



# IPCDC

Initiative sur le partage des connaissances  
et le développement des compétences

Pour relever le défi de la responsabilité populationnelle

## PHASE EXPLORATOIRE : ÉVALUATION DES RETOMBÉES DES ACTIVITÉS DE L'IPCDC



Louise-Hélène Trottier et Jean-Louis Denis

11 février 2014



## ***Table des matières***

Introduction.....	1
1. Objectif et méthode de l'étude.....	1
2. Résultats.....	2
2.1 Participation des CSSS étudiés et de leur agence aux activités de l'IPCDC.....	2
2.2 Compréhension de la responsabilité populationnelle.....	3
2.3 La place qu'occupe la responsabilité populationnelle au sein des organisations étudiées.....	4
2.4 L'exercice de la responsabilité populationnelle au sein des territoires locaux.....	6
2.5 Les projets accompagnés par l'IPCDC.....	7
2.6 Les principales retombées des activités de l'IPCDC.....	13
2.7 Les pistes pour faciliter l'exercice de la responsabilité populationnelle.....	15
2.7.1 Les suggestions pour les activités de soutien à la responsabilité populationnelle.....	15
2.7.2 Les suggestions pour les instances du SSSS.....	18
2.7.3 Les principaux messages pour la consolidation de l'exercice de la responsabilité populationnelle.....	22
Conclusion.....	24
Références.....	29

## ***Table des tableaux***

Tableau 1 Exposition des CSSS et des ASSS étudiés aux activités de l'IPCDC.....	3
Tableau 2 Compréhension de la responsabilité populationnelle.....	4
Tableau 3 La place qu'occupe la responsabilité populationnelle au sein des organisations étudiées.....	5
Tableau 4 L'exercice de la responsabilité populationnelle au sein des territoires locaux....	6
Tableau 5 Problème, objectifs, solutions et résultats des projets accompagnés par l'IPCDC.....	10
Tableau 6 Les principales retombées des activités de l'IPCDC.....	14
Tableau 7.1 Suggestions pour les activités de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle.....	17
Tableau 7.2 Suggestions pour les instances du système.....	20

## *Liste des sigles*

Acc	Accompagnement
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
CA	Conseil d'administration
CenA	Compétences en action
CGR	Comité de gestion du réseau
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DC	Développement des communautés
DG	Directeur général
DGA	Directeur général adjoint
DGPRM	Direction générale du personnel réseau et ministériel
DSI-SP	Direction des soins infirmiers et de la santé publique
DRSP	Direction régionale de santé publique
FCASS	Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé
FORCES	Programme de formation de la FCASS
GR	Groupe de réflexion
HV	Habitudes de vie
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPCDC	Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences
MADA	Municipalité amie des aînés
MRPGC	Microprogramme en responsabilité populationnelle et gestion du changement
MSP	Microprogramme en santé publique
MSSS	Ministère de la santé et des services sociaux
PDG	Président, directeur général
PPA	Personne en perte d'autonomie
PPALV	Personne en perte d'autonomie liée au vieillissement
RLS	Réseau local de services
RP	Responsabilité populationnelle
SAD	Soins à domicile
SSSS	Système de santé et de services sociaux
VES	Vieillir en santé

## ***Introduction***

Au début de l'année 2013, nous avons décidé de faire une étude exploratoire en vue d'identifier les dimensions qui seraient le plus propice pour cerner les effets des activités de l'IPCDC sur l'exercice de la responsabilité populationnelle au sein des territoires locaux et régionaux. Ultimement, ce travail devait soutenir l'élaboration d'outils permettant d'évaluer formellement les effets des activités de cette organisation. Le présent rapport fait état des résultats obtenus par cette étude exploratoire.

Le financement nécessaire à la réalisation de l'étude provient de l'Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences (IPCDC) et d'un programme de recherche subventionné par les Instituts de recherche en santé du Canada, le *Team Grant in Reconfiguration of Health Care Organizations and Systems* (IRSC 2008-2013), dont le chercheur principal est Jean-Louis Denis.

**La section 2.7.3 et la conclusion présentent les principaux messages qui se dégagent des résultats de cette étude.**

### **1. Objectif et méthode de l'étude**

L'objectif de l'étude était de cerner les retombées des activités de l'IPCDC auprès de quatre CSSS engagés dans une démarche d'accompagnement, ainsi qu'auprès de leur ASSS respective. La collecte des données s'est déroulée d'août à novembre 2013. Les CSSS à l'étude ont été choisis parce qu'ils étaient dans une démarche d'accompagnement avec l'IPCDC et parce qu'ils répondaient à des critères associés à des modèles de pilotage de la gestion du changement organisationnel, soit les modèles intuitif, informel ou formel (Trottier, 2013). Les données proviennent d'entrevues semi-dirigées qui ont été réalisées auprès :

- du DG ou du DGA des CSSS à l'étude;
- de deux à trois autres personnes par CSSS directement impliquées dans la réalisation du projet accompagné par l'IPCDC;
- du PDG de l'ASSS des CSSS à l'étude.

Les entrevues avec les représentants des CSSS étaient structurées à partir de cinq thèmes : le travail conceptuel, le travail opérationnel, le travail structurel, le travail relationnel (Cloutier *et al.*, 2012), et l'organisation du soutien à l'exercice de la RP. Alors que les entrevues avec les PDG s'organisaient autour de deux thèmes : la responsabilité populationnelle (définition, place qu'elle occupe et qu'elle devrait occuper dans leur région) et l'organisation du soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle.

Les données proviennent de 12 entrevues qui ont été réalisées auprès de 15 personnes. Seul un DG de CSSS n'a pu être rencontré. Quatre de ces entrevues sont des entrevues de groupe, dont deux ont été réalisées par Anne Chamberland en février et mars 2013, afin de cerner les retombées associées à la subvention de la DGPRM<sup>1</sup>.

## **2. Résultats**

Cette section présente les principaux résultats qui se dégagent des données recueillies. Elle aborde : 1) la participation des CSSS et des agences aux activités de l'IPCDC; 2) la compréhension qu'ont les acteurs de la responsabilité populationnelle; 3) la place qu'occupe la responsabilité populationnelle au sein des organisations étudiées; 4) l'exercice de la responsabilité populationnelle au sein des territoires locaux; 5) les projets accompagnés par l'IPCDC; 6) les retombées des activités de l'IPCDC; 7) les pistes pour faciliter l'exercice de la responsabilité populationnelle dans l'avenir.

### ***2.1 Participation des CSSS étudiés et de leur ASSS aux activités de l'IPCDC***

Les CSSS et les agences régionales qui ont participé à l'étude ont tous été exposés aux activités de l'IPCDC. Tous ces CSSS ont bénéficié de l'accompagnement de l'IPCDC, qui était un critère de sélection pour participer à l'étude. De plus, comme l'indique le Tableau 1, tous les CSSS, sauf un, ainsi que toutes les agences à l'étude ont eu des sessions de formation de la part de l'IPCDC sur la responsabilité populationnelle (RP). Toutes les organisations rencontrées ont aussi participé aux Groupes de réflexion (GR) organisés par l'IPCDC. Des membres de trois CSSS ont suivi les

---

<sup>1</sup> Direction générale du personnel réseau et ministériel.

formations offertes par l'IPCDC en santé publique (MSP<sup>2</sup>) et en gestion du changement (MRPGC<sup>3</sup>).

