




Cette présentation a été effectuée le 9 mars 2010, au cours de la journées « Le développement des capacités : dialogue entre l'expérience internationale et celle du Québec » dans le cadre des Journées annuelles de santé publique (JASP) 2010. L'ensemble des présentations est disponible sur le site Web des JASP, à l'adresse <http://www.inspq.qc.ca/archives/>.



L'IPCDC : regard sur la démarche et les principes ayant guidé l'action

Anne Chamberland et Lyne Jobin, mars 2010



Plan de la présentation

1. Le contexte
2. Le postulat de départ
3. La phase 1
 - Quelques principes
 - Activités mises en place
 - Création d'un consortium
 - Synthèse de l'expérience
4. La phase 2
 - État des lieux
 - Perspectives
 - Actions réalisées

Conclusion

2

1. Le contexte



- Transformation majeure du système québécois de santé et de services sociaux en 2004
 - Problème d'accès, de qualité, de continuité
 - Volonté d'agir davantage sur les déterminants de la santé
 - Performance du système à rehausser
- Décentralisation
- Création de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux

3

1. Le contexte (suite)



- Deux principes : la responsabilité populationnelle et la hiérarchisation des services
 - La responsabilité populationnelle vise à assumer l'obligation de protéger et d'améliorer la santé et le bien-être de la population d'un territoire donné
 - En agissant en amont sur les déterminants de la santé
ET
 - En rendant accessible un ensemble de services sociaux et de santé répondant aux besoins exprimés et non exprimés de la population
- Défi de l'intégration d'une approche de santé publique à l'organisation des soins et des services

4

1. Le contexte (suite)



- **Transformation complexe et défis de gestion/gouvernance**
- Nécessité de **soutenir le changement** par le **développement des compétences et le partage des connaissances**
- **Opportunité** pour renforcer les fonctions de **santé publique au plan local** et soutenir les **pratiques de gestion**
- Nécessité de **mettre en commun les efforts**/assurer la **cohérence des actions**

5

2. Le postulat de départ



- La performance des organisations pour assurer l'accès à des services de qualité et améliorer le niveau de santé de la population est tributaire de la capacité d'innover et de modifier les pratiques professionnelles grâce au développement des compétences individuelles et collectives

6

3. La phase 1 : Quelques principes



- L'IPCDC a été créée, en 2006, pour favoriser le partage des connaissances et le développement des compétences
 - en vue de renforcer les fonctions de **santé publique** et de **soutenir les changements** des organisations de services de **santé et de services sociaux au plan local**

7

3. La phase 1 : Quelques principes



- Donner accès à des activités pertinentes répondant aux besoins identifiés
 - en santé publique, gestion du changement et développement des communautés
 - « formation continue » et « formation diplômante »
 - conçues avec des groupes d'acteurs ciblés par ces activités
 - favorisant le partage entre les milieux de la pratique/gestion et les milieux scientifiques
 - adaptées continuellement en fonction des évaluations

8

3. La phase 1 : Activités mises en place



- Microprogramme en santé publique
- Compétences en action
- Groupes de réflexion
- Formation sur mesure en développement des communautés
- Microprogramme en gestion (en développement)
- Bureau virtuel (en développement)

9

3. La phase 1 : Création d'un consortium



- À partir du noyau de départ, cooptation d'autres collègues intéressés, influents et volontaires
- Rencontres personnalisées avec des partenaires potentiels
- Première « formalisation » du consortium au sein d'un **Conseil d'orientation** (MSSS, Agences/DSP, CSSS, AQESSS, universités, INSPQ et OQRLS)
- Gestion et coordination d'ensemble : INSPQ

10

3. La phase 1 : Synthèse de l'expérience



- Phase 1 : mise en place d'activités pertinentes et d'un consortium de partenaires
- Plus de 600 personnes dans 12 régions ont été rejointes
 - Des acteurs de santé publique
 - Des gestionnaires
- Perspective de développement des compétences individuelles et collectives

