



CENTRE DE PREUVES

SOCIÉTÉ INCLUSIVE

COMMUNAUTÉS DE PRATIQUES DES COORDONNATEURS DE C360 DE NOUVELLE AQUITAINE

CPSI-CAC

3^{ème} rencontre – 24 & 25 novembre 2022

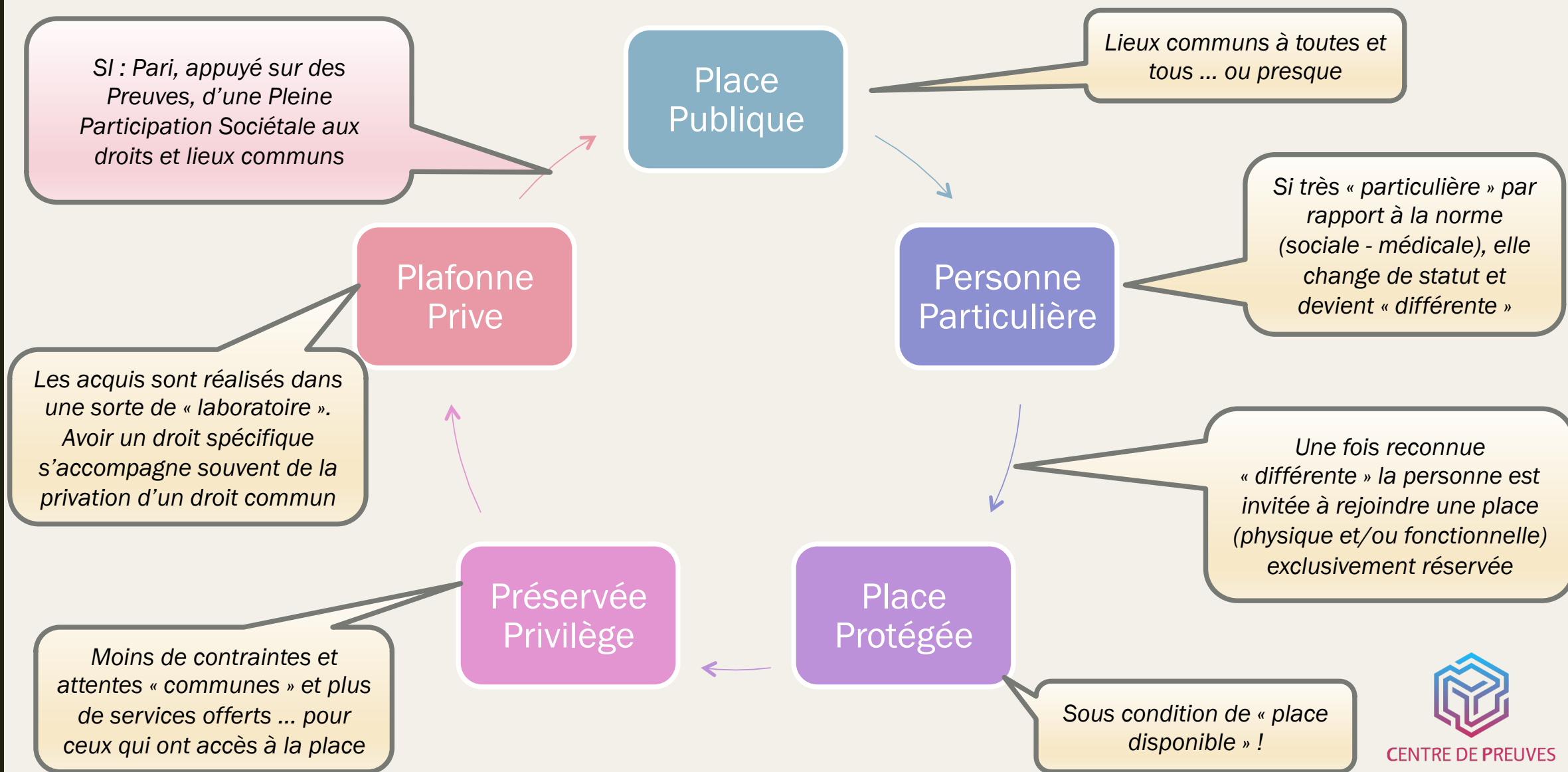
Intégration VS Inclusion



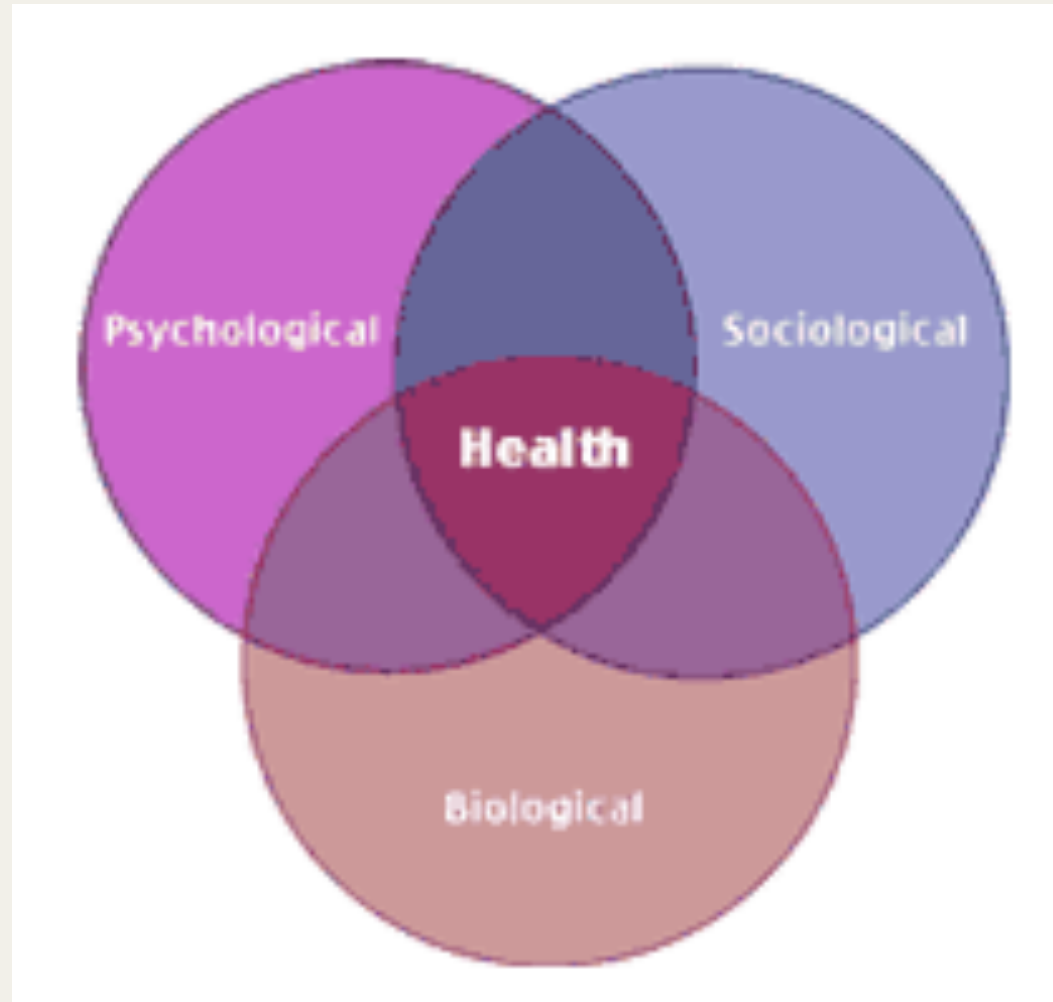
Fonctionnement communément admis de l'exclusion



De la société exclusive à la société inclusive



Modèle biopsychosocial de Engel





World Health Organization
Organisation mondiale de la Santé



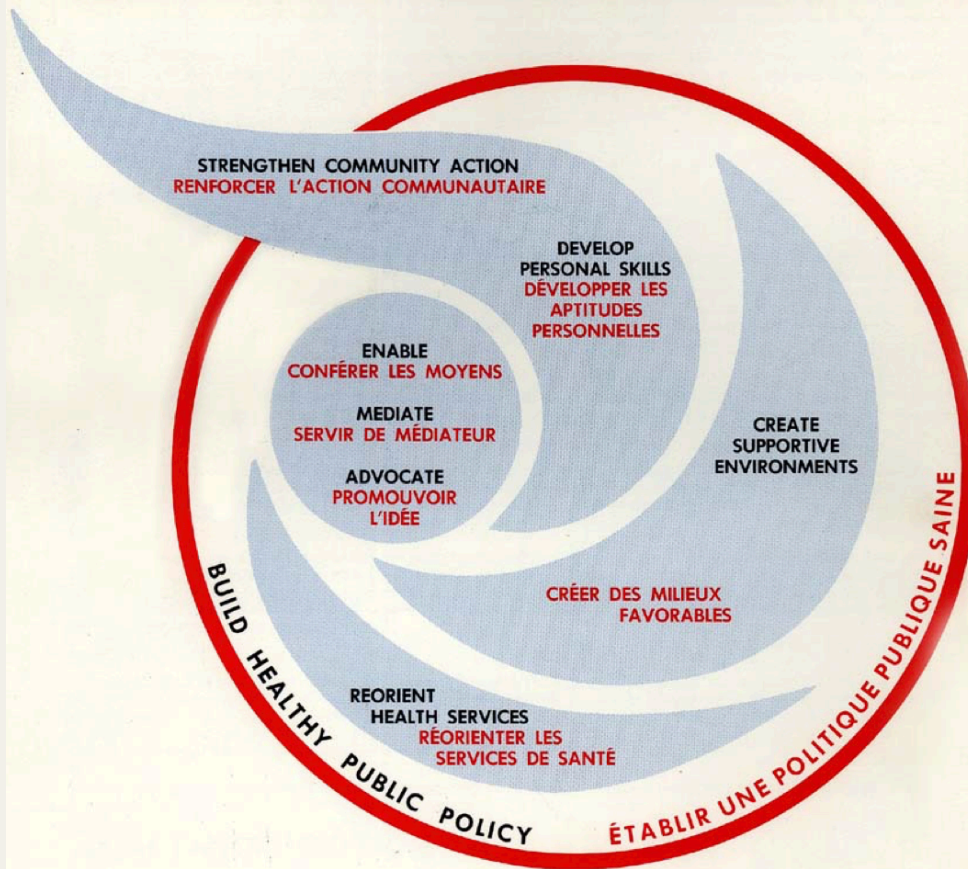
Health and Welfare
Canada
Santé et Bien-être social
Canada



Canadian Public
Health Association
Association canadienne
de santé publique

OTTAWA CHARTER FOR HEALTH PROMOTION

CHARTRE D'OTTAWA POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ



AN INTERNATIONAL CONFERENCE
ON HEALTH PROMOTION
The move towards a new public health

November 17-21, 1986 Ottawa, Ontario, Canada

UNE CONFÉRENCE INTERNATIONALE
POUR LA PROMOTION DE LA SANTÉ
Vers une nouvelle santé publique

17-21 novembre 1986 Ottawa (Ontario) Canada



CENTRE DE PREUVES
SOCIÉTÉ INCLUSIVE

Éléments de définition

- 1^{ère} Conférence internationale pour la promotion de la santé, réunie à Ottawa en **21 novembre 1986**, émet la charte pour l'action, visant la Santé pour tous d'ici l'an 2000 et au-delà
- La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer **un plus grand contrôle sur leur propre santé**, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la "santé" comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci.
- **La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie** : il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les **ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques**. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être