**En somme, les CSSS et les agences qui ont participé à l'étude peuvent être considérés comme des usagers des activités de l'IPCDC et des répondants généralement bien informés des objectifs poursuivis par le consortium.**

**Tableau 1 : Exposition des CSSS et des ASSS étudiés aux activités de l'IPCDC, autres que l'accompagnement**

CSSS et ASSS	Formation RP etc. <sup>4</sup>	MSP <sup>5</sup>	MRPGC ou FORCES <sup>3</sup>	CenA <sup>2</sup>	GR	DC	Thème projet Acc
CSSS	2	1	3	1	Oui		Habitudes de vie
CSSS		1	2		Oui		Projet clinique Maladies chroniques
CSSS	1	1	1		Oui	Oui	Modèle d'intervention auprès des PPA Repérage dans la communauté
CSSS	4	1	Cohorte en 2014		Oui		Proches aidants
ASSS	3				29		
ASSS	6				8		
ASSS	8				36		

## 2.2 Compréhension de la responsabilité populationnelle

Pour la majorité des CSSS et des agences étudiés, la responsabilité populationnelle est une responsabilité partagée avec le réseau local de services (RLS) et avec les autres instances du système de santé et de services sociaux (SSSS). De plus, pour certains CSSS, cette responsabilité est également partagée avec les individus de leur territoire dans une perspective d'empowerment et de meilleure auto-prise en charge de leur santé et de leur bien-être (Tableau 2).

Selon les acteurs rencontrés, la RP demande également aux établissements d'ajuster leur offre de services en fonction des besoins exprimés et non exprimés de leur population. Elle nécessite aussi

<sup>2</sup> Microprogramme en santé publique.

<sup>3</sup> Microprogramme en responsabilité populationnelle et gestion du changement.

<sup>4</sup> Nombre de formations sur la responsabilité populationnelle ou de l'activité Compétences en action.

<sup>5</sup> Nombre de personnes ayant suivi les formations des microprogrammes en santé publique, en responsabilité populationnelle et gestion du changement ou du programme FORCES.

de travailler sur l'accessibilité des services, ainsi que sur leur continuité et sur leur qualité (Tableau 2).

Enfin, selon les répondants, la RP demande d'agir sur les déterminants de la santé, d'intervenir sur tout le continuum, de connaître le contexte socio-économique du territoire et d'optimiser les ressources (Tableau 2).

**Ainsi, la compréhension de la responsabilité populationnelle des CSSS et des agences rencontrés est conforme à celle mise de l'avant par l'IPCDC. Les CSSS accordent toutefois une grande place à l'adaptation des services aux besoins et aux actions sur les déterminants de la santé; alors que les agences mettent davantage l'accent sur l'accessibilité et sur l'optimisation des ressources.**

**Tableau 2 : Compréhension de la responsabilité populationnelle**

	CSSS	ASSS
Responsabilité partagée avec :		
– Le RLS	4	1
– Les diverses instances du SSSS	3	3
– Les individus	3	
Offre de services :		
– Adaptée aux besoins exprimés et non exprimés	4	1
– Accessible	2	3
– Continue et de qualité	2	
Agir sur tout le continuum de services	3	
Agir sur les déterminants de la santé	4	2
Connaître le contexte socio-économique	1	
Optimiser les ressources	1	3

### **2.3 La place qu'occupe la responsabilité populationnelle au sein des organisations étudiées**

**Pour tous les CSSS rencontrés, ainsi que pour deux agences, la responsabilité populationnelle est une priorité des hauts dirigeants** de ces organisations. Toutefois, aucune personne interviewée n'a dit que la responsabilité populationnelle était une priorité pour les cadres intermédiaires et pour les intervenants de leur organisation (Tableau 3).

**Tous les CSSS étudiés, ainsi que deux agences, ont adopté, ou sont en voie de le faire, une vision, des orientations stratégiques, un cadre de référence ou des plans d'action axés sur la responsabilité populationnelle; plusieurs ont mis en place une combinaison de ces différents outils de planification et de programmation favorables à la responsabilité populationnelle (Tableau 3).**

Pour trois CSSS et pour une agence, la responsabilité populationnelle est maintenant utilisée comme critère central pour déterminer l'offre de services au sein de leur organisation ou pour réaliser le partage des ressources entre les directions ou entre les établissements de la région. **La responsabilité populationnelle semble donc de plus en plus s'intégrer aux processus de décision des CSSS et des agences étudiés et semble de plus en plus utilisée au sein des organisations pour donner un sens à l'action locale et régionale (Tableau 3).**

Enfin, les CSSS et les agences considèrent que la responsabilité populationnelle est un levier qui leur permet de consolider l'accès aux services dans leur région et de travailler à leur coordination optimale. **L'accès aux services demeure une priorité centrale des agences (Tableau3).**

**Tableau 3 : La place qu'occupe la responsabilité populationnelle au sein des organisations étudiées**

	CSSS	ASSS
RP est une priorité :		
– Des hauts dirigeants	4	2
– Des cadres intermédiaires		
– Des intervenants		
Présence de planification et de plan de programmation en faveur de la responsabilité populationnelle	4	2
RP: critère central de décision et d'allocation des ressources	3	1
RP : renforce les fonctions de soutien, de coordination et de transfert de connaissance	1	2
RP : levier pour consolider l'accès aux services et pour travailler à leur coordination optimale	3	3

## 2.4 L'exercice de la responsabilité populationnelle au sein des territoires locaux

Les moyens que les CSSS utilisent pour actualiser la responsabilité populationnelle au sein de leur territoire sont : l'animation, la consultation, la collaboration, le partage du portrait de santé et de bien-être et la coordination des continuums de services. Certains considèrent que pour s'ajuster aux enjeux locaux et aux préoccupations des municipalités, ils doivent adopter une approche globale (non par strates d'âge) et travailler au développement des services de proximité. Par ailleurs, deux CSSS préconisent la signature d'ententes formelles avec leurs partenaires; alors que deux autres préfèrent miser sur les ententes informelles. Sur ce, un CSSS opte pour des ententes formelles avec ses partenaires sectoriels et pour des alliances (ententes informelles) avec ses partenaires intersectoriels. Les CSSS reconnaissent qu'ils ont à jouer différents rôles au sein de leur territoire local qui vont du leadership et de l'influence, en passant par la collaboration, la coordination et l'accompagnement (Tableau 4).

**Dans l'ensemble, les CSSS reconnaissent que l'exercice de la responsabilité populationnelle passe par le réseautage, i.e. par le développement d'un partenariat solide au sein des réseaux locaux de services, construit sur la confiance, le respect de l'expertise des partenaires, le partage des ressources et la crédibilité du CSSS.**

**Tableau 4 : L'exercice de la responsabilité populationnelle au sein des territoires locaux**

	CSSS
Consulter, animer, collaborer, coordonner les continuums de services, partager le portrait de santé et de bien-être	4
Adopter une approche globale	1
Développer des services de proximité	1
Ententes formelles	2
Ententes informelles	2
Rôle du CSSS au sein du RLS	
– Leadership, influence	2
– Collaborateur	2
– Coordonnateur	1

Deux agences considèrent que pour faciliter l'exercice de la responsabilité populationnelle dans leur région, elles doivent soutenir les projets que développent les établissements en ce sens. Pour

sa part, la troisième agence considère que les dossiers associés à l'accès et à l'optimisation des processus sont suffisamment urgents pour que tous travaillent sur ces priorités, avant de s'investir dans le développement de projets qui s'adressent spécifiquement à la responsabilité populationnelle.

### **2.5 Les projets accompagnés par l'IPCDC**

Le Tableau 5 présente : 1) le problème que cherchaient à résoudre les CSSS à travers leur projet accompagné par l'IPCDC; 2) les objectifs que poursuivait ce projet; 3) les moyens que se sont donnés les CSSS pour solutionner ce problème; 4) les résultats que les projets ont générés.

Les principaux résultats obtenus par le CSSS qui a mené le **premier** projet présenté au Tableau 5 sont les suivants :

- une programmation sur les habitudes de vie plus conforme aux bonnes pratiques;
- la multiplication des agents de changement en faveur des habitudes de vie au sein du CSSS et du RLS;
- une augmentation des interventions sur les déterminants de la santé;
- une augmentation significative du nombre de personnes rejointes par les programmes visant à changer les comportements en faveur de meilleures habitudes de vie. La nouvelle programmation a rejoint 800 personnes en moins d'un an, alors que le Centre d'éducation à la santé n'en rejoignait que 130;
- une plus grande sensibilité du conseil d'administration (CA) à l'importance de créer des environnements favorables à la santé.

