

RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE ET DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

Émetteur	Direction générale adjointe - programme sociaux et réadaptation		
Responsable	Direction générale adjointe - programme sociaux et réadaptation		
Destinataires	Communauté du CIUSSS de l'Estrie-CHUS		
Entrée en vigueur	2017-03-23	Révision prévue	2020
Adoptée par	Le conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie-CHUS	Date	2017-03-23
Signature	Original signé par:		
	Jacques Fortier Président du conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie - CHUS		

Table des matières

1. Mise en contexte	2
2. Objectifs	2
3. Définition des termes	3
4. Champs d'application.....	6
5. Cadre juridique	6
6. Principes directeurs.....	6
7. Rôles et responsabilités	7
8. Ouvrages consultés	9
9. Historique et cheminement.....	11
ANNEXE(S)	12

1. Mise en contexte

Le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS) a la mission de maintenir, d'améliorer et de rétablir la santé et le bien-être des Estriennes et des Estriens en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégré et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique de la région¹. En mars 2016, le conseil d'administration adopte la résolution visant à doter le CIUSSS de l'Estrie – CHUS d'une politique afin de clarifier et rendre explicite son rôle pour assumer activement sa responsabilité populationnelle ainsi que préciser sa contribution dans le développement des communautés (CA 530-2016-03-10).

Le conseil d'administration affirme ainsi sa volonté de **placer la responsabilité populationnelle et le développement des communautés au cœur des orientations de l'établissement pour en faire une cible partagée par tous.**

Cette volonté repose sur les attendus suivants:

- Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS a la responsabilité de planifier et coordonner les services à offrir à la population sur tout le territoire estrien selon les orientations ministérielles, les besoins de la population et les réalités territoriales;
- Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS a la responsabilité d'assurer le bon fonctionnement d'un réseau territorial de services de santé et de services sociaux (RTS) et de neuf réseaux locaux de services (RLS) sur tout le territoire;
- Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS reconnaît que la région de l'Estrie a toujours été un chef de file réputé en matière de développement des communautés, de coopération et de mobilisation des partenaires intersectoriels pour améliorer la santé et le bien-être des personnes et de la population;
- Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS adhère au fait que la santé est tributaire d'un ensemble de déterminants de la santé² dont les facteurs biologiques, les environnements socio-économiques et physiques, l'organisation des services de santé et de services sociaux et le renforcement des communautés;
- Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS conçoit que son offre de service ne se limite pas exclusivement aux services de santé et services sociaux rendus aux usagers qui s'adressent à lui. C'est la santé globale de la population du territoire qui l'interpelle;
- Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS convient que l'interdépendance et les influences réciproques des organisations et des partenaires sont essentielles pour garantir la santé individuelle et populationnelle, voire même la performance des organisations. Aucune partie à elle seule n'est en mesure d'avoir un impact significatif sur la santé des communautés et sur la réduction des inégalités sociales de santé;
- Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS, tant dans ses modes d'organisation que dans la dispensation de son offre de service, recherche continuellement à adapter ses interventions aux besoins particuliers ou plus spécifiques des communautés locales en prenant en compte les communautés linguistiques et culturelles de chacun des RLS, et ce, dans le respect de ses obligations qui sont d'assurer :
 - L'équité de son offre de service entre les territoires de RLS;
 - La qualité et la sécurité de ses soins et services;
 - L'amélioration de la santé globale de la population ainsi qu'une meilleure expérience de soins des personnes;
 - L'utilisation judicieuse et optimale des ressources qui lui sont confiées.
- Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS s'est doté de trois valeurs à portée sociale soit l'humanisme, l'engagement et l'adaptabilité, qui sont en cohérence avec les logiques d'approches du développement des communautés et de la responsabilité populationnelle;
- Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS a une mission universitaire et à cet égard, peut compter sur des équipes de chercheurs et des professionnels en mesure de supporter l'expérimentation de pratiques novatrices et soutenir le transfert de connaissances quant à la responsabilité populationnelle et le développement des communautés;
- Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS manifeste, de façon tangible, son engagement envers la responsabilité populationnelle et le développement des communautés en adoptant différentes mesures structurantes telles:
 - Un système de gestion intégrée de la performance dont l'axe central est l'Agir pour et avec l'utilisateur, ses proches et la population;
 - Un cadre de gestion assurant le soutien et la coordination à l'animation des RLS au sein du RTS;
 - La création d'une direction dédiée à la coordination des partenariats dans la communauté et au soutien aux trajectoires de soins et services.