Éléments de définition

- Une bonne santé est une ressource majeure pour le progrès social, économique et individuel, tout en constituant un aspect important de la **qualité de la vie**.
- Les facteurs politiques, économiques, sociaux, culturels, environnementaux, comportementaux et biologiques peuvent tous intervenir **en faveur ou au détriment de la santé**. La démarche de promotion de la santé tente de rendre ces conditions favorables par le biais de la promotion des idées.
- Les gens ne peuvent réaliser leur potentiel de santé optimal s'ils ne prennent pas en charge les éléments qui déterminent leur état de santé **la promotion de la santé exige l'action concertée de tous les intervenants : les gouvernements, le secteur de la santé et les domaines sociaux et économiques connexes, les organismes bénévoles, les autorités régionales et locales, l'industrie et les médias. Les gens de tous milieux interviennent en tant qu'individus, familles et communautés**



Éléments de définition

- **RENFORCER L'ACTION COMMUNAUTAIRE** : La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé.
- La santé est engendrée et vécue dans **les divers cadres de la vie quotidienne : là où l'on apprend, où l'on travaille, où l'on joue et où l'on aime**. Elle résulte des soins que l'on s'accorde et que l'on dispense aux autres, de l'aptitude à prendre des décisions et à contrôler ses conditions de vie, et de l'assurance que la société dans laquelle on vit offre à tous ses membres la possibilité de jouir d'un bon état de santé.



Toute une progression des concepts clés, impactant organisations et pratiques

- Normalisation
- Approche positive
- Autodétermination
- Capabilités
- Valorisation des Rôles Sociaux
- Processus de Production du Handicap
- Approche et coresponsabilité Populationnelle
- Environnements Capacitants



POURQUOI LE MODELE DE LA CORESPONSABILITE POPULATIONNELLE ?

- **Rendre accessible un ensemble de services socio sanitaires 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;
- **Concilier les approches clientèles et populationnelles.**



LE COLLECTIF, MAITRE MOT

- Créer collectivement **un sens**
- Pratiquer un **leadership collectif**
- Travailler en réseau pour **mettre en œuvre et suivre les projets, sur le modèle collaboratif (et non seulement collégial)**.
- Chacun est invité **à faire sienne** la nécessité :
 - ✓ *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, **interdépendants** ;*
 - ✓ *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: clientèle et populationnelle

Logique clientèle	✓ Conjugaison des approches	Logique populationnelle
Axée sur les risques et les incapacités	<ul style="list-style-type: none">✓ Meilleures pratiques auprès de personnes 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 problèmes et des demandes de services;✓ Prioriser un réseau de ressources qui tiennent compte de besoins non répondus et de services de proximité.	Axée sur la qualité de vie et ses déterminants , l'autonomisation, l'empowerment, la protection
Demandes de service, logique établissement, responsabilité individuelle	<ul style="list-style-type: none">✓ 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.	Besoins exprimés et non exprimés, logique territoire, responsabilité collective



Deux logiques: clientèle et populationnelle

Logique clientèle	Conjugaison des approches	Logique populationnelle
Gestion centrée sur la production et les processus internes	<ul style="list-style-type: none">✓ Développer les services en fonction d'un continuum, où les services sont intégrés et hiérarchisés;✓ Combiner la recherche d'amélioration de la performance de l'établissement à l'implication dans des démarches collectives;✓ Se doter d'une structure de gouvernance locale où les pouvoirs sont partagés. Gérer en réseau.✓ Améliorer les processus internes de production de services et travailler en pratiques innovantes avec les partenaires intra et intersectoriels.✓ Assumer un leadership mobilisateur et partagé avec les différents partenaires.✓ Mettre à profit et respecter les expertises des partenaires et des communautés.	Gestion centrée sur la création de partenariat et la qualité



Deux logiques: clientèle et populationnelle

Logique clientèle	Conjugaison des approches	Logique populationnelle
<p>Résultats à court terme : organisation optimale, production et consommation de services, productivité, efficience</p> <p>Multidisciplinarité, intrasectorialité</p>	<ul style="list-style-type: none">✓ 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 dédoublements.✓ 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. <ol style="list-style-type: none">1. Reconnaître l'expertise de l'usager et de ses proches de manière significative.2. 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.	<p>Résultats à moyen et long termes : atteinte de buts dont l'impact sur la santé et le bien-être (<i>incidence, mortalité, morbidité</i>)</p> <p>Pluridisciplinarité Intersectorialité</p>

L'approche en coresponsabilité. populationnelle



implique des **changements de pratiques** de gestion et de soutiens professionnels.



demande aux acteurs du réseau socio sanitaire , de droit commun et autres de **planifier autrement** leurs services,



de travailler encore plus **en réseau;**



de mettre en place des actions pour agir en amont des problèmes de santé et de bien-être de la population incluant les personnes en situation de handicap.

