



CENTRE DE PREUVES
SOCIÉTÉ INCLUSIVE



CÔTE À CÔTE
DONNÉES PROBANTES
POUR UNE SOCIÉTÉ INCLUSIVE



Agence Régionale de Santé
Nouvelle-Aquitaine

Approche populationnelle

MODULE 1 : FORMATION ARS NOUVELLE AQUITAINE



Daniel Boisvert

COLLABORATIONS : ERIC PIRIOU, NATHALIE RIHOUEY, JOSEE LEMAY

© tous droits de reproduction et d'utilisation réservés à CPSI-CAC



CNEIS

Consortium National d'Expertise en Inclusion Sociale

Module 1
« Approche populationnelle »

Par Daniel Boisvert, Ph. D.

Directeur du CNEIS



Consortium National d'Expertise en Inclusion Sociale

Collaborations :

Eric Piriou

Nathalie Rihouey

Josée Lemay

pour

ARS Nouvelle Aquitaine

Jun 2020

Table des matières

Introduction.....	5
Objectifs de l’approche populationnelle	5
Pourquoi cette approche dans le secteur du handicap.....	5
Quatre Messages clés: le collectif.....	6
Deux logiques distinctes	7
Conciliation des logiques	8
Compétences favorisant l’approche populationnelle :	10
Conclusion	10
Principales références	10

Introduction

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

L'objectif de ce document est de :favoriser l'appropriation du concept d'approche populationnelle par le développement d'un langage commun;

- développer une vision commune;
- servir de référence conceptuelle à la construction d'outils plus spécifiques (programmes, plans d'action, guides, etc.).

Objectifs de l'approche populationnelle

L'action sur les déterminants de la santé n'est pas une responsabilité exclusive du système de santé, mais une responsabilité qu'il partage avec tous les autres secteurs socio-économiques de la société (secteurs municipal, de l'emploi, de l'éducation, de l'économie, etc.).

L'approche populationnelle (AP) vise à maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population d'un territoire donné :

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

Pourquoi cette approche dans le secteur du handicap

Les organisations médicosociales et sanitaire s'appuient davantage sur une logique clientèle qui, bien que nécessaire, n'est pas suffisante pour atteindre des objectifs d'amélioration de la qualité de vie de l'ensemble de la population en situation de handicap et de réduction des inégalités sociales de services et de santé;

La logique populationnelle veut prendre en compte également les besoins non exprimés de l'ensemble de la population, notamment des groupes les plus vulnérables et en situation de handicap (0 laissé-pour-compte). Aussi, l'approche populationnelle vise à assumer l'obligation de maintenir et d'améliorer la santé et la qualité de vie de la population en situation de handicap d'un territoire donné:



- ✓ Rendre accessible un ensemble de services sociaux et sanitaire répondant de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de cette population;
- ✓ en assurant l'accompagnement des personnes en situation de handicap et le soutien requis;
- ✓ en agissant, en amont, sur les déterminants de la qualité de vie et en garantissant l'effectivité de l'exercice du droit universel.

Quatre Messages clés: le collectif

Les quatre messages les plus importants en matière d'approches populationnelles sont : (1) créer collectivement un sens, (2) pratiquer un leadership collectif, (3) travailler en réseau pour mettre en œuvre et suivre les projets et (4) faire siennes certaines nécessités.

Créer collectivement un sens.

- Comprendre la finalité et la pertinence de l'exercice de la responsabilité populationnelle et s'assurer que cette compréhension est partagée au sein de l'organisation et avec les partenaires.
- Bien cerner le contexte local dans lequel la responsabilité populationnelle sera exercée en s'appuyant sur des connaissances partagées entre les partenaires intra et intersectoriels.

Pratiquer un leadership collectif.

- Convenir d'une vision commune des besoins exprimés et non exprimés de la population et des ressources disponibles pour y répondre.
- Identifier collectivement les enjeux et convenir des priorités.
- Planifier collectivement le changement intégrant l'exercice de la responsabilité populationnelle.
- Planifier et gérer de manière collaborative les ressources nécessaires à la réalisation des projets.