Les résultats obtenus par le CSSS qui a mené le **deuxième** projet présenté au Tableau 5 sont les suivants :

- la diminution du nombre de projets associés au projet clinique. Ils sont passés de 70 à 6-7. Ceux qui ont été retenus sont exclusivement des projets intersectoriels qui visent à agir en promotion-prévention et sur les déterminants de la santé;

- l'acceptation du projet clinique par le conseil d'administration (CA). Le projet clinique relève du comité de vigie du CA qui doit être informé annuellement des actions réalisées pour exercer la responsabilité populationnelle et pour consolider le partenariat;
- l'élaboration d'un modèle de gestion intégrée des maladies chroniques, qui sera expérimenté au cours de l'année 2014 au sein d'un quartier du territoire. Ce modèle repose notamment sur : a) une lecture commune du portrait de santé et de l'offre de services ; b) l'intensification du suivi des clientèles en fonction des besoins; c) l'analyse des parties prenantes; d) la mobilisation de tous les partenaires nécessaires à la gestion des maladies chroniques. Ce modèle de gestion intégrée permettra également de soutenir le travail transversal entre les directions du CSSS;
- la hausse de la crédibilité, au sein du CSSS, des participants au microprogramme en responsabilité populationnelle et gestion du changement (MRPGC).

Les résultats obtenus par le CSSS qui a mené le **troisième** projet présenté au Tableau 5 sont les suivants :

- l'appropriation du modèle Vieillir en santé (VES) par les partenaires;
- l'identification avec les partenaires des besoins de la population et des écarts à combler en regard des services;
- la collaboration étroite avec les partenaires sectoriels et intersectoriels;
- la mise en commun de ressources avec les partenaires;
- le soutien d'une infirmière aux maisons d'hébergement privées, ce qui réduit le recours à l'urgence;
- l'augmentation des collaborations entre la direction DSI-SP et la direction des programmes;
- l'adhésion des dirigeants du CSSS à l'importance de soutenir le développement des compétences pour introduire de nouvelles pratiques et activités.

Les résultats obtenus par le CSSS qui a mené le **quatrième** projet présenté au Tableau 5 sont les suivants :

- le soutien aux organismes communautaires dans le développement d'une stratégie commune d'offre de services, en vue de contrer la duplication de services ou leur rareté;

- le soutien à la demande concertée de financement auprès de la Fondation Chagnon. Obtention d'un financement intéressant que les organismes communautaires se sont partagé en fonction d'une entente préalable;
- la mise en commun de ressources entre les partenaires;
- la création de projets structurants et rassembleurs au sein de la communauté;
- un meilleur taux de participation des partenaires aux instances de concertation;
- la diminution de l'achalandage à l'urgence : plus de services dans la communauté et la mise en place d'un soutien infirmier aux résidences privées.

**Dans l'ensemble, les résultats associés aux projets accompagnés par l'IPCDC permettent d'enraciner l'exercice de la responsabilité populationnelle au sein des territoires locaux. Ils peuvent, par exemple :**

- **conduire au développement d'une programmation plus conforme aux bonnes pratiques (projets 1, 3 et 4);**
- **faciliter la planification des actions et des services à partir d'une approche populationnelle (projets 2, 3 et 4);**
- **augmenter et mieux structurer les collaborations avec les partenaires du territoire (tous les projets);**
- **faciliter l'identification des besoins et le partage collectif du portait de la population et des services (tous les projets);**
- **soutenir la mise en commun des ressources présentes sur les territoires locaux (projets 1, 3 et 4);**
- **augmenter les services de proximité et réduire le recours aux urgences (projets 3 et 4);**
- **augmenter les actions en promotion-prévention et sur les déterminants de la santé (projet 1);**
- **faciliter les collaborations entre le CSSS et les services d'hébergement privés (projets 3 et 4);**
- **accroître l'engagement des membres du conseil d'administration en faveur de la responsabilité populationnelle (projets 1 et 2).**

**Tableau 5 : Problème, objectifs, solutions et résultats des projets accompagnés par l'IPCDC**

Projet	Problème	Objectifs	Solutions	Résultats
1	<p>La programmation sur les habitudes de vie (HV) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– ne rejoignait pas assez de gens;</li> <li>– ne s'adressait pas à tous les groupes d'âge;</li> <li>– ne misait pas sur les conditions de réussites connues pour changer les comportements.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Rehausser la qualité des programmes.</li> <li>– Rejoindre plus de population.</li> <li>– Multiplier les agents de changement.</li> </ul>	<p>IPCDC : formation, accompagnement, recensement des programmes existants.</p> <p>Développer outils : trousse de formation en saine alimentation; entretien motivationnel en activité physique.</p> <p>Travailler de concert avec la santé physique pour dépister les mauvaises HV et promouvoir le recours aux programmes en HV.</p> <p>Simplifier les mécanismes de référence aux programmes HV.</p> <p>Former les leaders de la communauté pour qu'ils intègrent les programmes HV dans leur offre de services.</p> <p>Inciter les équipes programmes à intégrer les HV dans leur offre de services de base.</p>	<p>Programmation plus conforme aux bonnes pratiques.</p> <p>Multiplication des agents de changement pour l'adoption de saines HV au sein du CSSS et du RLS.</p> <p>Augmentation significative du nombre de personnes rejointes par les programmes HV : 800 en moins d'un an, comparativement à 130 au Centre d'éducation à la santé.</p> <p>Meilleure collaboration entre les organisateurs communautaires et les intervenants en promotion-prévention du CSSS, ce qui accroît la capacité du CSSS d'influencer les médecins, les pharmaciens et les cliniques médicales.</p> <p>Plus grande sensibilité du CA sur l'importance de créer des environnements favorables à la santé.</p> <p>Augmentation des interventions sur les déterminants de la santé.</p>
2	<p>Le projet clinique :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– composé de 70 projets;</li> <li>– actions du CSSS dans toutes les directions et non cohérentes entre elles;</li> <li>– absence de philosophie commune dans les actions avec les partenaires.</li> </ul> <p>La gestion des maladies chroniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– demande la coordination de tous les programmes services du CSSS;</li> <li>– programmes services : chasse-gardée, luttés pour les ressources, absence de collaboration entre eux, fonctionnement en silo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Diminuer le nombre de projets.</li> <li>– Développer un modèle de gestion intégrée des maladies chroniques.</li> <li>– Développer une philosophie d'action collective.</li> </ul>	<p>IPCDC : formation MRPGC et accompagnement sont une plateforme pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– cerner les forces et lacunes du projet clinique et de la gestion des maladies chroniques;</li> <li>– porter un regard critique sur les pratiques internes et externes du CSSS.</li> </ul>	<p>Projet clinique : diminution du nombre de projets. Ils sont passés de 70 à 6-7. Les projets retenus ne sont que des projets intersectoriels qui visent à agir en promotion prévention et sur les déterminants de la santé.</p> <p>Nouveau projet clinique est accepté par le CA et relève du comité de Vigie qui doit être informé annuellement des progrès de la RP et du partenariat.</p> <p>Hausse de la crédibilité au sein du CSSS des participants au</p>