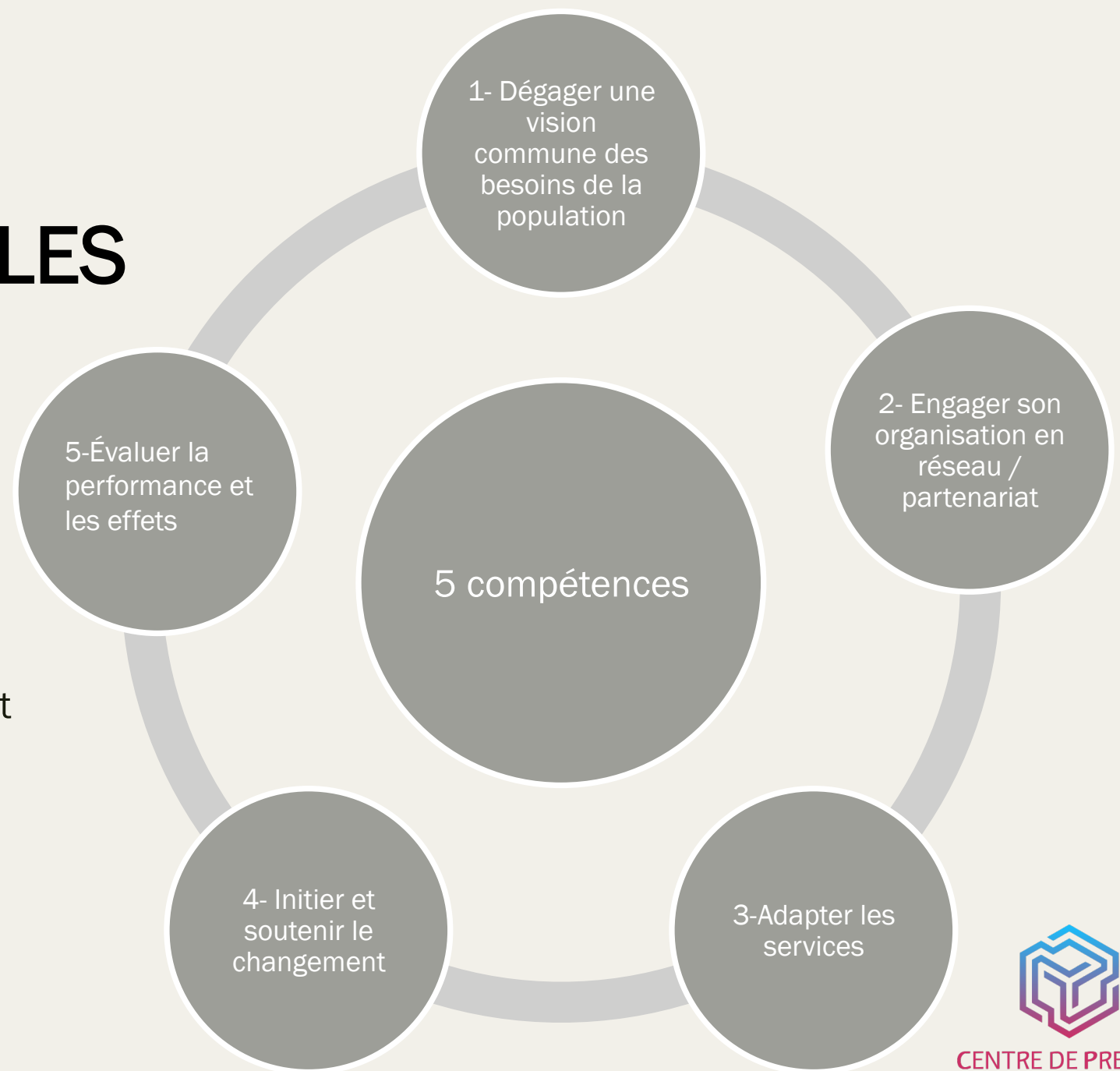


l'implantation de ces changements de cette envergure se fait plus facilement par des **expérimentations** sous formes de **projets**



COMPETENCES POPULATIONNELLES

- 1- Vision
- 2- Engager le réseau
- 3- Adapter les services
- 4- Initier et soutenir le changement
- 5- Évaluer la performance et les effets



Les Communauté 360, une méthode ayant fait ses preuves

- Le 11 février 2020, à l'occasion de la 5^{ème} Conférence nationale du handicap (CNH), le gouvernement français, par la voie de son président, prenait 12 engagements dont le 6^{ème} porte sur la création des Communautés 360 ;
- *Un changement de vision pour modifier notre angle de vue : en partant des besoins et des attentes de la personne, de son environnement de vie et des acteurs qui jalonnent son parcours, et non plus de l'offre telle qu'elle existe et a longtemps conditionné les choix de vie.*
- 6 défis : 1/ Inconditionnalité d'accompagnement – 2/ Numéro unique pour accès d'usage universel - 3/ Méthode d'action – 4/ Approche coresponsabilité communautaire – 5/ Légitimité du Pouvoir d'Agir – 6/ Exercice de la liberté



Une illustration – Ile de Laval (Qc.) VS Bordeaux



- 1 Million d'habitants VS 220 000 habitants
- 1 Service dédié regroupant, sous une seule D°, tous les professionnels de soutien pour les personnes DI-TSA-DP-Santé Mentale VS (20 ?) associations – source *FINESS*
- 1 lieu dédiée centre de formation de jour pour adultes VS environ 75 SS & ESMS
- 1 CISSS regroupant les activités de médecine, de prévention, de protection de la jeunesse, de soutien à l'inclusion sociale, de rééducation VS pour les mêmes cibles, au moins trois directions différentes
- 2 numéros d'accès directs (911 & 811) VS ... incalculable !!



Illustration

- Couple de quinquagénaires, en couple depuis plus de 30 ans, décrits comme très amoureux. Vivant à leur domicile
- Malgré une blessure au fémur et au poignet, Mme a une bonne santé
- Monsieur est un homme qui se dit heureux, faisant avec toutes les contraintes que lui imposent son avancée en âge : maladie à Corps de Lewy, une DMLA naissante et une surdité de l'oreille gauche, celle de droite est appareillée
- Mme a sollicité des services pour la soutenir dans l'aide qu'elle apporte à son mari. Il lui est proposé un accueil de jour en foyer (*4 journées par semaine obligatoire*) ou 2h par jours d'auxiliaire de vie ... ce n'est pas de cela dont elle et son mari ont besoin ! Épuisée et suite à l'insistance récurrente de la maman de Mme, Mme finit par confier son mari à un EHPAD Hospitalier, qui l'accueille de façon dérogatoire
- Mr, après avoir eu de nombreuses séquences d'agressivité contre le personnel, présente au bout de quelques semaines un syndrome de glissement et décède rapidement après avoir été transféré à l'hôpital, sans que son épouse ne puisse lui dire « au-revoir » (*règles liées au Covid*)



Trois enjeux prioritaires pour engager une approche en coresponsabilité au sein d'une C360

