



STRATÉGIE DE SOUTIEN À L'EXERCICE DE LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE



La Stratégie de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle a été élaborée par la Direction de la planification, de l'évaluation et du développement en santé publique de la Direction générale de la santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux, dans le cadre du programme Formation en utilisation de la recherche pour cadres qui exercent dans la santé (FORCES) de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

Les travaux ont été dirigés par madame Lyne Jobin, directrice à la Direction de la planification, de l'évaluation et du développement en santé publique, avec l'appui d'un comité formé de représentants de diverses directions du Ministère :

Yolaine Galarneau, Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire

Pierre Laflamme, Direction générale de la coordination, du financement, des immobilisations et du budget

Nicole Lemieux, Direction générale des services sociaux, jusqu'au printemps 2009

Andrée Quenneville, Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la qualité

Sylvie Rheault, Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la qualité, jusqu'au printemps 2010

Rachel Ruest, Direction générale des services sociaux

Monique Savoie, Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la qualité

et avec le soutien de :

Jean-Louis Denis, mentor académique, Université de Montréal et École nationale d'administration publique

Jean Rochon, mentor décideur, Institut national de santé publique du Québec

Sylvie Kirouac, professionnelle de la Direction de la planification, de l'évaluation et du développement en santé publique

Marjolaine Pigeon, professionnelle de la Direction de la planification, de l'évaluation et du développement en santé publique

Secrétariat

Hélène Piché

Révision linguistique

Yvette Gagnon

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse : www.msss.gouv.qc.ca section Documentation, rubrique Publications.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011

Bibliothèque et Archives Canada, 2011

ISBN : 978-2-550-63703-5 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2011

Table des matières

Principaux messages	1
Introduction.....	2
1. Le contexte.....	3
2. Le processus d'élaboration de la stratégie	4
Les conditions de succès pour la diffusion des innovations en santé et la gestion du changement....	5
Les besoins exprimés par les acteurs.....	7
3. La stratégie ministérielle pour soutenir le changement : les six axes d'intervention	9
Bien cerner le problème et son contexte	9
Porter une vision	10
Se donner un mécanisme de soutien dynamique et ouvert.....	10
Développer les capacités en s'appuyant sur des données probantes et sur des « champions ».....	11
Mesurer le changement	12
Apprendre de façon continue	12
Conclusion.....	14
Références bibliographiques	15
Annexe – Liste des participants aux groupes de discussion	17

Principaux messages

Depuis la récente réforme du système québécois de santé et de services sociaux, les intervenants, regroupés en réseaux locaux de services (RLS), assument une responsabilité collective à l'égard de la santé et du bien-être de la population de leur territoire. Le centre de santé et de services sociaux a un rôle de premier plan lorsqu'il s'agit de coordonner les services sur le territoire et d'animer les collaborations intersectorielles.

- La responsabilité populationnelle qui incombe maintenant aux acteurs des RLS représente un important levier pour améliorer l'état de santé de la population. Cependant, divers travaux de recherche et d'évaluation portent à croire que ce concept est perçu de façon très différente selon les acteurs et qu'il n'est pas actualisé à son plein potentiel. Des difficultés liées à la compréhension du changement attendu, à l'adhésion à ce changement et à la mise en œuvre de celui-ci sont effectivement mises en évidence.
- Une meilleure connaissance des données probantes portant sur les déterminants de la diffusion des innovations dans les organisations de santé, sur la gestion du changement ainsi que sur les besoins des acteurs a permis d'élaborer, avec les acteurs concernés par la question de la responsabilité populationnelle, une stratégie ministérielle visant le soutien et l'accompagnement.
- Dans la mesure où l'exercice de la responsabilité populationnelle sera renforcé, notamment par l'accompagnement des acteurs des RLS, il sera possible de renforcer également l'action sur les déterminants de la santé, qui relèvent du système de soins et de services mais aussi des autres secteurs d'activité, et de contribuer ainsi à l'amélioration de la santé de la population.

Introduction

La responsabilité populationnelle attribuée aux centres de santé et de services sociaux ainsi qu'à leurs partenaires des réseaux locaux de services (RLS) est au cœur de la plus récente transformation du système de santé et de services sociaux. Les intervenants qui offrent des services à la population d'un territoire local sont amenés à partager collectivement une responsabilité à l'endroit de celle-ci, en rendant accessible un ensemble de services le plus complet possible ainsi qu'en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans ce système tout en favorisant la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population. La responsabilité populationnelle, combinée à la hiérarchisation des services, constitue l'un des principes fondateurs de la mise en œuvre des RLS.