**Tableau 5 : Problème, objectifs, solutions et résultats des projets accompagnés par l'IPCDC**

Projet	Problème	Objectifs	Solutions	Résultats
Suite				MRPGC. Le modèle de gestion intégrée des maladies chroniques soutiendra le travail transversal entre les directions du CSSS et il sera expérimenté dans un quartier du territoire.
3	40% de la clientèle âgée arrivait dans les services du CSSS en perte d'autonomie importante et sans être des patients actifs des SAD. Le CSSS devait établir des contacts plus tôt avec ces personnes pour prévenir la perte d'autonomie et il devait revoir son modèle d'intervention auprès de cette clientèle.	a) Développer des équipes interdisciplinaires au sein du CSSS.  b) Repérer les personnes âgées en perte d'autonomie au sein des communautés.	a) Spécifier les rôles des membres de l'équipe interdisciplinaire. Intégrer les fonctions de gestionnaire de cas et d'intervenant pivot. Former les équipes interdisciplinaires. Introduire un processus d'auto-évaluation des équipes interdisciplinaires.  b) Adoption et adaptation d'un modèle développé par un CSSS d'une autre région. Expérimentation au sein d'une localité. Formation des partenaires. Évaluation éventuelle de l'expérience. Accompagnement de l'IPCDC pour : dresser le portrait du continuum, établir lien avec le CSSS d'une autre région, élaborer sondage pour connaître besoins des aînés, réaliser consultation publique et établir priorités avec la table de concertation. Collaboration de l'INSPQ sur le modèle VES. Collaboration de M. Couturier (université de Sherbrooke) sur l'interdisciplinarité.	Appropriation du modèle VES par les partenaires. Identification des besoins et des écarts en services avec les partenaires. Collaboration avec les partenaires, les agents ruraux et les travailleurs de rang pour repérer les personnes âgées en perte d'autonomie. Soutien d'une infirmière aux maisons d'hébergement privées, ce qui réduit le recours à l'urgence. Plus de collaboration entre la direction DSI-SP et la direction des programmes. Les dirigeants du CSSS sont maintenant convaincus de l'importance du développement des compétences pour introduire de nouvelles pratiques et activités.
4	Population personnes âgées très élevée sur le territoire. Organismes qui offrent des services aux proches aidants en mode chasse-gardée et compétitif pour obtenir du financement.	a) Soutenir les organismes communautaires qui offrent des services aux proches aidants pour accroître les services de répit, de soutien et de formation.  b) Collaborer avec les municipalités pour agir sur les milieux de vie (MADA).  c) Réviser la programmation PPALV et la coordination des services.	Réunir à une même table tous les organismes qui offrent des services aux proches aidants. Dresser le portrait des services aux proches aidants. Accompagnement de l'IPCDC : contribution à la réflexion, coaching pertinent, utilité des outils. Collaboration de l'INSPQ sur le modèle VES.	Soutien aux organismes communautaires dans le développement d'une stratégie d'offre de services permettant de contrer la duplication et l'insuffisance de services. Soutien à la demande concertée de financement auprès de la Fondation Chagnon. Obtention d'un financement intéressant que
4 Suite				

**Tableau 5 : Problème, objectifs, solutions et résultats des projets accompagnés par l'IPCDC**

Projet	Problème	Objectifs	Solutions	Résultats
				<p>les organismes se sont partagé selon une entente préalable.                      Échange de ressources entre partenaires.                      Création de projets novateurs, structurants et rassembleurs au sein de la communauté.                      Meilleur taux de participation des partenaires dans les instances de concertation.                      Diminution de l'achalandage à l'urgence : plus de services dans la communauté et soutien infirmier aux résidences privées.                      Les partenaires sont mis à contribution dans toute l'offre de services du CSSS.</p>

## **2.6 Les principales retombées des activités de l'IPCDC**

Le temps alloué aux entrevues n'a pas permis d'aborder de façon systématique les retombées de toutes les activités de l'IPCDC auxquelles les répondants avaient participé. Les résultats que nous présentons dans cette section doivent être considérés comme des indications qui permettent de baliser dans leurs grandes lignes les effets des activités de l'IPCDC. Afin de tenir compte des limites de notre méthode de collecte de données, nous présentons les résultats sur l'influence des activités de l'IPCDC de façon globale, i.e. sans faire référence au nombre de CSSS ou d'ASSS qui ont identifiés les retombées présentées au Tableau 6.

Les entrevues indiquent que les programmes de formation de l'IPCDC rehaussent les connaissances des participants en santé publique, en approche populationnelle et en gestion du changement. Selon les répondants, cette meilleure maîtrise des concepts facilite grandement les échanges des gestionnaires entre eux, ainsi qu'avec les cadres supérieurs, les intervenants et les partenaires. De plus, les programmes de formation de l'IPCDC développent les capacités stratégiques et réflexives des participants (Tableau 6).

Pour sa part, l'accompagnement contribue positivement à la réflexion des gestionnaires sur la façon d'exercer la responsabilité populationnelle au sein de leur territoire. Selon les répondants, l'accompagnement consolide la compréhension de la RP et éveille à l'importance d'une bonne connaissance et analyse des besoins. Elle propose un coaching et des outils utiles, assure un transfert de connaissances pertinentes et développe une culture d'utilisation des données probantes. Enfin, l'accompagnement rehausse les capacités stratégiques et réflexives, facilite la création de réseau avec d'autres régions et accroît le rayonnement des établissements dans leur région et au plan provincial (Tableau 6).

La journée nationale sur la responsabilité populationnelle, organisée le 13 mai 2013, fut considérée par tous les répondants comme un franc succès et la manifestation d'un engagement sérieux de la part du ministère en faveur de la responsabilité populationnelle. Plusieurs considèrent que sans le travail préalable de l'IPCDC, cette journée n'aurait pu connaître une telle popularité.

**Tableau 6 : Les principales retombées des activités de l'IPCDC**

Activités	Retombées
<b>Accompagnement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Consolide la compréhension de la RP.</li> <li>– Éveille à l'importance d'une bonne connaissance et analyse des besoins.</li> <li>– Contribue positivement et de façon pertinente à la réflexion : questionnement objectif et constructif des stratégies d'action et des moyens de communication.</li> <li>– Coaching utile et pertinent.</li> <li>– Développe une culture d'utilisation des données probantes.</li> <li>– Facilite l'accès aux meilleures pratiques.</li> <li>– Transfert de connaissances et de meilleures pratiques utiles et pertinentes.</li> <li>– Outils proposés utiles.</li> <li>– Permet d'acquérir un langage commun.</li> <li>– Rehausse les capacités stratégiques.</li> <li>– Développe la pratique réflexive.</li> <li>– Consolide la capacité d'ajustement du CSSS aux caractéristiques des partenaires locaux.</li> <li>– Développe la capacité de réalisation de projets.</li> <li>– Stimule la création de réseaux avec d'autres régions.</li> <li>– Accroît le rayonnement des établissements dans leur région et au niveau national.</li> <li>– Soutien la formulation de plan d'organisation ou de cadre de référence en fonction de la RP.</li> </ul>
<b>Présence INSPQ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Contribution positive en expertise, en outils de réflexion, en transfert de connaissances, en bonnes pratiques et en conseils.</li> <li>– Développe les capacités conceptuelles.</li> </ul>
<b>Approche par compétences</b>	À maintenir. Approche intéressante pour identifier les compétences maîtrisées et celles à consolider.
<b>Bureau virtuel</b>	Très utile pour trouver la documentation qui soutient le projet.
<b>Programmes de formation</b>	
<b>MSP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Rehausse les connaissances et compétences de base en santé publique.</li> <li>– Permet d'acquérir des concepts qui facilitent les échanges des gestionnaires entre eux, avec leurs supérieurs, ainsi qu'avec les intervenants et les partenaires.</li> <li>– Rehausse les capacités stratégiques.</li> <li>– Facilite la création de réseaux avec d'autres régions.</li> </ul>
<b>MRPGC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Permet d'acquérir une démarche structurée pour élaborer des programmes dans une perspective de responsabilité populationnelle.</li> <li>– Propose des outils utiles pour la gestion de projet.</li> <li>– Permet de développer un regard critique sur les pratiques de l'organisation.</li> <li>– Rehausse les capacités stratégiques.</li> <li>– Développe la pratique réflexive.</li> <li>– Développe les compétences pour faire des présentations.</li> <li>– Regroupe plusieurs CSSS, ce qui est stimulant et enrichissant.</li> </ul>
<b>Journée nationale du 13 mai 2013 sur la RP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sans le travail préalable que l'IPCDC a réalisé depuis 2006 pour soutenir l'exercice de la responsabilité populationnelle, la journée nationale du 13 mai 2013 sur la RP n'aurait jamais eu la popularité qu'elle a connue.</li> <li>– L'IPCDC à développer les bases pour que le SSSS puisse avancer dans l'exercice de la RP.</li> </ul>

**En somme, les activités de l'IPCDC semblent rencontrer leurs objectifs, qui visent à : 1) créer une plus grande synergie entre les différentes instances du système de santé et de services sociaux en faveur de la responsabilité populationnelle; 2) renforcer les connaissances, les compétences et le leadership nécessaires à l'actualisation de la responsabilité populationnelle au sein des territoires locaux et régionaux.**

## ***2.7 Les pistes pour faciliter l'exercice de la responsabilité populationnelle***

Nous avons regroupé les suggestions des personnes interviewées pour mieux soutenir et faciliter dans l'avenir l'exercice de la responsabilité populationnelle sous deux rubriques : 1) les suggestions en regard des activités de soutien à la RP (accompagnement, programmes de formation et financement) (Tableau 7.1); 2) les suggestions en regard des instances du système de santé et de services sociaux (IPCDC, INSPQ, CSSS, ASSS, MSSS) (Tableau 7.2).