1. Etablir et diffuser des données populationnelles, à partir des indicateurs et sources existantes, les compléter le cas échéant avec des données non présentes, notamment en ce qui concerne les prévalences et les possibilités de perspectives des besoins de soutien exceptionnels à certains moments de vie. Le but est de dégager une vision commune, partagée par les acteurs de la communauté.
2. Démarrer dès le début, ou le plus vite possible, une approche relevant du « *patient/public partenaire* », tel que définit dans le modèle dit « De Montréal », à tous les niveaux du fonctionnement de la méthode C360 ;
3. Recenser et communiquer sur les différents programmes existants (*idéalement issus des données probantes*), dans les différents domaines et âges de la vie, pour engager le plus rapidement possible des chantiers d'accessibilité universelle, trans-partenaires et intersectoriels



Enjeu N° 1 : établir des données et avoir une vision partagée

■ Illustration :

- *Définition proposée par CISSSMO : « Les inégalités sociales de santé sont ces écarts, pourtant évitables, entre hommes et femmes, entre groupes socio-économiques et entre territoires, qui ont un impact sur de nombreux aspects de la santé. Ces écarts sont injustes et évitables et il est possible de les atténuer. »*
- *Réunir des données socio-sanitaires, socio économiques et socio culturelles*
- <https://www.youtube.com/watch?v=I9IIHDrNNXo>



Enjeu N° 1

- Quelques exemples et outils
 - *Méthode P.A.P.S.A.*
 - *Grille QQQOCCP*
 - *PLANIF-ISS*



Enjeu N° 1

- Grille Q.Q.O.C.C.P ... et ses variantes !

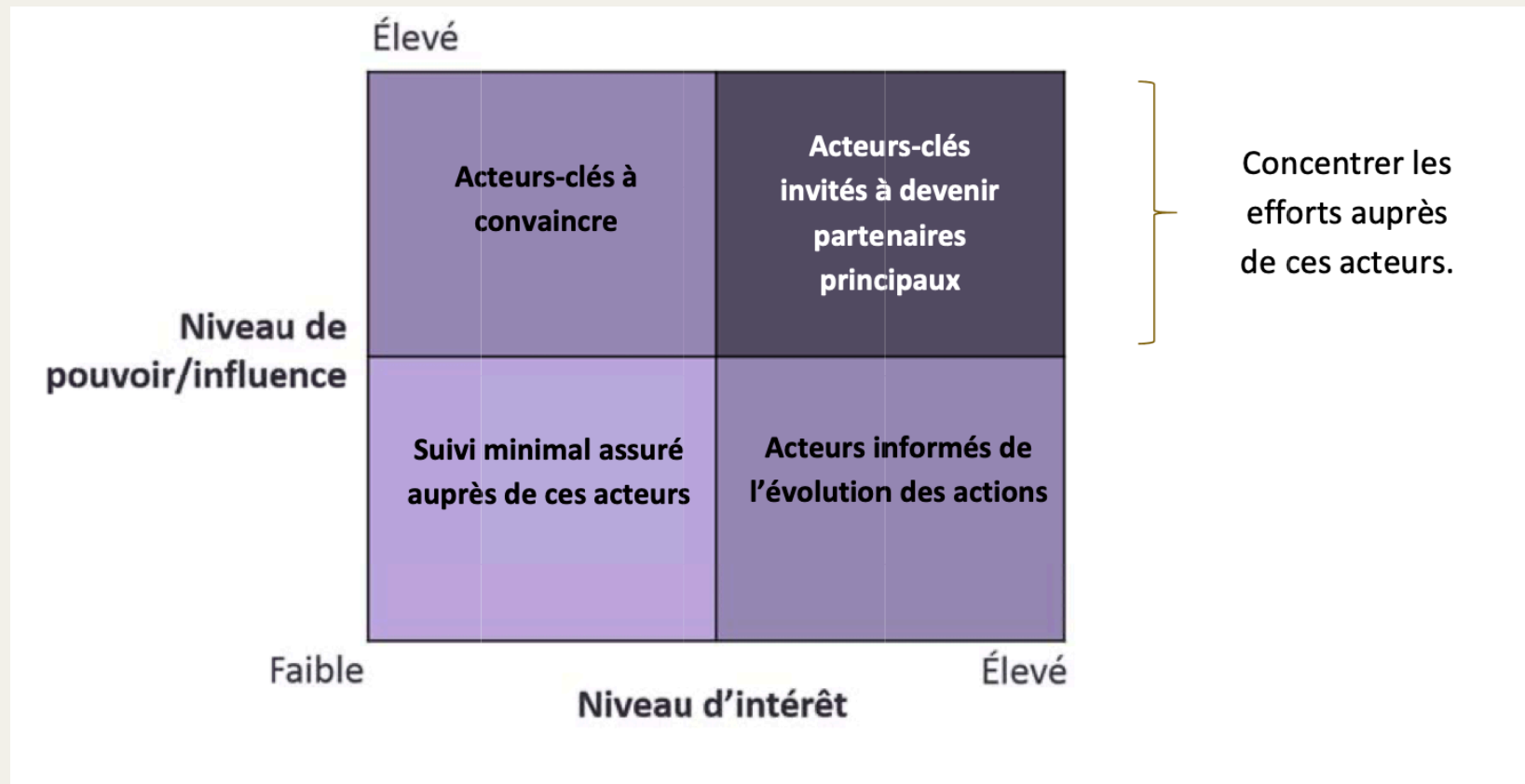
QUI (<i>fait</i>)	QUOI	POUR QUOI	QUAND	Où	COMMENT	COMBIEN

- La grille des situations d'exception : quand est-ce que la situation faisant difficulté, s'est elle présentée de façon moins difficile ... et pourquoi ?



Enjeu N°1 / identification des partenaires inter-secteurs

- Dégager une vision commune des besoins de la population : quels acteurs ?



