabilité populationnelle ou directement pour prendre des décisions fondées sur la responsabilité populationnelle.

www.ipcdc.qc.ca

- Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, ***Outil de réflexion pour une planification en lien avec la responsabilité populationnelle***, mai 2014. (Quelques questions pour soutenir la réflexion sur les choix à faire sous l'angle de la responsabilité populationnelle.) Voir outil à la page suivante.

Outil de réflexion pour une planification en lien avec la responsabilité populationnelle

Importance du problème ou du déterminant ¹		
1) Nombre personnes concernées : ➤ Qu'est-ce que les données nous disent? (nb de personnes touchées) ➤ Reflètent-elles seulement des besoins exprimés? (pour des problèmes de santé : données de consultation) ➤ Si oui, croit-on que les besoins non exprimés sont importants		
2) Gravité du problème : ➤ Conséquences en termes de morbidité? Mortalité? APVQ? AVAQ? Coûts?		
3) Évolution du problème : ➤ Progression prévue		
4) Équité : ➤ Ce problème ou déterminant est-il à l'origine d'écarts entre populations favorisées et défavorisées ?		
Capacité d'intervenir		
A. Efficacité des interventions <i>Existe-t-il des interventions en lien avec ce problème ou déterminant?</i> 1) Efficacité théorique de l'intervention offerte A-t-on des données (littérature, experts) qui permettent de croire que l'intervention proposée permet d'éviter, retarder ou amoindrir le problème? 2) Précocité L'intervention permet-elle d'agir en amont des problèmes de santé (précocité sur le continuum de la maladie)? 3) Couverture/Équité À quel point cette intervention a-t-elle le potentiel de rejoindre toutes les personnes touchées (utilisateurs de services et non)?	B. Faisabilité 1) Organisationnelle Quel est l'état actuel de déploiement de l'intervention (offre, accès, qualité) ? Quel est l'état actuel des ressources (humaines, techniques, matérielles) requises pour cette intervention? Quel est l'état des collaborations requises pour cette intervention (intra-CSSS et avec partenaires RLS lorsque pertinent) 2) Politique Cette intervention est-elle comprise dans les ententes de gestion? Cette intervention découle-t-elle des PS nationale et régionale? Cette intervention découle-t-elle d'une volonté politique plus large?	C. Degré d'imputabilité du CSSS À quel point le CSSS est-il imputable de la réalisation de l'intervention? - CSSS entièrement imputable - RLS imputable - Imputabilité partagée avec partenaires hors RLS

¹ Dans cette section, selon l'objet, il peut être question d'une problématique de santé (par ex. l'hypertension) ou encore d'un déterminant de la santé (par ex. l'activité physique).



CENTRE ADMINISTRATIF

550, rue Bonaventure, Trois-Rivières (Québec) G9A 2B5
Téléphone : 819 693-3636 | Télécopieur : 819 373-1627

BUREAU

350, rue Saint-Jean, Drummondville (Québec) J2B 5L4
Téléphone : 819 477-6221 | Télécopieur : 819 477-9443

**Agence de la santé
et des services sociaux
de la Mauricie
et du Centre-du-Québec**

Québec 

www.agencesss04.qc.ca