### ***2.7.1 Les suggestions pour les activités de soutien à la responsabilité populationnelle***

Les principales suggestions en ce qui concerne l'accompagnement au changement en faveur de la responsabilité populationnelle sont de maintenir dans l'avenir une telle activité auprès des établissements et d'impliquer les agences dans les projets d'accompagnement des CSSS. En ce qui concerne la méthode sur laquelle repose l'accompagnement offert par l'IPCDC, les répondants s'entendent sur le fait qu'il faut maintenir et consolider les façons de faire développées par l'IPCDC, notamment en regard du transfert de connaissances, de l'accès aux meilleures pratiques, des réflexions non prescriptives, et du réseautage avec les diverses expertises présentes au Québec. Par ailleurs, certains répondants considèrent qu'il serait souhaitable d'insister davantage auprès des CSSS et des agences sur l'importance de développer une vision générale du changement à introduire pour éviter de travailler sur des projets ponctuels à faible portée. De plus, ils considèrent qu'il serait important d'intégrer à la méthode d'accompagnement développée par l'IPCDC des modèles de co-construction de l'action (Tableau 7.1).

Les entrevues ont également permis de cerner les qualités attendues de la part des accompagnateurs. Les deux principales qualités qui ont été nommées sont l'expertise et la crédibilité. Nos résultats indiquent qu'il est important que les accompagnateurs aient une bonne expertise en regard de la gestion du changement, de la responsabilité populationnelle et des domaines auxquels s'adressent les projets. Selon les répondants, la présence d'expertise de qualité au niveau local est absolument nécessaire pour réussir le virage en faveur de la responsabilité populationnelle. De plus, il est important que les accompagnateurs soient crédibles pour faciliter l'adhésion des divers acteurs locaux à la responsabilité populationnelle, dont les membres des conseils d'administration, les médecins et leurs associations, les représentants syndicaux, ceux des municipalités, des commissions scolaires, des instances économiques, etc. Enfin, les répondants ont aussi souligné d'autres compétences que doivent maîtriser les accompagnateurs, dont les capacités de transfert de connaissances, de vulgarisation, d'adaptation et d'analyse (Tableau 7.1).

Pour certains répondants, la durée des programmes de formation de l'IPCDC est trop longue, notamment celle du microprogramme en responsabilité populationnelle et gestion du changement (MRPGC). Ils suggèrent d'augmenter l'intensité de ce programme en s'inspirant des sessions intensives du programme FORCES. Par ailleurs, tous s'entendent sur le fait que l'accès à des programmes de formation qui misent sur la réalisation d'un projet organisationnel, comme le MRPGC, est essentiel pour faire adhérer l'ensemble des gestionnaires à la RP et pour faciliter les changements de pratique en sa faveur (Tableau 7.1).

Enfin, plusieurs considèrent que les projets en faveur de la responsabilité populationnelle doivent faire l'objet d'un soutien financier spécifique qui s'échelonne sur quelques années. Un tel soutien manifesterait la volonté du MSSS de travailler dans cette direction et donnerait aux CSSS les moyens de démarrer les projets, de les réaliser et de les pérenniser.

**Tableau 7.1 : Suggestions pour les activités de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle**

	Suggestions pour faciliter l'exercice de la RP
<b>1. Activités de soutien</b>	
<b>1.1 Accompagnement</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maintenir une activité d'accompagnement des territoires locaux pour soutenir l'exercice de la RP. L'accompagnement est nécessaire pour maintenir la cadence de réalisation des projets. Et, à cet égard, les rencontres statutaires sont importantes.</li> <li>- Assurer un soutien intensif lors du démarrage des projets.</li> <li>- Ne pas faire d'accompagnement qui s'adresse à plus d'un CSSS à la fois.</li> <li>- Impliquer l'ASSS dans les projets d'accompagnement des CSSS.</li> </ul>
<b>Méthode</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intégrer dans l'accompagnement les modèles de co-construction de l'action basés sur le dialogue et sur les processus collectifs de réflexion et de décision. Ne pas offrir un accompagnement exclusivement orienté sur les dimensions structurelles de la concertation, et sur l'approche linéaire et par étape du changement.</li> <li>- Insister sur l'importance de développer une vision générale du changement à réaliser au sein du CSSS, du RLS ou de l'ensemble de la région. Une telle approche compréhensive éviterait de travailler sur des projets ponctuels à faible portée.</li> <li>- Travailler sur des petits projets.</li> <li>- Maintenir et consolider une activité d'accompagnement basée sur le transfert de connaissances, l'accès aux meilleures pratiques, l'échange de réflexions non prescriptives sur les façons de faire, et la mise en relation avec diverses expertises présentes au Québec.</li> </ul>
<b>Compétence des accompagnateurs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Crédibilité.</b> Le soutien d'organisations crédibles, comme l'IPCDC et l'INSPQ, sont absolument nécessaires pour que les instances médicales et syndicales locales adhèrent aux transformations requises par la RP. La présence de leader reconnue sur les territoires locaux facilite l'adhésion des acteurs à la RP.</li> <li>- <b>Expertise.</b> Pour faire le virage en faveur de la RP, il est nécessaire d'avoir une expertise de qualité au niveau local, ainsi qu'un accès aux meilleures pratiques guidé et facilité par les experts.</li> <li>- Capacité de transfert de connaissances.</li> <li>- Capacité de vulgarisation.</li> <li>- Capacité d'adaptation aux réalités locales et régionales.</li> <li>- Capacité de soutien à l'analyse des enjeux, des parties prenantes et des besoins.</li> </ul>
<b>1.2 Programmes de formation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Réduire la durée des programmes de formation de l'IPCDC, mais augmenter leur intensité en s'inspirant des sessions intensives de FORCES. Ce genre de programme de formation avec réalisation</li> </ul>

	Suggestions pour faciliter l'exercice de la RP
Prog. formation Suite	<p>de projets est un outil essentiel pour faire adhérer les gestionnaires à la RP.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Recruter les étudiants dans plusieurs directions des CSSS participant à un programme de formation, afin d'augmenter l'impact de la formation au sein du CSSS.</li> <li>- Rendre plus explicite les caractéristiques d'un projet porteur et structurant en RP.</li> <li>- Présenter clairement les relations entre l'amélioration des processus de travail et l'exercice de la RP.</li> </ul>
1.3 Financement des initiatives en RP	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer une stratégie pour soutenir la RP qui soit similaire à celle utilisée par le MSSS pour les projets d'optimisation : a) volonté claire de la direction générale; b) investissement d'argent sur 3 ans ; c) ressources humaines dédiées; d) engagement des organisations, syndicats et autres acteurs clés; e) projet à court terme.</li> <li>- Soutenir financièrement les projets en RP est une nécessité, tant au démarrage, pour leur réalisation que pour leur pérennisation.</li> <li>- Mettre en place un financement incitatif pour les actions de RP.</li> </ul>

### 2.7.2 Les suggestions pour les instances du SSSS

Bien que la majorité des répondants conçoivent que l'IPCDC est un organisme éphémère dont les rôles et responsabilités doivent à terme être repris par les instances formelles du système de santé et de services sociaux, tous considèrent que ce moment n'est pas encore arrivé. Le maintien de l'IPCDC demeure essentiel afin de : a) continuer à développer l'expertise nécessaire à l'exercice de la RP; b) assurer la pérennisation de cette expertise; c) épauler les agences dans leur rôle régional de soutien à l'exercice de la RP; e) intensifier la présence d'une expertise de qualité au sein des territoires locaux. La majorité des représentants des CSSS ont manifesté leur intérêt à travailler plus étroitement au sein de leur territoire local avec des experts, comme l'IPCDC, l'INSPQ ou des universitaires, afin d'augmenter leur capacité d'influence et leur capacité à proposer des outils opérationnels de qualité adaptés à leur(s) milieu(x). La présence des experts sur les territoires locaux doit toutefois se faire en concertation avec les CSSS (Tableau 7.2).