Exemples d'outil de communication en action de sensibilisation communautaire

Favoriser l'autodétermination: offrir de nombreux choix et des occasions pour exercer du pouvoir et du contrôle, planifier leur projet de vie et en soutenir la réalisation, etc.

Valorisation des rôles sociaux: occuper un emploi, être scolarisé, avoir leur logement, avoir un cercle d'amis, etc.

Inclusion sociale des personnes en situation de handicap

Soutien aux proches: offrir du répit, des stratégies éducatives, offrir du soutien à leur réseau familial et social, favoriser les regroupements des familles, etc.

Soutien à la communauté: informations, formations, accompagnement des personnes, rencontres de sensibilisation, médiations, etc.

Contenu de la première rencontre :

- **Expliquer qui nous sommes :** brève description de l'équipe, de la mission, de la situation géographique, etc.
- **Expliquer en quoi consiste l'inclusion sociale :** à l'aide d'un visuel tel que représenté ci-haut, que vous pourrez laisser sur place avec les coordonnées de l'organisation
- **Expliquer la démarche menant à connaître le territoire**
- **Connaître le citoyen, le commerce, l'organisation de services :** services, profil des clients et des travailleurs, etc.
- **Valider si des besoins de soutien sont déjà présents :** par exemple, un commerce de quartier a peut-être déjà des clients en situation de handicap et il souhaiterait savoir comment communiquer avec lui. Parfois, la personne rencontrée a elle-même un enfant en situation de handicap ou est en lien avec une personne dans cette situation.
- **Spécifier que la forme de soutien pourrait être élaborée avec leur contribution**

En terminant la rencontre

- Identifier une personne de référence dans l'entreprise, le commerce et l'organisation de services s'il le désire.
- Laisser ses coordonnées afin qu'il puisse vous joindre s'il a des questions ou des suggestions pour l'avenir.

Après la rencontre :

- Compléter une fiche avec les renseignements obtenus
- Partager avec l'équipe selon le modèle retenu.



Enjeu N°2 : mettre l'ensemble de la démarche dans une dynamique « patient/public – partenaire »

- Depuis 2010, un modèle de soins et de services de santé singulier a été formalisé par le Bureau du partenariat patient (*anciennement la Direction collaboration partenariat patient*) de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.
- Le modèle de Montréal repose sur la reconnaissance des savoirs expérientiels et compétences que les patients acquièrent au cours de la vie avec la maladie qui, mobilisés en complément du savoir scientifique, expérientiel et des compétences des professionnels de la santé, permet de prendre de meilleures décisions de soins et d'organisation des services tant à l'échelle individuelle que sociétale.



Enjeu N°2 : mettre l'ensemble de la démarche dans une dynamique « patient/public – partenaire »

- 4 modèles proposés :

- Les « patients partenaires profil formateur » Ils contribuent à la formation initiale et continue des actuels et futurs professionnels de la santé en mobilisant leurs savoirs expérientiels explicités et compétences en contexte pédagogique (ex : patients impliqués dans l'évaluation des étudiants en médecine lors d'une simulation de consultation).
- Les « patients partenaires profil ressource » Ils contribuent à l'ajustement des soins et services de santé aux besoins populationnels en mobilisant leurs savoirs expérientiels explicités et compétences en contexte de projets ou de comités d'organisation des soins de santé et services sociaux (ex : patients contribuant à des projets d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins).



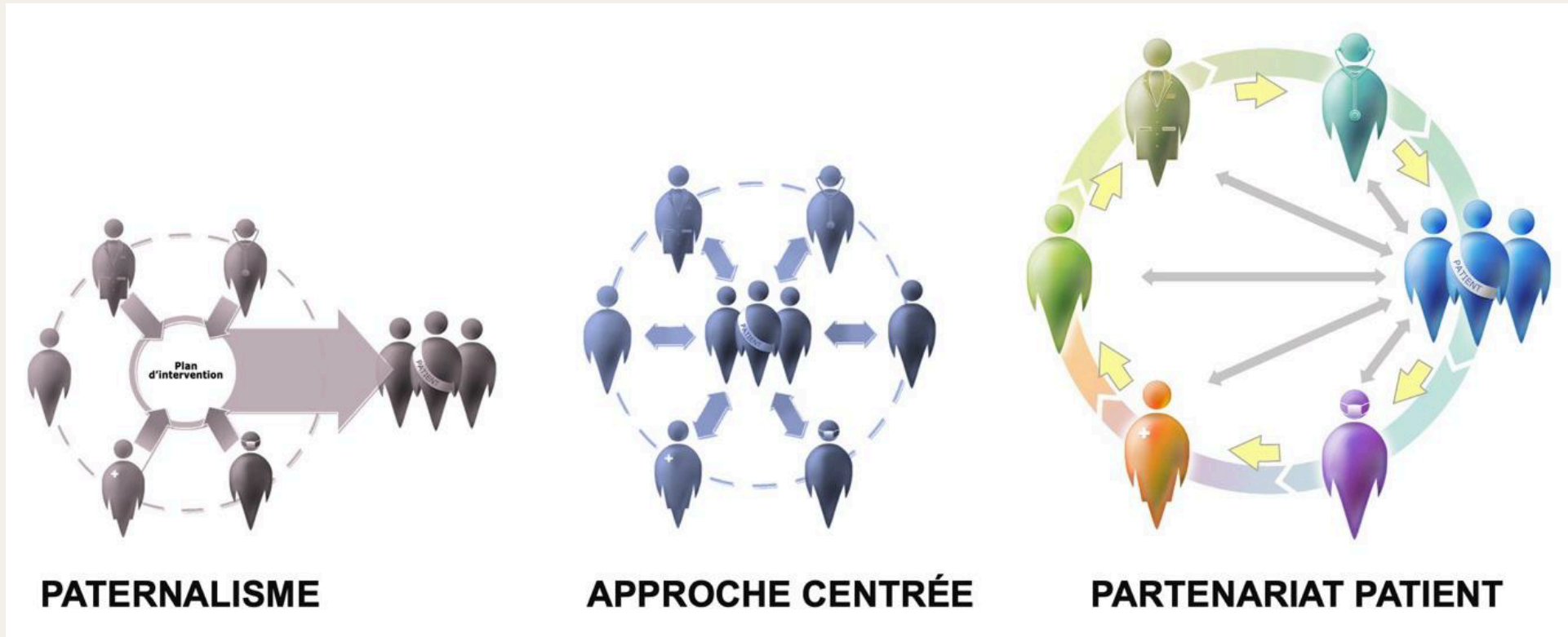
Enjeu N°2 : mettre l'ensemble de la démarche dans une dynamique « patient/public – partenaire »