2. Objectifs

La présente politique vise le développement d'une culture organisationnelle qui engagera tous les acteurs du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (membres du conseil d'administration, gestionnaires, personnel, médecins, chercheurs, stagiaires, membres des comités des usagers et des résidents, membres des fondations et

¹ Adoptée en 2015, la loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences régionales, a permis la création du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Le nouvel établissement est issu de la fusion des établissements publics de la région de l'Estrie. Il inclut également les anciens Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de La Pommeraiie et de la Haute-Yamaska. Il devient ainsi le 2^e plus grand CIUSSS au Québec.

² Plusieurs définitions complémentaires sont présentées à l'annexe A : Santé, déterminants et déterminants sociaux de la santé, inégalités sociales de santé, intersectorialité et approche-milieu

bénévoles) à inscrire leurs actions en prenant en compte la responsabilité populationnelle et le développement des communautés pour lesquels des résultats concrets pourront être témoignés.

Les objectifs de la présente politique :

1. Soutenir la participation des individus, des communautés linguistiques et culturelles ainsi que des communautés locales, notamment les processus qui leur permettent d'exprimer des besoins de santé et de bien-être, de prise de décision et de moyens d'action favorisant la santé individuelle et collective. Ceci afin de s'adapter aux réalités des communautés locales par l'entremise des RLS ainsi que celles de la population estrienne par le biais du RTS;
2. Assurer la participation du CIUSSS de l'Estrie - CHUS au développement ou à la consolidation de partenariats et de concertations intersectorielles qui ont pour objet l'action sur les déterminants de la santé, notamment l'action sur les conditions de vie aux plans économique, social, culturel et environnemental;
3. Contribuer, en tant qu'acteur socio-économique majeur de son territoire, au développement social et économique des communautés locales de chacun des RLS.

La mise en œuvre de la présente politique et l'atteinte de ses objectifs auront des retombées positives et significatives pour l'usager et ses proches :

- Des soins et des services mieux planifiés et coordonnés, tant à l'interne qu'à l'externe, avec les partenaires du milieu. Cela se traduira par un accompagnement plus fluide dans un réseau de services complexe du fait que les partenaires auront convenu d'ententes de collaboration permettant de mieux connaître et arrimer leur offre de service et leurs mécanismes d'accès;
- Les processus de référence seront mieux connus, plus simples et mieux adaptés aux caractéristiques des individus, notamment les personnes plus vulnérables, ainsi que celles des communautés linguistiques et culturelles et des communautés locales ;
- L'établissement de partenariats forts et fonctionnels avec le milieu de l'enseignement et de la recherche permettront de rehausser la qualité des soins et services. En effet, la mise en œuvre de la présente politique encourage l'action innovante au bénéfice des personnes et de leurs proches. L'expérience de soins et services s'en trouvera améliorée;
- L'établissement de partenariats intersectoriels efficaces et durables avec les partenaires du milieu communautaire, du monde municipal de même que celui de l'éducation, de l'économie sociale, du privé et celui des fondations, permettra la création de nouveaux services qui, sans la convergence des interventions de chacun, ne pourraient se concrétiser;
- L'action sur les déterminants de la santé sera plus structurante pour les communautés si le CIUSSS de l'Estrie - CHUS s'allie avec les acteurs et partenaires de chacun des RLS et du RTS afin de mettre en place les conditions nécessaires à la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être. Pour l'usager, cela signifie la possibilité de naître, grandir et vieillir dans des milieux de vie encore plus sains et sécuritaires.