Dans une perspective de santé publique, cette nouvelle responsabilité représente un important levier pour améliorer l'état de santé de la population. Or, divers travaux de recherche et d'évaluation portent à croire que le concept est perçu de façon très différente selon les acteurs et qu'il n'est pas actualisé à son plein potentiel. Des difficultés liées à la compréhension du changement attendu, à l'adhésion à ce changement et à la mise en œuvre de celui-ci sont en effet mises en évidence. Ainsi, afin de favoriser l'appropriation et l'actualisation de la responsabilité populationnelle dans l'ensemble des territoires locaux du réseau de la santé et des services sociaux, une stratégie visant le soutien et l'accompagnement des acteurs intéressés a été élaborée avec l'appui d'un comité formé de représentants de diverses directions du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Le présent document expose la stratégie de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle. Il se divise en trois parties : la première décrit le contexte dans lequel s'inscrit l'élaboration de la stratégie; la deuxième fait état du processus d'élaboration; enfin, la troisième partie présente les grands axes de la stratégie.

1. Le contexte

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité »¹. Cette vision globale favorise la prise en compte des multiples déterminants qui, au-delà de la prestation des services individuels, interagissent pour influencer la santé de la population. Tant le rapport *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens* (rapport Lalonde)² que la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*³ ont ainsi montré l'importance d'agir sur les déterminants comportementaux et environnementaux de la santé. Plus récemment, le rapport de la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS encourageait l'action collective sur les déterminants sociaux de la santé pour atteindre l'équité en santé, une mesure reconnue de la performance gouvernementale⁴.

Au Québec, la récente transformation du réseau de la santé et des services sociaux s'inscrit à l'intérieur d'un courant, amorcé à la fin des années 1960, visant le renforcement des services de proximité et l'intégration d'une approche de santé publique à l'organisation des soins et des services⁵. La responsabilité populationnelle qui incombe maintenant aux acteurs des RLS représente une occasion unique de renforcer à la fois l'intégration des services et l'action sur les déterminants de la santé.

Même si le rapprochement entre le secteur de la santé publique et celui des soins et des services est souhaité par les acteurs que la question concerne, différents travaux font état de difficultés associées à l'intégration de services qui ont des objectifs souvent contradictoires, soit des services collectifs et des services individuels⁶. Les travaux d'évaluation menés par la Direction de l'évaluation du Ministère sur l'implantation des RLS confirment que le principe de responsabilité populationnelle n'est pas actualisé à son plein potentiel⁷. Les travaux d'évaluation relatifs à l'implantation du Programme national de santé publique vont dans le même sens en faisant ressortir l'absence d'une compréhension commune de ce principe, la responsabilité populationnelle étant parfois limitée aux objectifs d'accessibilité, de continuité et de qualité des services, et ce, au détriment de l'action sur les déterminants de la santé⁸.

2. Le processus d'élaboration de la stratégie

La responsabilité populationnelle représente un changement systémique qui nécessite de multiples adaptations à tous les paliers d'intervention. Elle est abordée, dans la présente stratégie, sous l'angle d'une innovation ayant une portée très large. L'innovation en santé est définie comme

« l'introduction de procédures, pratiques ou interventions qui sont perçues comme étant nouvelles par les personnes visées dans un système donné, et qui exige de la part de l'organisation qui l'adopte, un changement significatif dans ses opérations; son but est d'apporter des bénéfices significatifs à des individus, des organisations ou à la société plus large (Anderson, 2004; Faber, 2002; Greenhalgh *et al.*, 2004) »⁹.

Pour les acteurs du RLS, exercer collectivement une responsabilité populationnelle veut dire :

- s'approprier les données sociosanitaires et en arriver à une vision commune de la réalité territoriale;
- définir, par des démarches participatives avec la population, les partenaires du réseau sociosanitaire et ceux des autres secteurs d'activité, une offre de services intégrés et de qualité, qui répond aux besoins de la population locale;
- renforcer l'action sur les déterminants de la santé, de manière à améliorer la santé et le bien-être de l'ensemble de la population locale;
- assurer le suivi et l'amélioration continue, dans une perspective de plus grande imputabilité.

Compte tenu du contexte défini précédemment et considérant qu'il ne suffit pas de concevoir puis de faire connaître une innovation pour qu'elle s'implante réellement, une stratégie ministérielle a été élaborée avec l'appui d'un comité formé de représentants de diverses directions du Ministère, en vue de soutenir et d'accompagner les acteurs des RLS dans l'exercice de la responsabilité populationnelle. Le succès d'un tel changement organisationnel est nécessairement déterminé par la mise en place de conditions qui favorisent, d'une part, tant la compréhension des fondements de la réforme par les différents acteurs que l'adhésion de ceux-ci à ladite réforme et, d'autre part, l'implantation ainsi que la pérennisation des changements attendus.

Pour élaborer cette stratégie, deux sources de données complémentaires ont été utilisées : une recension des écrits scientifiques et de la littérature grise qui portent sur les déterminants de la diffusion des innovations en santé et la gestion du changement, ainsi que des entrevues de groupe menées auprès d'acteurs clés.