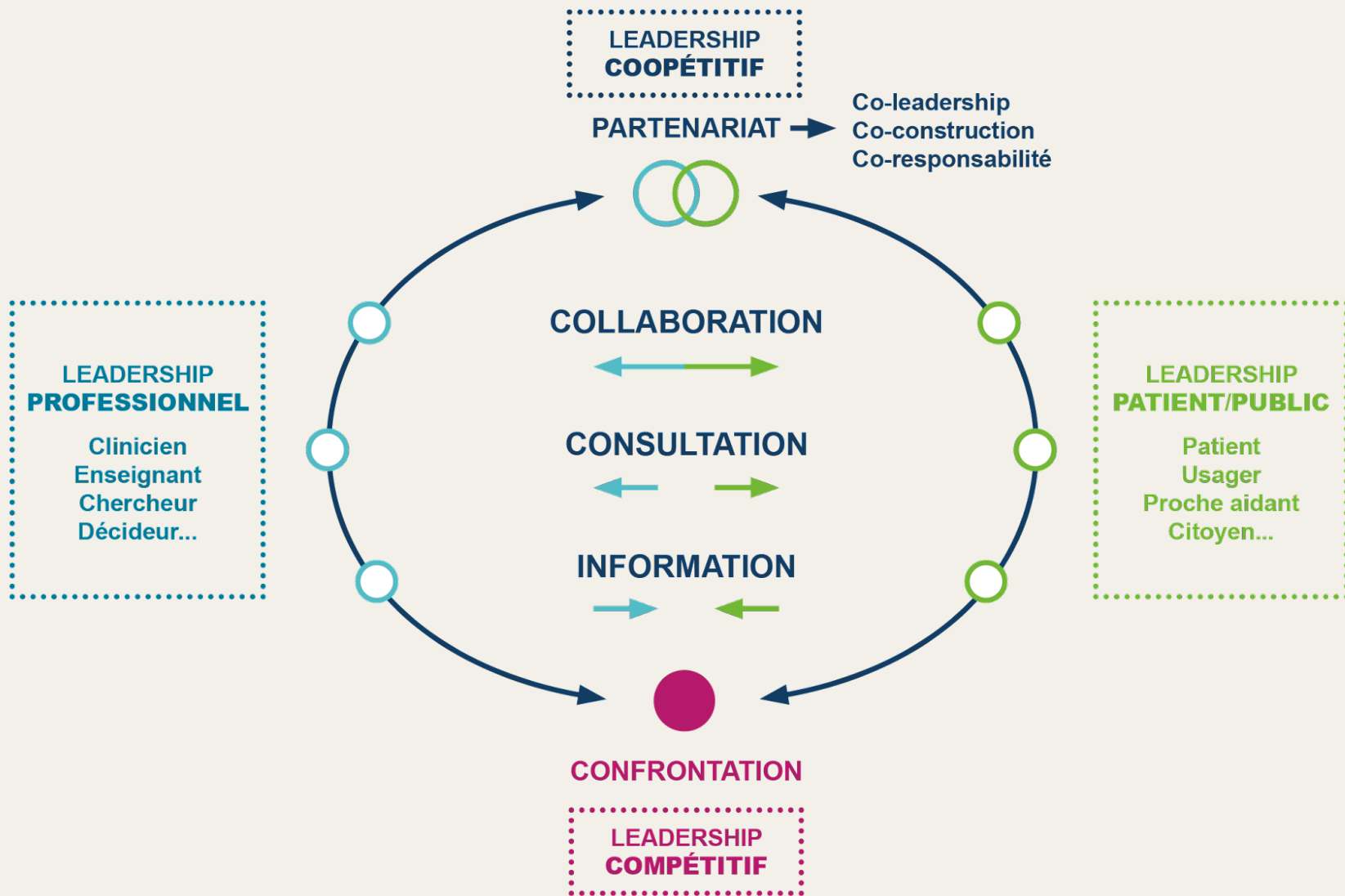
- 4 modèles proposés :

- *Les « patients partenaires profil chercheur ». Ils contribuent à la production et l'évaluation des connaissances pertinentes pour les milieux de la santé en mobilisant leurs savoirs expérientiels explicités et compétences en contexte de projets de recherche ou d'organisation de la recherche (ex : patients impliqués dans un comité de travail visant à identifier les priorités de recherche d'un réseau national et à partir desquels sera déterminée l'allocation des fonds de recherche).*
- *Les « patients partenaires profil coach ». Ils contribuent à la formation continue des patients partenaires profil formateur, ressource et chercheur (ex : accompagner un patient partenaire profil ressource à sa première rencontre d'un comité d'amélioration continue de la qualité des soins afin de pouvoir lui donner une rétroaction précise et contextualisée après la rencontre).*