Afin d'assurer une meilleure cohérence d'action en regard de la responsabilité populationnelle au sein du SSSS et d'accroître la capacité d'influence des instances locales sur les orientations systémiques et sur l'élaboration des politiques, les CSSS considèrent qu'il serait important qu'ils soient directement représentés au sein des instances de décision du système. Ils considèrent

également qu'il serait rentable de leur laisser plus de marge de manœuvre dans le choix des moyens appropriés à leur territoire pour rencontrer les orientations ministérielles. Enfin, ils souhaitent mettre en place des communautés de pratique inter-établissements et interrégionales pour consolider leur expertise, leur savoir-faire et leur connaissance dans le domaine de la responsabilité populationnelle (Tableau 7.2).

Même si le contexte régional des agences qui ont participé à notre étude varie significativement, les suggestions formulées pour améliorer leur soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle se ressemblent sur plusieurs points d'une région à l'autre. Il s'agit notamment de : l'amélioration de la coordination entre les directions de l'ASSS; l'intégration aux continuums de services des actions sur les déterminants de la santé; une meilleure adaptation des actions régionales aux réalités locales; l'accentuation de la coordination régionale sectorielle et intersectorielle; l'adoption d'une orientation régionale en faveur de la responsabilité populationnelle (Tableau 7.2).

Pour leur part, les agences en contexte rural ont insisté sur l'importance de travailler en concertation/collaboration avec des organismes nationaux dédiés au soutien à la responsabilité populationnelle (IPCDC et INSPQ), afin de consolider leur expertise et leurs compétences dans ce domaine. Tout en reconnaissant les compétences présentes dans leur organisation et dans l'ensemble de leur région, ces agences sont avides d'expertise de qualité pouvant les alimenter de réflexions et d'outils leur permettant d'assumer pleinement leur rôle de soutien à la responsabilité populationnelle (Tableau 7.2).

Les écarts significatifs de ressources humaines entre les DRSP des agences qui ont participé à notre étude ont probablement une influence sur les suggestions que les répondants ont faites pour améliorer le soutien local des DRSP à l'exercice de la responsabilité populationnelle. Par exemple, dans la région la plus urbaine où nous avons interviewé des gens, les principales suggestions qui ont été faites visent à consolider la culture de soutien aux activités locales au sein de la DRSP et à mieux coordonner les actions de l'IPCDC et de la DRSP. Alors que dans les régions plus rurales, les suggestions portaient davantage sur la réalisation de portraits de santé de la population par territoire de CSSS et sur l'ajustement des programmes en fonction des meilleures pratiques connues (Tableau 7.2).

Les principales suggestions formulées pour accroître le soutien du MSSS à l'exercice de la responsabilité populationnelle sont que le ministère s'engage clairement et de façon soutenue en faveur de la responsabilité populationnelle et qu'il développe la concertation intra et inter ministérielle. Les répondants considèrent également que le ministère devrait développer des indicateurs de performance permettant de mesurer les actions sur les déterminants de la santé et qu'il devrait introduire ces indicateurs dans les ententes de gestion. Les répondants ont également parlé de l'importance de parachever le développement des systèmes d'information et de l'importance de changer le mode de financement des établissements en optant pour un financement à partir d'indicateurs de santé plutôt que de maladie (Tableau 7.2).

Enfin, en ce qui concerne le réseau national sur la responsabilité populationnelle, certains considèrent que l'IPCDC devrait y jouer un rôle central. D'autres insistent pour que le CGR soit informé régulièrement de l'évolution de ce réseau, alors que d'autres considèrent que ce sont les agences qui devraient en être maître d'œuvre (Tableau 7.2).

**Tableau 7.2 : Suggestions pour les instances du système**

Suggestions pour faciliter l'exercice de la RP	
<b>2. Les instances</b>	
<b>2.1 IPCDC et INSPQ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avoir un organisme comme l'IPCDC pour développer l'expertise sur la RP.</li> <li>- Assurer la pérennité de l'expertise développée par l'IPCDC.</li> <li>- Assurer la présence de l'IPCDC et de l'INSPQ au sein des RLS, afin qu'ils connaissent mieux les partenaires et les enjeux au sein des territoires et qu'ils soient ainsi plus en mesure de les influencer en faveur de la RP, et de proposer des outils et des méthodes opérationnels adaptés aux milieux.</li> <li>- Éviter les interactions directes de l'IPCDC et de l'INSPQ au sein des RLS, sans la concertation préalable avec le CSSS.</li> <li>- Impliquer les agences dans les projets d'accompagnement des CSSS et les soutenir pour qu'elles développent l'expertise nécessaire à l'accompagnement des CSSS.</li> <li>- Faciliter le soutien de l'IPCDC et de l'INSPQ auprès des ASSS qui veulent développer un cadre de référence régional en RP.</li> </ul>
<b>2.2 CSSS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intégrer les CSSS aux instances de décision.</li> <li>- Donner suffisamment de liberté d'action aux CSSS pour qu'ils puissent choisir les moyens les plus appropriés à leur territoire pour rencontrer les orientations.</li> <li>- Développer des communautés de pratique inter-établissements et interrégionales pour échanger sur les projets et sur les meilleures</li> </ul>

	Suggestions pour faciliter l'exercice de la RP
	pratiques.
<b>2.3 ASSS</b> <b>Gestion du réseau</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assumer le rôle de soutien à la RP en concertation/collaboration avec des organismes nationaux dédiés à son développement, tel que l'IPCDC et l'INSPQ. Les rôles de régulateur et d'opérateur des agences entravent sérieusement leur capacité à développer par elles-mêmes l'expertise nécessaire au soutien à la RP, comme : la recherche d'information probante, le développement de bases de données et d'outils utiles à l'exercice de la RP, le repérage et le transfert des meilleures pratiques, le développement d'outils d'évaluation, etc.</li> <li>- Développer la coordination entre les directions.</li> <li>- Intégrer aux continuums de services les actions sur les déterminants de la santé.</li> <li>- Renforcer le partenariat et la coordination des instances sectorielles et intersectorielles au niveau régional.</li> <li>- Consolider la capacité d'adaptation des agences aux réalités locales.</li> <li>- Adopter une orientation stratégique régionale en faveur de la RP.</li> </ul>
<b>Santé publique</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fortifier la culture et la capacité de soutien de la DRSP aux activités locales.</li> <li>- Assurer une meilleure coordination des actions de la DRSP et de l'IPCDC pour le soutien à l'exercice de la RP au niveau local.</li> <li>- Ajuster les programmes en fonction des meilleures pratiques.</li> <li>- Faire le portrait de santé et de bien-être des populations par territoire de CSSS.</li> </ul>
<b>2.4 MSSS</b> <b>Actions à réaliser</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer la concertation interministérielle (intersectorielle).</li> <li>- Développer la concertation intra-ministérielle pour soutenir le développement des continuums et pour mieux articuler les programmes entre eux, dont la santé publique.</li> <li>- Engager clairement le MSSS en faveur de la RP.</li> <li>- Financer le SSSS à partir d'indicateurs de santé et non de maladie.</li> <li>- Développer des indicateurs de performance associés aux déterminants de la santé.</li> <li>- Inscrire le travail sur les déterminants de la santé dans les ententes de gestion.</li> <li>- Accroître la cohérence d'action MSSS/ASSS/CSSS.</li> <li>- Éviter de gérer le SSSS par directives ministérielles rigides.</li> <li>- Soutenir le partage d'information sur les nouvelles pratiques.</li> <li>- Développer les systèmes d'information.</li> <li>- Faciliter la gestion financière des programmes de santé publique.</li> </ul>
<b>Réseau national en RP</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accorder un rôle important à l'IPCDC au sein du réseau national.</li> <li>- Informer régulièrement le CGR de l'évolution du réseau national.</li> </ul>