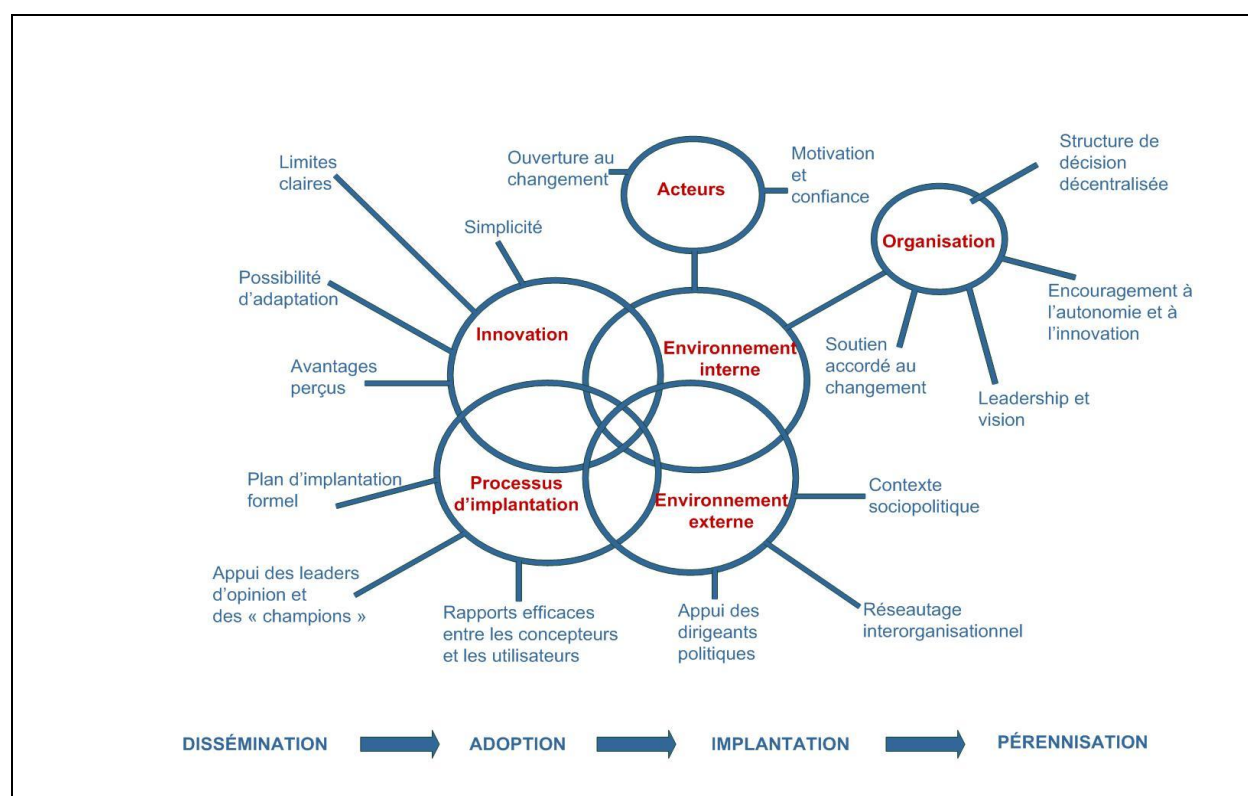
Les conditions de succès pour la diffusion des innovations en santé et la gestion du changement

Dans un premier temps, une recension des écrits sur les conditions sous-tendant le succès d'une transformation a permis de déterminer quatre phases dans le processus de diffusion des innovations qui, ultimement, conduit à l'intégration de celles-ci dans les pratiques professionnelles ou organisationnelles :

- la dissémination, qui fait référence à la communication de l'innovation aux utilisateurs potentiels;
- l'adoption, qui renvoie à la décision formelle d'adhérer au projet et de mobiliser les acteurs intéressés;
- l'implantation, qui consiste en la planification et la mise en œuvre de différents moyens pour actualiser l'innovation;
- la pérennisation, qui renvoie à la mise en œuvre de différents moyens pour s'assurer de la généralisation de l'innovation dans les pratiques¹⁰.

La figure qui suit présente les déterminants de la diffusion d'une innovation, soit les facteurs qui sont liés à l'innovation elle-même, à l'environnement interne et externe et aux processus d'implantation.

Les déterminants de la diffusion des innovations



La figure est inspirée de Greenhalgh *et al.*, 2004.

Dans un deuxième temps, une recension des écrits sur la gestion du changement a permis de dégager les facteurs qui contribuent, le plus souvent, à la réussite des transformations en santé, soit :

- une culture d'expérimentation, de mise à profit des connaissances issues de la recherche et expérientielles, et d'apprentissage continu;
- une valorisation de l'autonomie et des initiatives des gestionnaires;
- des incitatifs qui vont dans le sens de ce qui est attendu;
- des structures de soutien souples, à la fois complexes, dans le sens où elles visent un nombre important d'acteurs et d'enjeux, et intégrées;
- des gestionnaires qui facilitent le processus collectif et y participent activement¹¹.