11

3. La phase 1 : Synthèse de l'expérience (suite)



- Limites au regard de l'intégration des nouvelles compétences dans les pratiques
 - Surcharge de travail/manque de temps/de reconnaissance
 - Difficulté d'accès aux outils
 - Peu d'incitatifs
 - Déséquilibre entre les exigences de la formation et les attentes
- Besoin de poursuivre l'évaluation et l'adaptation continue des activités et favoriser l'application des compétences

12

4. La phase 2 : État des lieux



- Conjoncture propice pour renforcer les actions des CSSS et des partenaires pour actualiser la responsabilité populationnelle
- Responsabilité populationnelle : plusieurs conceptions - pas de guide
- Plusieurs acteurs interpellés par le changement de pratiques :
 - Au sein du CSSS
 - Au sein du réseau local de services
 - À tous les paliers d'intervention

13

4. La phase 2 : État des lieux (suite)



- Rôles de soutien complémentaires des partenaires (leviers différents)
- Nécessité de diffuser et mettre à profit les expériences, les activités et outils (régions et établissements)
- Position stratégique de l'IPCDC pour jouer un rôle de « courtier » de connaissances, d'activités, d'outils

14

4. La phase 2 : Perspectives



- Soutenir l'exercice de la **responsabilité populationnelle**
- Cibler les **divers acteurs clés**
 - conseils d'administration
 - gestionnaires
 - acteurs de santé publique
 - professionnels de la santé et des services sociaux
 - partenaires locaux
- Renforcer le partage d'expériences prometteuses, d'outils et d'activités
- Faciliter l'application des nouvelles compétences

15

4. La phase 2 : Perspectives (suite)



- Renforcer l'appropriation de l'initiative par les partenaires
- Se doter de mécanismes pour favoriser la complémentarité et la cohérence des actions
- Capitaliser sur les leviers et les ressources existantes
- Harmoniser des logiques descendantes/ascendantes
- Renforcer les alliances entre :
 - les trois paliers d'intervention
 - les partenaires locaux

16

4. La phase 2 : Actions réalisées



- **Au plan du système de santé et de services sociaux**
 - Liens avec les orientations pour le développement des compétences en santé publique
 - Liens avec une éventuelle stratégie ministérielle de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle

17

4. La phase 2 : Actions réalisées (suite)



- **Au plan de la structure/modes de fonctionnement en Consortium**
 - Bureau de direction et Conseil d'orientation
 - Passage d'un partenariat « **d'information /consultation** » → « **délibération/concertation /engagement collectif** »
 - Passage d'une participation à titre **individuel** → participation **organisationnelle**

18

4. La phase 2 :

Actions réalisées (suite)



- **Au plan des activités/outils**
 - **Bâtir le capital de compétences nécessaires à la réalisation de projets locaux liés à la responsabilité populationnelle**
 - Soutien pour mettre en place des conditions nécessaires au développement et à l'application des compétences
 - Formations sur la responsabilité populationnelle – le Quoi et le Comment ?
 - Formations adaptées en santé publique, développement des communautés et gestion du changement
 - Mentorat

19

4. La phase 2 :

Actions réalisées (suite)



- **Au plan des activités/outils (suite)**
 - **Poursuite et adaptation des activités de la première phase**
 - **Outils pour favoriser le partage des connaissances et le travail en réseaux**
 - **Bureau virtuel** : diffuser les innovations, rendre accessibles des outils, etc.
 - Outils pour soutenir la **gestion du changement**

20

Conclusion



- **Maintenir**, au sein de l'IPCDC, une **culture d'organisation apprenante et d'amélioration continue**
 - Avec des personnes et organisations
 - Engagées
 - Ouvertes
 - Portées par une vision
- **Mesurer** le chemin parcouru
- **Se mobiliser** autour de ce qu'il reste à faire