	Suggestions pour faciliter l'exercice de la RP
Ensemble du SSSS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Laisser aux agences la gestion du réseau national.</li> <li>- Travailler davantage en amont des problèmes pour améliorer la santé de la population et éviter ou retarder le recours aux services.</li> <li>- Améliorer l'accès à la 1<sup>ère</sup> ligne (médecins, infirmières, pharmaciens).</li> <li>- Améliorer l'accès des omnipraticiens au plateau technique des hôpitaux.</li> <li>- Consolider les continuums de services.</li> </ul>

### 2.7.3 *Les principaux messages pour la consolidation de l'exercice de la responsabilité populationnelle*

Nos données indiquent que :

- La présence de l'IPCDC est toujours requise pour consolider et pérenniser l'expertise nécessaire à l'exercice de la responsabilité populationnelle.
- La présence de l'IPCDC est toujours nécessaire pour accompagner les CSSS dans les changements que demande d'introduire la responsabilité populationnelle, ainsi que pour épauler les agences dans la maîtrise de leur rôle de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle.
- Deux des agences rencontrées sont particulièrement enthousiastes et déterminées pour consolider leur rôle de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle dans leur région. Elles ont d'ailleurs développé, ou elles sont en voie de le faire, une orientation stratégique régionale en faveur de la RP et veulent l'utiliser pour faciliter la prise de décision en vue d'améliorer l'accès et la coordination des services.
- Les CSSS souhaitent une présence plus significative sur leur territoire de la part des instances nationales d'expertise, comme l'IPCDC et l'INSPQ. L'expertise de qualité est une denrée rare et elle est nécessaire au développement de RLS forts et capables de bien répondre aux besoins de santé et de bien-être de la population. Selon les CSSS, cette expertise doit se déplacer sur les territoires locaux pour être plus sensible à leurs besoins et à leur culture. De plus, ceci permettrait d'ajuster le transfert de connaissances et les outils à ces besoins et cultures, et faciliterait l'adhésion des divers acteurs locaux à la responsabilité populationnelle. La présence des organisations d'expertise sur les territoires locaux et leur crédibilité semblent nécessaires pour rallier les acteurs influents

à la responsabilité populationnelle, comme les médecins, les syndicats et les municipalités.

- Les CSSS et les agences rencontrés tiennent à ce que les activités des instances d'expertise au sein des territoires locaux soient bien coordonnées avec les CSSS et avec leur agence. La cohérence des orientations et des priorités est un enjeu majeur pour eux.
- L'accompagnement des CSSS devrait s'inscrire à l'intérieur de visions locales et régionales explicites en regard des changements à réaliser pour exercer la responsabilité populationnelle. L'absence d'une telle vision explicite a tendance à conduire à la réalisation de projet à faible portée, ayant peu de potentiel pour pérenniser l'approche populationnelle au sein des instances du système de santé et de services sociaux.
- L'accompagnement réflexif et non prescriptif, tel que pratiqué par l'IPCDC, est très apprécié des CSSS et des agences. Cet accompagnement doit continuer à se réaliser à partir : 1) d'activités de transfert de connaissances; 2) de soutien à l'analyse du contexte; 3) de propositions d'outils et de méthodes facilitant la réalisation des projets et leur gestion; 4) d'un soutien actif à l'identification des meilleures pratiques.
- L'accompagnement offert par l'IPCDC aurait intérêt à intégrer des modèles de co-construction de l'action. Combiné au modèle actuel, élaboré par étape et axé sur les dimensions structurelles du changement, cet ajout permettrait à l'accompagnement de mieux s'ajuster à certaines cultures locales.
- Le financement des projets associés à la responsabilité populationnelle est une nécessité. Ce financement doit non seulement permettre le démarrage des projets, mais également leur réalisation et leur pérennisation.
- L'identification d'indicateurs de performance permettant de mesurer les actions sur les déterminants de la santé est essentielle à la réalisation de l'exercice de la responsabilité populationnelle et à sa pérennisation. De tels indicateurs doivent être introduits dans les ententes de gestion.
- Les CSSS considèrent qu'il serait important qu'ils soient directement représentés au sein des instances décisionnelles du SSSS. Ceci jouerait en faveur d'une meilleure cohérence d'action au sein du système en fonction de la responsabilité populationnelle et en faveur d'une influence accrue des instances locales sur les orientations systémiques.

- L'amélioration de la coordination entre les directions au sein des agences et au sein du ministère est considérée comme un élément clé pour orienter les priorités au sein du système en fonction de la responsabilité populationnelle et pour y accroître la cohérence d'action.
- L'intégration des déterminants de la santé et des actions de promotion-prévention au sein des continuums de services, à tous les échelons du système, est également considérée comme un incontournable pour faciliter l'exercice de la responsabilité populationnelle.
- L'engagement formel et soutenu des instances hiérarchiques supérieures (MSSS et ASSS) en faveur de la responsabilité populationnelle est vu comme un élément structurant indispensable à sa réalisation.
- Le partenariat intersectoriel doit devenir une réalité dynamique et incontournable aux trois paliers du système de santé et de services sociaux (local, régional et national), afin de faciliter l'exercice de la responsabilité populationnelle.
- Le parachèvement des systèmes d'information cliniques et administratifs serait un outil précieux pour soutenir les communications, accroître la cohérence et la coordination des actions et réduire les duplications de services.
- Le financement des établissements devrait reposer sur des indicateurs de santé des populations plutôt que sur des indicateurs de maladies.
- Le réseau national sur la responsabilité populationnelle est vu comme un moyen qui permettra aux agences de créer plus de synergie entre elles en regard de la responsabilité populationnelle. Il est également considéré comme un outil pour consolider l'intégration de la santé publique au sein des instances de gestion du système, et pour y faciliter l'appropriation de la responsabilité populationnelle.

## ***Conclusion***

Cette recherche exploratoire a des limites, dont les principales sont : 1) le petit nombre de répondants sur lequel reposent les résultats; 2) une méthode de collecte de données qui demande de laisser de la liberté aux répondants et qui ne permet pas dans toutes les entrevues de couvrir l'ensemble des thèmes; 3) l'absence de représentants des DRSP parmi ses répondants. Pour mieux cerner les retombées des actions de l'IPCDC, il y aurait intérêt à réaliser un sondage

auprès des personnes qui ont participé aux activités du consortium. Malgré ces limites, cette étude a été fructueuse et permet de dégager plusieurs dimensions à partir desquelles mesurées plus formellement les effets des activités de l'IPCDC sur l'exercice de la responsabilité populationnelle au sein des territoires locaux et régionaux.

La majorité des répondants à notre étude sont des usagers des activités de l'IPCDC et des personnes bien informées des objectifs que poursuit le consortium. Leur compréhension de la responsabilité populationnelle est conforme à celle mise de l'avant par l'IPCDC : une responsabilité partagée avec les partenaires du RLS et avec les diverses instances du SSSS; une offre de services adaptée aux besoins exprimés et non exprimés; et des actions sur tout le continuum de services et sur les déterminants de la santé. Dans l'ensemble, les CSSS reconnaissent que l'exercice de la responsabilité populationnelle se réalise par la consolidation d'un réseau de partenaires solide, construit sur la confiance, le respect de l'expertise de chacun, le partage des ressources et la crédibilité du CSSS. Selon nos résultats, les CSSS accordent beaucoup d'importance à l'adaptation des services aux besoins exprimés et non exprimés et à l'intensification des actions sur les déterminants de la santé pour exercer la responsabilité populationnelle. Pour leur part, les agences mettent davantage l'accent sur l'accessibilité aux services et sur l'optimisation des ressources. Ces positions sont conformes aux responsabilités et priorités de chacune de ces instances.