Cette recension des écrits a également permis de faire ressortir les étapes et les leviers nécessaires au changement dans les organisations de santé ou, de façon plus générale, dans les organisations publiques. Globalement, ces étapes et leviers consistent :

- à analyser le contexte, à cerner les besoins des acteurs intéressés et à rendre explicite leur insatisfaction de manière à susciter chez eux un sentiment d'urgence;
- à avoir une vision claire de ce qui est attendu et à la faire connaître;
- à accorder une priorité au processus, ce qui implique de mobiliser des leaders qui sont en faveur du changement, d'élaborer le plan de sa mise en œuvre, d'établir des structures de soutien, d'encourager la participation, d'assurer le suivi, d'évaluer et d'apprendre de façon continue;
- à s'appuyer sur les acquis de manière à réduire les coûts liés au changement¹².

De plus, certains auteurs insistent sur l'appui des décideurs internes et externes qui sont interpellés par le changement; sur l'allocation de ressources pour soutenir les transformations et l'expérimentation ainsi que sur l'institutionnalisation des nouvelles pratiques¹³.

Enfin, plusieurs chercheurs québécois ont écrit sur la transformation des systèmes de santé, dans une perspective de gestion du changement. Tous font ressortir l'importance du sens à donner au changement attendu, du leadership et de la redéfinition des rapports entre le palier local, qui assume de nouvelles responsabilités, et le palier central. Ce dernier doit garder tant sa fonction normative en matière de financement et de couverture des services que son rôle de défenseur de l'équité¹⁴. Toutefois, le palier central doit revoir ses mécanismes de contrôle et de reddition de comptes, de manière à faciliter le changement, à donner plus d'autonomie et de marge de manœuvre aux décideurs locaux¹⁵.

Les besoins exprimés par les acteurs

La collecte de données sous forme de cinq entrevues de groupe menées à l'été et à l'automne 2009 auprès de gestionnaires des différents paliers d'intervention avait pour objectifs :

- de montrer la compréhension que ces acteurs avaient alors du principe de responsabilité populationnelle et leur adhésion à ce principe;
- de mettre au jour les contraintes et les conditions de succès relatives à l'exercice de la responsabilité populationnelle;
- de faire ressortir les besoins de soutien des acteurs intéressés pour qu'ils puissent actualiser le principe de responsabilité populationnelle (voir la liste des participants en annexe).

L'analyse des entrevues a montré que le concept de responsabilité populationnelle est compris de façon différente, selon les acteurs. Ce concept est difficile à appliquer, et ce, principalement dans les grands centres compte tenu, notamment, de la proximité des territoires et de la mobilité de la population. En outre, les conditions pour favoriser l'exercice de la responsabilité populationnelle n'ont pas été mises en place. Plusieurs acteurs locaux, soutenus ou non par les agences régionales, ont expérimenté différentes façons de faire, mais peu de ces expériences ont été mises en commun, évaluées et diffusées en vue d'encourager les apprentissages et la modification des pratiques, professionnelles et de gestion, en fonction de ce qui est attendu.

Les propos recueillis font ressortir une certaine concordance entre les besoins exprimés par les acteurs régionaux ou locaux et les conditions à mettre en place pour soutenir l'exercice de la responsabilité populationnelle, comme cela est suggéré dans la littérature scientifique. Les besoins qui ressortent davantage de l'analyse sont :