Travailler en réseau pour mettre en œuvre et suivre les projets.

- Déterminer et planifier les actions à réaliser.
- Développer les outils nécessaires en collaboration avec les partenaires.
- Coordonner les actions en partenariat.
- Réaliser les actions et évaluer les résultats en commun.
- Déterminer ensemble les choix quant à la pérennisation des changements.
- Soutenir l'indépendance de personnes dans l'analyse de difficultés et dans leur résolution

Faire sienne certaines nécessités.

- d'améliorer la qualité de vie de la population en agissant sur les bons déterminants;
- d'offrir des services de qualité, et ce, dans une perspective d'amélioration continue des connaissances, de pratiques et de leur supervision;
- de créer une organisation de services basée sur des continuums et des réseaux de services;
- d'accompagner les personnes et de favoriser une expérience de soutiens positive;
- d'améliorer les pratiques professionnelles et de s'assurer de leur mise à jour régulière.

Deux logiques distinctes

Logique populationnelle;

La responsabilité de l'ARS NA est de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de l'ensemble de la population de la Nouvelle Aquitaine, et ce, non seulement en offrant de services aux personnes qui font appel à l'Agence, mais aussi en agissant sur les déterminants de la santé au sens large du terme, afin d'éviter qu'elle y ait recours.

- ▶ Axée sur la qualité de vie et ses déterminants, visant l'empowerment (autonomisation) et la protection de la santé de l'ensemble de la population d'un même territoire;
- ▶ Besoins exprimés et non exprimés, logique territoriale;
- ▶ Responsabilité partagée entre les acteurs territoriaux;
- ▶ Gestion centrée sur la création de partenariat, logique de réseau, responsabilité collective;
- ▶ Interdisciplinarité, intersectorialité;

Cas-1 Emmanuel : cheminement d'une réflexion de type populationnelle

Histoire d'une tranche de vie d'Emmanuel

Emmanuel réside dans tel établissement pour personnes présentant une déficience intellectuelle.

Pourquoi?

Parce qu'il a une trisomie 21.

Pourquoi doit-il vivre dans cet établissement?

Parce que ses parents travaillent tous les deux et recherchaient une ressource pour éduquer Emmanuel

Mais pourquoi leur a-t-on offert cette ressource?

Parce qu'il correspondait aux critères d'admission de cet établissement et qu'une place était libre.

Mais pourquoi les parents ont-ils accepté cette offre?

Parce que les parents ne se trouvent pas compétents pour éduquer leur enfant.

Mais pourquoi se sentent-ils incompetents?

Parce que personne ne leur a offert de les accompagner dans leurs responsabilités parentales.

Mais pourquoi personne n'a offert son aide aux parents?

Parce qu'il n'existe pas de ressources d'information pour les parents et la crèche, de même que l'école du quartier n'accepte pas ce genre d'enfants.

Mais pourquoi n'existe-t-il pas de ressources d'information et pourquoi la crèche et l'école du quartier n'acceptent pas ce genre d'enfant?

etc...

etc...

Logique clientèle :

- Axée sur les risques, les incapacités de clusters bien définis;
- Logique d'établissement, de réponse aux demandes de service, de responsabilité organisationnelle envers la clientèle répondant à la mission stricte de l'organisme;
- Gestion centrée sur la production de services et les processus internes;
- Multidisciplinarité, intersectorialité;
- Préoccupée davantage par les résultats à court terme : amélioration de la qualité de vie des individus admis, organisation optimale, production et consommation de services, productivité, efficacité.
 - ▶ Préoccupée davantage par les résultats à moyen et long terme : avoir un impact sur l'état de santé et de la qualité de vie de la population.