Tous les CSSS rencontrés et deux agences ont adopté, ou le feront sous peu, des orientations stratégiques<sup>6</sup> axées sur la responsabilité populationnelle. Nos données montrent que la responsabilité populationnelle est de plus en plus intégrée aux processus de décision des CSSS et des agences étudiés. La RP est également utilisée comme toile de fond pour donner un sens aux actions locales et régionales et pour les orienter. La responsabilité populationnelle est vue par les CSSS et les agences, comme un levier permettant de consolider l'accès aux services et d'améliorer leur coordination. Elle est également considérée comme un moyen efficace pour faire face à l'utilisation accrue des services associée à l'augmentation des maladies chroniques et au vieillissement de la population.

Les moyens que les CSSS utilisent pour actualiser la responsabilité populationnelle au sein des territoires locaux sont : l'animation, la consultation, la collaboration, le partage du portrait de

---

<sup>6</sup> Il peut aussi s'agir d'une vision, d'un cadre de référence ou de plan d'action.

santé et de bien-être de la population, l'approche globale (par opposition à une approche par strates d'âge), la consolidation des continuums de services, l'actualisation de projets, la coordination et la mise en commun de ressources, les ententes informelles et la signature d'ententes formelles.

En général, l'accompagnement offert par l'IPCDC aux CSSS a permis de consolider leur compréhension de la responsabilité populationnelle et de les éveiller à l'importance d'une bonne connaissance et analyse des besoins. Selon les personnes que nous avons rencontrées, l'accompagnement offert par l'IPCDC propose un coaching et des outils utiles, assure un transfert de connaissances pertinentes, développe une culture d'utilisation des données probantes et rehausse les capacités stratégiques et réflexives des participants. Tous s'entendent sur l'importance de maintenir une activité d'accompagnement des CSSS au cours des prochaines années et sur l'importance d'impliquer les agences dans cet accompagnement.

Les projets accompagnés par l'IPCDC permettent d'enraciner l'exercice de la responsabilité populationnelle sur les territoires locaux. Par exemple, ils peuvent conduire :

- à une programmation plus conforme aux bonnes pratiques;
- à la planification des actions à partir de l'approche populationnelle;
- à la structuration des collaborations avec les partenaires du territoire;
- au partage du portrait de la population et à l'identification collective des besoins;
- à la mise en commun des ressources;
- à la multiplication des services de proximité;
- à la réduction des recours aux services d'urgence;
- à l'augmentation des actions en promotion-prévention et sur les déterminants de la santé;
- à un engagement plus systématique de la part des membres du conseil d'administration en faveur de la responsabilité populationnelle.

Il ressort clairement de nos entrevues que l'accès à des programmes de formation qui misent sur la réalisation d'un projet organisationnel, comme le fait le MRPGC, est essentiel pour faire adhérer l'ensemble des gestionnaires à la responsabilité populationnelle et pour favoriser les changements de pratique en sa faveur.

Dans l'ensemble, les activités de formation et d'accompagnement de l'IPCDC semblent rencontrer leurs objectifs. D'une part, elles renforcent les connaissances et les compétences des individus et des organisations, ainsi que leur propension à recourir aux meilleures pratiques. D'autre part, elles créent une plus grande synergie entre les instances du SSSS en faveur de la responsabilité populationnelle. Et finalement, elles soutiennent le développement du leadership nécessaire à l'actualisation de la responsabilité populationnelle au sein des territoires locaux et régionaux.

Pour consolider dans l'avenir le soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle, plusieurs messages convergeant ont été exprimés par les répondants de notre étude.

1. Les actions d'un organisme national dédié à la responsabilité populationnelle doivent être maintenues pour un certain temps, afin de : consolider et pérenniser l'expertise nécessaire à l'exercice de la responsabilité populationnelle, accompagner les CSSS dans les changements nécessités par cet exercice et épauler les agences dans la maîtrise de leur rôle de soutien à la RP.
2. La présence des instances nationales d'expertise, comme l'IPCDC et l'INSPQ, est requise sur les territoires locaux pour rallier les acteurs influents (médecins, syndicats, représentants municipaux, etc.) à la responsabilité populationnelle et pour ajuster le transfert des connaissances et les outils de soutien au changement aux besoins particuliers des territoires et à leur culture.
3. La coordination des activités des instances d'expertise au sein des territoires locaux doit se faire en étroite collaboration avec le CSSS et l'agence.
4. L'accompagnement des CSSS doit s'inscrire à l'intérieur de visions locales et régionales explicites en regard des changements à réaliser pour exercer la responsabilité populationnelle.
5. L'accompagnement pratiqué par l'IPCDC est très apprécié des CSSS et des agences. Dans l'avenir, cet accompagnement doit maintenir son orientation réflexive et non prescriptive. Il doit également continuer à se réaliser à partir d'activités de transfert de connaissances, de soutien à l'analyse du contexte, de la suggestion d'outils et de méthodes facilitant la réalisation des projets et leur gestion, ainsi qu'à partir d'un soutien actif à l'identification des meilleures pratiques.

6. Le développement de communautés de pratiques inter établissements et inter régionales serait un atout pour consolider l'expertise, les savoir-faire et les connaissances des CSSS dans le domaine de la responsabilité populationnelle.
7. Des mécanismes de soutien financier pour démarrer des projets associés à la responsabilité populationnelle, soutenir leur réalisation et les pérenniser doivent être déployés et maintenus dans le temps.
8. Des indicateurs de performance permettant de mesurer les actions sur les déterminants de la santé doivent être développés et intégrés aux ententes de gestion.
9. L'engagement formel et soutenu des agences et du MSSS en faveur de la responsabilité populationnelle est indispensable à sa réalisation.
10. La coordination des directions au sein des agences et au sein du ministère est nécessaire pour aligner les priorités au sein du système en faveur de la responsabilité populationnelle et pour y accroître la cohérence d'action.
11. Le parachèvement des systèmes d'information cliniques et administratifs est indispensable pour soutenir les communications, accroître la cohérence et la coordination des actions et réduire les duplications de services.

En somme, l'expertise développée par l'IPCDC est un acquis à conserver et à consolider. Ses activités sont toujours requises dans les années à venir pour renforcer l'exercice et le soutien à la responsabilité populationnelle. L'engagement actif et soutenu des agences pour soutenir l'exercice de la responsabilité populationnelle dans leur région est souhaité par toutes les personnes que nous avons rencontrées. Enfin, les personnes interviewées considèrent que le ministère de la Santé et des Services sociaux doit s'engager dès maintenant dans des actions structurantes afin de jeter les bases nécessaires à la consolidation de l'exercice de la responsabilité populationnelle dans l'ensemble du système. Ces principales actions sont : l'engagement formel du Ministère en faveur de la RP; le soutien financier des projets de RP; l'identification d'indicateurs de performance permettant de mesurer les actions sur les déterminants de la santé et leur incorporation aux ententes de gestion; le développement d'une coordination fluide entre les directions; une plus grande synergie inter ministérielle; et le parachèvement des systèmes d'information.

## ***Références***

Cloutier C., J-L Denis J-L, A. Lang et L. Lamothe (2012). *Public Sector Reform and Institutional Work*. Article soumis pour publication.

Trottier L-H (2013). *La responsabilité populationnelle : des changements organisationnels à gérer en réseau. Un guide de gestion du changement en faveur de la responsabilité populationnelle*. Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences, pour relever le défi de la responsabilité populationnelle. <http://www.ipcdc.qc.ca/un-nouveau-guide-de-gestion-du-changement>

# Les partenaires de l'IPCDC

**aqesss**  
ASSOCIATION QUÉBÉCOISE  
D'ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ  
ET DE SERVICES SOCIAUX

**oqris**  
Observatoire québécois  
des réseaux locaux de services

**École nationale  
d'administration  
publique**

**Fondation canadienne pour  
l'amélioration des  
services de santé**

**Québec** 

- Agences de la santé et des services sociaux
- Institut national de santé publique
- Ministère de la Santé et des Services sociaux

**Université   
de Montréal**

**Centre de santé et de services sociaux**

[www.ipcdc.qc.ca](http://www.ipcdc.qc.ca)