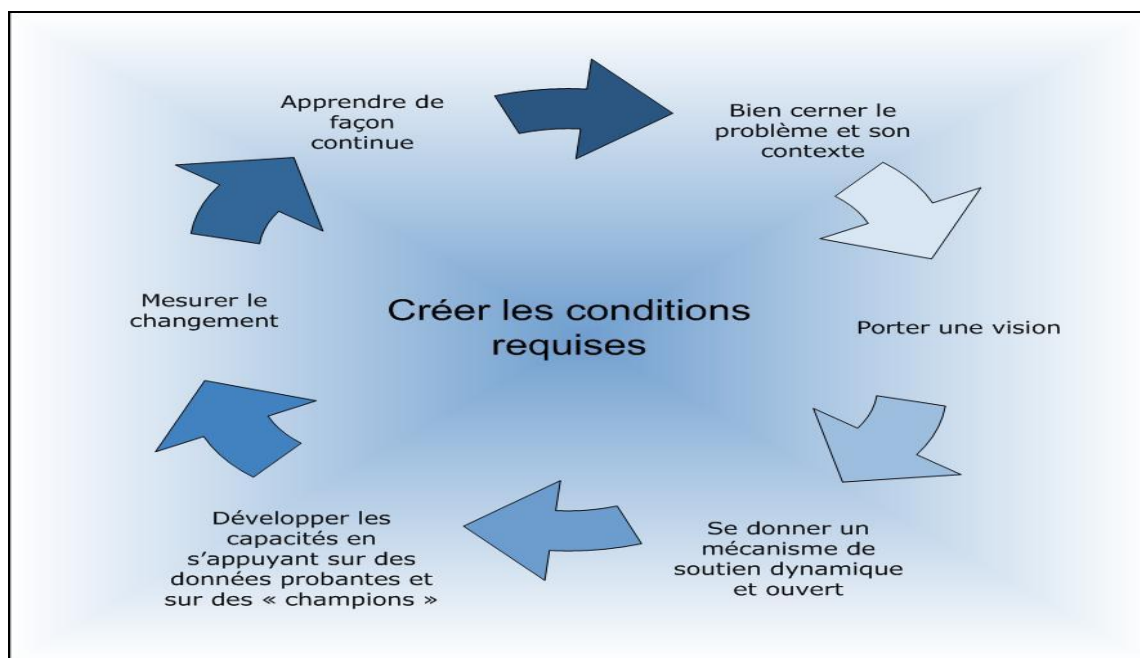
- d'en arriver à une compréhension commune du concept de responsabilité populationnelle et de la façon de l'appliquer, ce qui implique, notamment, de mieux définir les rôles et les responsabilités des différents paliers à ce sujet;
- d'assurer une meilleure diffusion des données sur l'état de santé de la population et un plus grand accès à ces données afin d'être en mesure de dégager les besoins par territoire local;
- de donner une plus grande marge de manœuvre au palier local, de façon à permettre à chaque RLS de mieux définir son panier de services et de le faire évoluer en fonction des besoins ou des dynamiques locales;
- de tenir compte de l'importance d'agir sur les déterminants de la santé, avec les acteurs des autres secteurs d'activité;
- de favoriser la mise en commun des connaissances sur les bonnes pratiques liées aux partenariats locaux intra et intersectoriels;

- de relancer le projet clinique et organisationnel;
- de mettre en place des leviers pour améliorer la capacité de passer des ententes, notamment avec les médecins;
- d'assurer la cohérence et l'alignement des demandes des paliers national et régional, notamment en établissant des liens entre la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la planification stratégique, les orientations ministérielles, l'allocation des ressources et les ententes de gestion;
- d'avoir un regard critique sur ce qui a été fait, de mettre en commun les expériences, de tirer parti des bons coups et de donner aux acteurs qui ont réussi l'occasion d'en parler;
- d'élaborer une stratégie à long terme qui peut s'adapter aux régions et qui tient compte de leurs réalités territoriales.

3. La stratégie ministérielle pour soutenir le changement : les six axes d'intervention

Les connaissances acquises par l'intermédiaire de la littérature sur les déterminants de la diffusion des innovations en santé et sur la gestion du changement ainsi que les connaissances expérientielles des gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux constituent les assises de la stratégie de soutien et d'accompagnement. Cette stratégie a pour objectif de créer les conditions qui permettent le plein exercice de la responsabilité populationnelle. Elle comprend six grands axes : bien cerner le problème et son contexte; porter une vision; se donner un mécanisme de soutien dynamique et ouvert; développer les capacités en s'appuyant sur des données probantes et sur des « champions »; mesurer le changement; apprendre de façon continue.

La stratégie de soutien et d'accompagnement



Bien cerner le problème et son contexte

Les résultats relatifs à l'évaluation de l'implantation des RLS font ressortir que les acteurs des trois paliers d'intervention ont une compréhension très différente de ce qu'implique la responsabilité populationnelle. Des contraintes majeures associées à l'exercice de cette responsabilité sont relevées, et plusieurs estiment que trop peu de suivi et d'accompagnement ont été fournis par le palier central pour la soutenir¹⁶. Ces constats sont corroborés par la collecte de données effectuée auprès d'acteurs clés. Ceux-ci manifestent un important besoin de suivi, de soutien et ils font appel à la cohérence. Ils considèrent que le moment est opportun pour soutenir davantage la responsabilité populationnelle,

compte tenu que les changements structurels ont été apportés et que les acteurs adoptent maintenant de nouvelles façons de faire.

Cette problématique a été discutée avec les autorités du réseau de la santé et des services sociaux (le comité de direction du MSSS et le comité de gestion du réseau), qui reconnaissent le besoin d'agir et appuient les travaux de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle.

Porter une vision

La vision, portée par les autorités, à différents niveaux du système, doit se centrer sur les nouveaux rapports entre les acteurs et la gouverne afin d'établir un système de santé et de services sociaux dynamique et performant, axé sur les besoins des populations locales et où les acteurs entretiennent des rapports de partenariat ouverts et efficaces.