Conciliation des logiques

LC: Axée sur les risques et les incapacités

LP: Axée sur la qualité de vie et ses déterminants, l'autonomisation, l'empowerment, la protection



Plan d'action :

- ✓ Meilleures pratiques auprès de personnes en situation de handicap et agir en amont pour créer de conditions favorables à la qualité de vie de la population;
- ✓ Aller à la source et aux causes des problème et des demandes de services;
- ✓ Prioriser un réseau de ressources qui tiennent compte de besoins non répondus et de services de proximité.

LC : Demandes de service, logique établissement, responsabilité individuelle

LP : Besoins exprimés et non exprimés, logique territoire, responsabilité collective

Plan d'action :

- ✓ Bien connaître les besoins, exprimés et non exprimés, en s'associant avec les personnes et leurs partenaires pour les identifier;
- ✓ Offrir les services de proximité dans la communauté.
- ✓ Reconnaître la personne comme pilote et soutenir la mobilisation des communautés et des acteurs intersectoriels pour agir ensemble;
- ✓ Être collectivement responsable de la qualité de vie de personnes et de la réduction des situations de handicap.

LC : Multidisciplinarité, intrasectorialité

LP : Interdisciplinarité, intersectorialité

- ✓ Combiner les savoirs expérientiels et les compétences professionnels pour une nouvelle compréhension des réalités cliniques et des réalités communautaires et développer des stratégies d'intervention ajustées à cette nouvelle compréhension (notamment par les pratiques réflexives).
- ✓ Baser l'intervention sur les meilleures pratiques (probantes ou reconnues efficaces) et instaurer une culture d'amélioration continue des pratiques.
- ✓ Reconnaître l'expertise de l'utilisateur et de ses proches de manière significative.
- ✓ Soutenir et accompagner les professionnels et les équipes en valorisant le travail interdisciplinaire et intersectoriel et en mettant à profit les technologies de l'information.

LC : résultats à court terme : organisation optimale, production et consommation de services, productivité, efficience

LP : résultats à moyen et long termes : atteinte de buts dont l'impact sur la santé et le bien-être (incidence, mortalité, morbidité)

Plan d'action :

- ✓ Suivre à la fois la performance résultant de la production de services et le travail en partenariat et apprécier leur impact sur l'évolution de indicateurs de qualité de vie de la population. adéquation entre besoins et services et activités, éviter les doublons.
- ✓ Suivre l'évolution de la santé et du bien-être de la population ainsi que des déterminants qui l'influencent.
- ✓ Développer la culture de la performance et de l'évaluation, notamment celle de l'autoévaluation.

Compétences favorisant l'approche populationnelle :

- 1) Analyser et dégager une vision collective des besoins, interventions
- 2) Engager son organisation dans une démarche commune avec les autres acteurs du territoire --> partenariat
- 3) Adapter services et interventions pour améliorer santé et bien-être de l'ensemble de la population
- 4) Initier et soutenir changements organisationnels pour permettre l'adaptation des services et interventions
- 5) Évaluer les services et les interventions + partenaires pour connaître performance et effets

Conclusion

La compétence est un savoir-agir complexe qui prend appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations Tardif (2006).

Cette nouvelle conception de la compétence propose un changement de paradigme. Elle nous fait passer de la conception d'une tâche simple et bien définie, à une conception plus complexe de connaissances, d'habiletés et d'attitudes, interdépendantes dans la réalisation d'un mandat.

Principales références

Bertillot, H. et al. (2016). Quand la « fragilité » des personnes âgées devient un motif d'action publique. *Revue française des affaires sociales*, no 4., pp. 107-128.

Bonin et al. (2015). Cadre de référence sur la responsabilité populationnelle. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec : Direction de santé publique et responsabilité populationnelle. 42 pp.

Caisse nationale de solidarité pour l'Autonomie, (2012). Les restructurations du secteur médico-social.

Couturier, Y et al. (2016). L'intégration des services en santé: une approche populationnelle. Les Presses de l'Université de Montréal.

Centre d'expertise et de référence en santé publique (2012). Référentiel de compétences pour relever le défi de l'exercice de la responsabilité populationnelle à l'intention des CSSS et de leurs partenaires. Québec