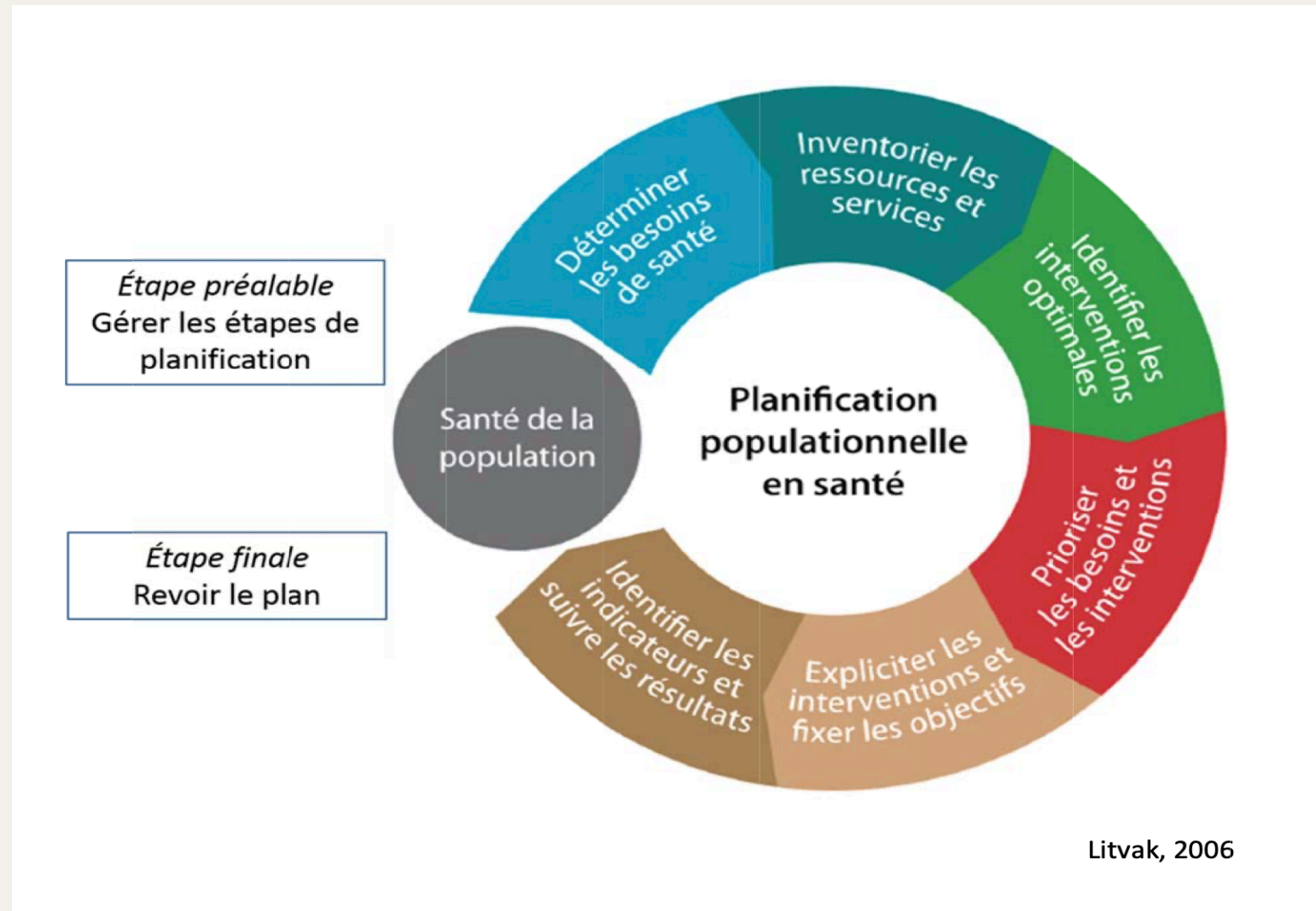


Enjeu N°2 : mettre l'ensemble de la démarche dans une dynamique « patient/public – partenaire »





Visualisation du schéma du parcours à réaliser



Enjeu N° 3 : Recenser et communiquer sur les différents programmes existants

- Exemples de programme par catégorie d'âge :
 - Programme Prévention et action précoce (0-6 ans) portant sur un modèle d'intervention précoce, notamment à domicile, pour soutenir les très jeunes enfants ayant des incapacités ;
 - Programme « Approche famille-partenaire » (soutien à la scolarisation) modèle Approche famille-partenaire auprès des enfants ayant un trouble neurodéveloppemental (M-AFP-TND) basé sur une relation de co-construction qui vise à accompagner et à engager la famille pour qu'elle développe graduellement les connaissances et les habiletés, afin de prendre des décisions éclairées d'intervention et ainsi être en mesure d'agir de façon de plus en plus autonome
Dans cette relation, la famille est considérée comme un membre à part entière de l'équipe de soins et de services dans laquelle son savoir expérientiel est reconnu.



Enjeu N° 3 : Recenser et communiquer sur les différents programmes existants

- Exemples de programme par catégorie d'âge :
 - *Programme « PDC » (Age adulte): partenariat national d'Inclusion Canada et de l'Alliance canadienne des troubles du spectre autistique (ACTSA), ainsi que de leurs organisations membres. Financé par le gouvernement du Canada, PDC est conçu pour accroître la participation des personnes ayant une déficience intellectuelle ou sur le spectre de l'autisme au marché du travail*
 - *Programme « Logement à soutien gradué » (âge adulte et grand âge). Le programme Logement à soutien gradué a été mis sur pied, afin de favoriser le développement maximal de l'autonomie, l'autodétermination (empowerment) et la participation sociale de la personne. Les usagers qui intègrent ce programme reçoivent des services d'accompagnement et de soutien dans les apprentissages à la vie autonome. Ce soutien est offert avec une intensité ajustée en fonction de leurs besoins, en vue de favoriser l'acquisition des capacités nécessaires à la plus grande autonomie possible. Ils réalisent leur intégration à la vie en logement par un processus d'apprentissages intensifs visant l'accomplissement des activités de la vie quotidienne, et cela, directement dans leur logement. L'estompage de l'intervention se réalisera en fonction des apprentissages réalisés.*





MERCI DE VOTRE ATTENTION !



CENTRE DE PREUVES
SOCIÉTÉ INCLUSIVE