

Cette présentation a été effectuée le 20 novembre 2008, au cours de la journée
« La responsabilité populationnelle : des innovations à partager »
dans le cadre des Journées annuelles de santé publique (JASP) 2008. L'ensemble des présentations
est disponible sur le site Web des JASP, à l'adresse <http://www.inspq.qc.ca/archives/>.

Centre de santé et de services sociaux
de la Vieille-Capitale

Centre affilié universitaire

Prévenir, soigner, soutenir... chaque jour



Pourquoi la responsabilité populationnelle ?

Sylvain Gagnon, directeur général
CSSS de la Vieille-Capitale
20 novembre 2008

Centre de santé et de services sociaux
de la Vieille-Capitale

Centre affilié universitaire

La théorie, c'est quand on sait tout
et que rien ne fonctionne.

La pratique, c'est quand tout fonctionne et que
personne ne sait pourquoi.

Ici, nous avons réuni théorie et pratique, donc rien ne
fonctionne et personne ne sait pourquoi.

Albert Einstein

www.csssvc.qc.ca

Ce qu'on voulait régler :

- Accessibilité → Difficulté d'entrer dans le réseau
- Continuité → Difficulté de s'y retrouver
- Qualité → Qualité inégale ou mal mesurée
- Performance → Améliorer nos résultats en matière de santé et de bien-être

Ce que nous sommes à réaliser :

- ✓ Passer d'un ensemble de services à un réseau de services;
- ✓ Passer d'une culture de dispensation de services à une culture d'amélioration de la santé de la population;
- ✓ Passer d'une culture de compétition entre cliniciens et établissements à des pratiques de collaboration.

***Responsabilité populationnelle
(en théorie)***

Différents intervenants, collectivement responsables, de rendre accessible un ensemble de services (gamme, incluant la santé publique) en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système, en favorisant la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population. Priorité accordée à certaines personnes présentant des problèmes particuliers.¹

¹ Le projet organisationnel et clinique et balise associée à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, MSSS 2004.

Le point de vue sur cette notion demeure partagé par les différents acteurs, compte tenu :

- ✓ Des projets organisationnels et cliniques différents d'une région à l'autre et parfois d'un territoire à l'autre dans une même région;
- ✓ La très grande diversité des milieux : urbain, rural, à forte densité, multiethnique et culturel sur le plan de l'état de santé des populations et des communautés;
- ✓ La volonté des différents partenaires (local et régional) de travailler en réseau, de façon concertée.

Responsabilité populationnelle (En pratique)

- ✓ Les efforts de la réforme de 2004 ont beaucoup porté sur les structures dont sont issus les CSSS :
 - Projets de lois 25, 30 et 142
- ✓ De grandes organisations ont été créées autour de deux modèles :
 - CLSC – CHSLD
 - CLSC – CHSLD – CHSGS
- ✓ Un renforcement indéniable de la 1^{re} ligne sur le plan du financement et de l'organisation des services.

L'instance locale : 2 grandes responsabilités

Responsabilité populationnelle :

- ✓ Connaître les populations desservies :
 - Territoire donné
 - Communautés d'appartenance
- ✓ Adapter l'offre de services;
- ✓ Mesurer ce que l'on fait;
- ✓ Rendre compte.

Animation d'un réseau local de services (RLS) :

- ✓ Approche de partenariat :
 - Forum des partenaires
- ✓ Projets cliniques :
 - Renforcement de la 1^{re} ligne;
 - Logique de hiérarchisation des services.

L'expérience de la responsabilité populationnelle au sein du CSSS de la Vieille-Capitale

Quelques éléments de contexte :

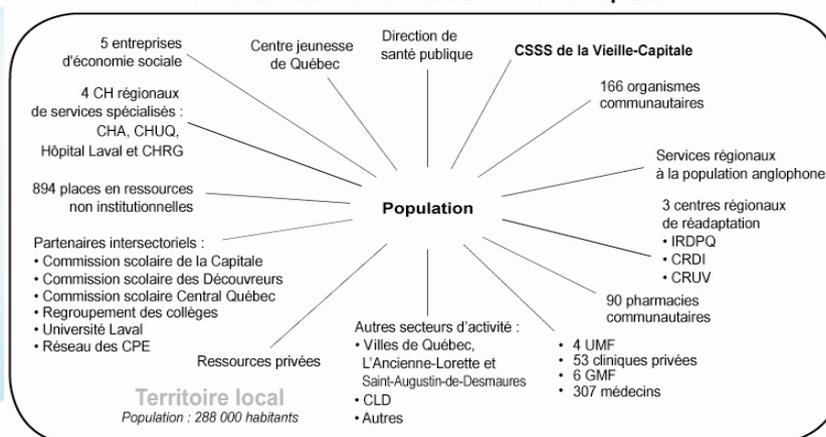
- ✓ Établissement issu de la réforme de 2004;
 - Trois grandes vagues successives de fusion
- ✓ Missions de 1^{re} ligne (7 CLSC, 8 CHSLD, 4 UMF);
- ✓ Plus de 3700 employés (300 médecins, 135 cadres);
- ✓ Centre affilié universitaire;
- ✓ Révision de la programmation de recherche autour de trois axes principaux :
 - Proximité territoriale et communautaire
 - Proximité relationnelle
 - Proximité participative et décisionnelle