Selon cette vision, les centres de santé et de services sociaux soutiennent la création d'une nouvelle dynamique de collaboration avec les partenaires du RLS. Cette dynamique doit s'appuyer sur la transparence, la confiance mutuelle, le partage ainsi que la mise à profit des connaissances et des expériences¹⁷. Les paliers central et régional jouent, quant à eux, un rôle de facilitateur. Ils donnent une vue d'ensemble du système, définissent les grandes orientations, assurent une planification stratégique intégrée, encadrent le déploiement de l'ensemble des services offerts, et, enfin, ajustent les mécanismes de contrôle et de reddition de comptes de manière à tenir compte des réalités territoriales et à garantir l'équité. De plus, les autorités de ces paliers doivent déceler les innovations émergentes sur le terrain et les faire connaître. Ainsi, elles doivent assumer un rôle actif au regard de l'animation et de la facilitation, qui se distingue d'un rôle plus traditionnel axé sur le contrôle et l'imputabilité.

Se donner un mécanisme de soutien dynamique et ouvert

Le MSSS, dans une perspective de cohérence et d'appui aux décideurs régionaux et locaux, doit accompagner, de façon continue, le changement attendu. Pour ce faire, un comité directeur – où sont représentés les trois paliers de gouverne – et un comité de coordination – composé de gestionnaires issus des différentes directions du MSSS – ont été formés afin d'assurer la mise en œuvre de la stratégie.

Le comité directeur a comme mandat de favoriser la cohérence des orientations ministérielles et des mécanismes de gouverne, en appui à l'exercice de la responsabilité populationnelle. Il doit également porter un plan d'action concerté entre le Ministère et ses partenaires du réseau afin de soutenir l'exercice de la responsabilité populationnelle par des actions concrètes, en appui aux opérations. De son côté, le comité de coordination doit contribuer à un mode de gestion horizontale au MSSS afin de coordonner les efforts, d'intégrer les orientations ministérielles et de convenir des priorités, de manière à donner une plus

grande marge de manœuvre aux décideurs du palier local. Ainsi, à partir des travaux d'évaluation ministériels et des entrevues de groupe menées dans le cadre de l'élaboration de la présente stratégie, les membres de ce comité ont déterminé, de façon plus précise, les besoins des acteurs du réseau et ont mis en place des chantiers de travail, avec le soutien du comité directeur.

Enfin, une attention particulière sera accordée à l'adaptation des mécanismes de contrôle et de reddition de comptes, de façon à tenir compte des différentes réalités territoriales. Des travaux sont déjà en cours pour renouveler les processus d'ententes de gestion entre le MSSS et les agences de la santé et des services sociaux. La deuxième génération des ententes de gestion vise justement de pouvoir négocier plus précisément les cibles et d'assurer une interprétation contextualisée des résultats¹⁸.

Développer les capacités en s'appuyant sur des données probantes et sur des « champions »

L'une des étapes clés de la gestion du changement consiste à s'assurer que les intervenants ou les gestionnaires directement concernés par celui-ci ont ou acquièrent les capacités nécessaires à son actualisation. Le développement des capacités, dans le cadre de la stratégie, renvoie à la fois au transfert des connaissances et à l'acquisition de compétences professionnelles ou managériales. L'appropriation et l'intégration des données probantes dans les pratiques constituent un enjeu majeur pour bien accompagner les acteurs dans le changement.

À la demande du MSSS, l'Institut national de santé publique du Québec a conçu un outil convivial qui vise à appuyer la pratique de transfert des connaissances, lequel pourra être exploité dans le cadre de la stratégie ministérielle de soutien et d'accompagnement. Dans un premier temps, il sera primordial de répertorier les connaissances sur les meilleures pratiques au regard de l'intégration des services, de l'action sur les déterminants de la santé et de l'animation des partenariats. Ces connaissances devront être traduites dans des réalisations visant à outiller les partenaires de façon concrète et utile à leur travail. Il est essentiel, notamment, de se doter d'outils pour faciliter l'arrimage des différents programmes et ainsi soutenir une planification intégrée aux trois paliers d'intervention. Les participants aux entrevues de groupe ont également mentionné des besoins particuliers au regard de l'interprétation et de l'utilisation des données sur l'état de santé de la population dans les processus de planification sociosanitaire, de la gestion du changement et des pratiques les plus prometteuses pour amener les citoyens à participer à la prise de décision.

Par ailleurs, les activités de réseautage interprofessionnel et interorganisationnel seront accrues, tout comme les occasions d'échanges interrégionaux, de manière à ce que les agences de la santé et des services sociaux des régions universitaires puissent soutenir les agences des régions périphériques ou éloignées. Des activités de transfert des connaissances réunissant des chercheurs et des décideurs sur des enjeux précis seront également organisées. Il apparaît important ici de s'appuyer sur les centres

d'expertise tels que l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux ou l'Institut national de santé publique du Québec. De plus, l'Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences, mise en place par un consortium de partenaires pour soutenir expressément l'exercice de la responsabilité populationnelle, sera mise à contribution. L'Observatoire québécois des réseaux locaux de services, qui a comme mandat de répertorier et de faire connaître les expériences prometteuses concernant l'intégration des services et l'animation des partenariats locaux, sera lui aussi un partenaire privilégié.