D'abord, connaître l'état de santé et de bien-être des populations

	Pourcentage de la population (%)			
	Province de Québec	Région de la Capitale-Nationale	CSSS de la Vieille-Capitale	Secteur le plus en difficulté
Taux de chômage (15 ans et plus, 2001)	8,2	7,6	7,6	13,2 (Basse-Ville-Limoilou-Vanier)
Population vivant de l'aide sociale (2003)	8,4	7,2	9,7	25 (Basse-Ville-Limoilou-Vanier)
Scolarité : population n'ayant pas complété son secondaire (20 ans et plus, 2001)	29,9	23,8	20,7	37,2 (Basse-Ville-Limoilou-Vanier)
Monoparentalité : enfant de moins de 18 ans vivant avec un seul parent (2001)	19,7	19,3	24,3	39,8 (Basse-Ville-Limoilou-Vanier)
Personnes de 65 ans et plus vivant seules (2001)	31,1	34,1	40,2	45,2 (Haute-Ville-Des-Rivières)

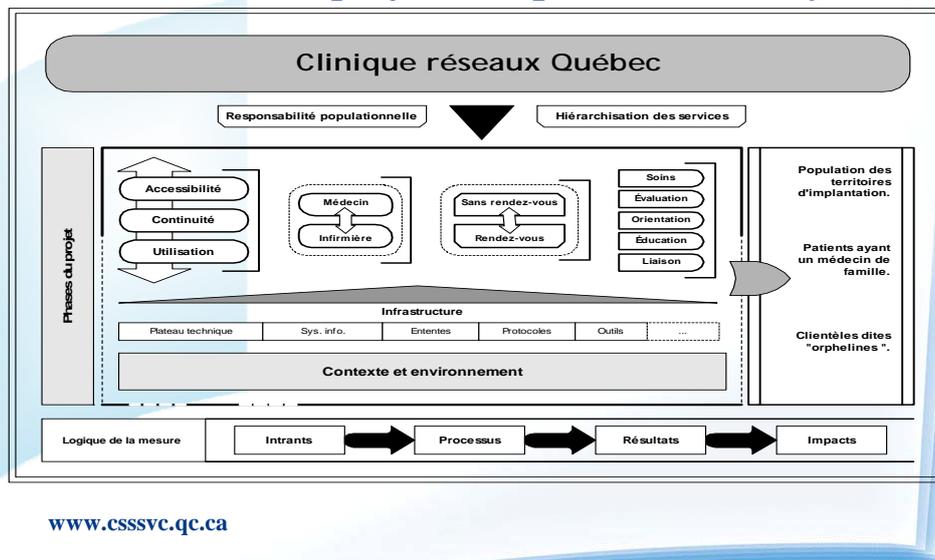
www.csssdc.qc.ca

LE FORUM DES PARTENAIRES du réseau local de services de la Vieille-Capitale



www.csssdc.qc.ca

Un projet clinique issu de la réforme



Conclusion Quelques constats

- ✓ Les réformes des deux dernières décennies (Rochon, Couillard) vont dans le même sens : centrer le système sur la personne, c'est-à-dire l'utilisateur;
- ✓ Une collaboration au sein des établissements et entre les établissements et les partenaires: changement de culture significatif au cours des 10 dernières années;
- ✓ La nécessité de bien connaître la santé des populations et des communautés desservies, de mesurer ce que l'on fait et de rendre compte;
- ✓ Des efforts concentrés sur les dimensions cliniques de l'organisation des services;

Conclusion

Quelques constats

- ✓ Une vision à long terme et beaucoup de cohérence à chacun des paliers de gouvernance (local, régional et national) avec des approches de collaboration, de soutien et de réseau découlant des responsabilités de chacun;
- ✓ La nécessité de communiquer cette vision auprès des partenaires et de s'inscrire résolument dans l'action;
- ✓ La nécessité de se rappeler qu'à court terme, on ne change rien, que seul, on va plus vite, mais qu'en équipe (réseau), on va plus loin.