Mesurer le changement

Différents travaux d'évaluation seront réalisés afin de mesurer les progrès accomplis au regard des objectifs visés. Depuis le début de l'implantation des RLS, le MSSS a mené de nombreux travaux de cette nature, dont les résultats ont d'ailleurs été mis à profit dans l'élaboration de la présente stratégie. Il faut poursuivre ces démarches afin de soutenir la mise en œuvre et l'évolution des chantiers de travail sur la base du plan d'action concerté et porté par le comité directeur. Deux objectifs seront poursuivis en rapport avec les travaux des comités :

- évaluer les processus de travail et la satisfaction des acteurs concernés par la responsabilité populationnelle;
- évaluer les gains obtenus au regard des changements souhaités dans les pratiques, tant managériales que professionnelles, et ce, aux trois paliers de gouverne.

Les évaluations complémentaires, effectuées par différentes organisations du réseau de la santé et des services sociaux ou encore dans le milieu de la recherche, seront également mises à profit pour juger des gains obtenus à plus long terme, sur le plan de l'action sur les déterminants de la santé et de l'intégration des services ainsi que sur le plan de l'amélioration de l'état de santé de la population.

Apprendre de façon continue

Il importe d'inscrire les grands changements organisationnels dans une perspective d'apprentissage et d'amélioration continue¹⁹. La littérature sur le concept des organisations apprenantes expose les principes et les façons de faire qui favorisent les apprentissages individuels ou collectifs. Ces apprentissages doivent être continus, surtout dans le contexte où les organisations sont en constante évolution²⁰.

Ainsi, les comités formés devront mettre en œuvre, par l'intermédiaire du plan d'action et des modes d'accompagnement, les principes d'une organisation apprenante. Ils devront soutenir l'expérimentation et faire connaître les résultats des évaluations à l'ensemble des partenaires afin d'en tirer des leçons et de

préciser des pistes d'amélioration. En effet, une organisation apprenante cherche à bien cerner les problèmes, à déterminer les solutions potentielles à partir des meilleures connaissances disponibles et à mettre en œuvre celles qui s'avèrent les plus pertinentes, selon le contexte.

Conclusion

La Stratégie de soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle s'inscrit dans le contexte de la réforme du réseau de la santé et des services sociaux, laquelle amène les intervenants à assumer une nouvelle responsabilité à l'égard de la population de leur territoire. Elle vise à soutenir et à accompagner les acteurs des RLS dans l'exercice de cette responsabilité.

Les premières étapes de l'implantation de la réforme maintenant franchies, les acteurs du réseau sont davantage prêts à questionner les pratiques et à prendre les mesures nécessaires pour exercer leur nouveau rôle au regard de la responsabilité populationnelle. Il est indispensable que le MSSS et les agences se rapprochent de la réalité de chacun des réseaux locaux afin de soutenir un changement qui se consolidera nécessairement à un rythme variable et selon des modalités diverses dans les territoires locaux. La présente stratégie, qui ne se veut pas prescriptive, formalise cet engagement des autorités du réseau à accompagner la transformation des pratiques dans les RLS à l'aide de moyens concrets, et ce, dans le respect des réalités locales.

Enfin, pour un effet durable, les changements de pratique nécessaires à l'actualisation de la responsabilité populationnelle doivent trouver un ancrage dans une synergie, une complémentarité réelle entre les programmes et les paliers de gouverne.

Références bibliographiques

1. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*, [En ligne], 1946, p.1. [http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf] (Consulté en août 2011).
2. M. LALONDE, *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens : Un document de travail* [rapport Lalonde], Ottawa, Approvisionnements et Services Canada, 1974, 82 p.
3. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, [En ligne], 1986, 5 p. [<http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/docs/charter-chartre/pdf/chartre.pdf>] (Consulté en août 2011).
4. COMMISSION DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ, *Comblant le fossé en une génération : Instauration l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé. Rapport final de la Commission des déterminants sociaux de la santé*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2009, 246 p.
5. 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, 2008, p. 23.
6. M. BRETON *et al.*, « L'intégration de la santé publique à la gouverne locale des soins de santé au Québec : enjeux de la rencontre des missions populationnelle et organisationnelle », *Pratiques et organisation des soins*, vol. 39, n° 2, avril-juin 2008, p. 113-124.
7. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, « Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux : Processus d'implantation des CSSS-RLS – Rapport d'étape du temps 1 », *Coup d'œil sur la recherche et l'évaluation*, n° 71, octobre 2008, 2 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010, 105 p.

8. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Rapport d'évaluation – L'implantation du Programme national de santé publique 2003-2012 : La perspective des acteurs de santé publique*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008, 51 p.
9. M. DESCHESNES *et al.*, *Les facteurs influençant la dissémination et l'adoption de l'approche École en santé – Rapport de recherche*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2008, p. 7.
10. T. GREENHALGH *et al.*, « Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations », *Milbank Quarterly*, vol. 82, n° 4, décembre 2004, p. 581-629.
11. F. CHAMPAGNE, *La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé*, Étude n° 39, s.l., Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada [commission Romanow], 2002, 37 p.
12. J. BROCKNER, « Why it's so hard to be fair », *Harvard Business Review*, vol. 84, n° 3, mars 2006, p. 122-129.

J.P. KOTTER, *Leading Change*, Boston, Harvard Business School Press, 1996, 187 p.

T. GREENHALGH *et al.*, *op. cit.*, p. 581-629.

13. S. FERNANDEZ et H.G. RAINEY, « Managing successful organizational change in public sector », *Public Administration Review*, vol. 66, n° 2, mars-avril 2006, p. 168-176.
14. J.L. DENIS, L. LAMOTHE et A. LANGLEY, « The dynamics of collective leadership and strategic change in pluralistic organisations », *Academy of Management Journal*, vol. 44, n° 4, août 2001, p. 809-837.

P.A. LAMARCHE *et al.*, « L'intégration des services : enjeux structurels et organisationnels ou humains et cliniques? », *Ruptures*, vol. 8, n° 2, 2001, p. 71-92.

L. LAMOTHE, « La recherche de réseaux de services intégrés : un appel à un renouveau de la gouverne », *Gestion*, vol. 27, n° 3, automne 2002, p. 23-30.
15. E. LITVAK, D.A. ROY et L. BOILEAU, « Les deux faces de la gouvernance », *Le Point en administration de la santé et des services sociaux*, vol. 4, n° 4, hiver 2009, p. 14-15.
16. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, « Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux – La responsabilité populationnelle : Adhésion, compréhension des divers acteurs et les enjeux reliés à son actualisation », *Coup d'œil sur la recherche et l'évaluation*, n° 74, octobre 2009, 2 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Évaluation de l'implantation des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010, 105 p.
17. P.A. LAMARCHE *et al.*, *op. cit.*, p. 71-92.

L. LAMOTHE, *op. cit.*, p. 23-30.

E. LITVAK, D.A. ROY et L. BOILEAU, *op. cit.*, p. 14-15.
18. E. LITVAK, D.A. ROY et L. BOILEAU, *op. cit.*, p. 14-15.
19. L. LAMOTHE, *op. cit.*, p. 23-30.
20. B.J. WEINER, C.D. HELFRICH et S.R. HERNANDEZ, « Learning, innovation, and change » dans S.M. SHORTELL et A.D. KALUZNY, *Health Care Management: Organization Design and Behavior*, 5^e édition, Albany (New York), Delmar Publishing, 2006, p. 382-414.

V. ILES et K. SUTHERLAND, *Managing Change in the NHS – Organisational Change: A Review for Health Care Managers, Professionals and Researchers*, Londres, National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R&D, 2001, 100 p.

Annexe – Liste des participants aux groupes de discussion

Niveau national

Martine Bégin	Direction générale des services sociaux
André Dontigny	Direction générale de la santé publique
Yolaine Galarneau	Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire
Pierre Laflamme	Direction générale de la coordination, du financement, des immobilisations et du budget
Andrée Quenneville	Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la qualité
Rachel Ruest	Direction générale des services sociaux
Danielle Saint-Louis	Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la qualité
Monique Savoie	Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la qualité

Niveau régional (1)

Donald Aubin	Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean
Denise Bettez	Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
Marie-Ève Gadoua	Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
Louise Grégoire	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Marie-Noëlle Lavoie	Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches
Philippe Lessard	Agence de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches
Chantal-Anne Moreau	Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Niveau régional (2)

Louis Côté	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Anne-Marie Ménard	Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais
Claude Renaud	Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais
Denis A. Roy	Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Jocelyne Sauvé	Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
Louise Soulières	Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie
Terry-Nan Tannenbaum	Agence de la santé et des services sociaux de Montréal
Carolle Toupin	Agence de la santé et des services sociaux de Laval

Niveau local (1)

Marie Beauchamp	Centre de santé et de services sociaux du Nord de Lanaudière
Claude Doyon	Centre de santé et de services sociaux de Saint-Léonard et Saint-Michel
Michel Gervais	Centre hospitalier Charles-Lemoyne
Yves Masse	Centre de santé et de services sociaux Dorval-Lachine-LaSalle
Paul Moreau	Centre de santé et de services sociaux Jardins-Roussillon
Sylvie Simard	Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance

Niveau local (2)

Table des secrétaires régionaux de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux

msss.gouv.qc.ca