3. Définition des termes

LA RESPONSABILITÉ POPULATIONNELLE

Parmi les diverses transformations du réseau de la santé et des services sociaux, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a toujours réitéré que les organisations, maintenant les CISSS et CIUSSS, doivent veiller, avec leurs partenaires du RTS, à restaurer et maintenir la santé de l'ensemble de la population de son territoire.

Définition :

Les CISSS et les CIUSSS ainsi que leurs partenaires « doivent assumer collectivement une responsabilité à l'égard de la population de leur territoire, concept appelé responsabilité populationnelle. Cette responsabilité implique d'agir en collaboration sur les déterminants de la santé, d'assurer, de façon continue, l'accès à une large gamme de services de santé et de services sociaux et la prise en charge des personnes. Pour ce faire, les partenaires du RTS et des RLS doivent apprécier l'ensemble des interventions et prendre en compte les besoins exprimés de soins et de services ainsi que les besoins non exprimés de santé et de bien-être. » (MSSS, 2012, p.11).

L'exercice de la responsabilité populationnelle, notamment dans le contexte de la nouvelle réalité des CISSS et des CIUSSS, sous-entend la rencontre de trois notions :

- La première réfère à la **responsabilité partagée** entre les acteurs d'un RLS d'offrir une gamme de services qui vise à combler les besoins de santé et de bien-être de l'ensemble de la population aux différents cycles de vie;
- La deuxième notion fait référence à l'**adaptation des interventions et des services**, à la fois préventifs et curatifs, aux besoins exprimés ou non de la population. La connaissance de ces besoins repose sur une prise en compte de l'état de santé et de bien-être et le contexte de vie de la population;
- La troisième notion réfère au caractère **complémentaire** des approches « clientèle » et « populationnelle »³. D'une part, l'approche clientèle s'inscrit dans une intégration des soins et des services dans lesquels les personnes participent activement à leur expérience de soins. D'autre part, l'approche « populationnelle » vise, avec les personnes et les partenaires du milieu, à maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population du territoire et réduire les écarts de santé et de bien-

³ Le schéma présenté à l'annexe B illustre la complémentarité entre l'approche clientèle et l'approche populationnelle.

être (inégalités sociales de santé). Ces deux approches obligent à prendre en compte plusieurs facteurs qui, tout au long de la vie, protègent ou nuisent à la santé et au bien-être des personnes : c'est facteurs s'expliquent par ce qu'on appelle les déterminants de la santé.

Le CIUSSS de l'Estrie - CHUS cherche à offrir les meilleurs services possibles aux personnes qui le consultent, mais il doit également agir en amont des problèmes de santé et de bien-être. Afin de jouer pleinement son rôle pour promouvoir, prévenir, guérir et soutenir la santé individuelle et populationnelle, il est appelé à intervenir sur plusieurs déterminants de la santé.

LE DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

Le soutien au développement des communautés est une stratégie d'intervention essentielle pour agir sur les déterminants de la santé. La Politique gouvernementale en prévention de la santé souligne que « les améliorations enregistrées au regard de l'état de santé de la population sont inégalement partagées. [...] Les écarts de santé mettent en lumière la problématique vaste et complexe des inégalités sociales de santé. » (MSSS, 2016, p.9).

Le tableau de bord des communautés de l'Estrie⁴ permet effectivement de constater qu'il existe une concentration des inégalités sociales de santé dans certaines zones géographiques du territoire. Afin de réduire les impacts négatifs de cette concentration et agir sur ces inégalités sociales, le développement des communautés représente une stratégie d'intervention prometteuse.

Définition :

« Un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions d'un milieu local. Ce processus vise l'amélioration des conditions de vie sur les plans social, culturel, économique et environnemental. » (Chavis, 2000).

Le développement des communautés repose sur un certain nombre de prémisses :

- « Favoriser la participation des individus et des communautés locales aux décisions et aux actions qui les concernent; Encourager le renforcement du pouvoir d'agir, c'est-à-dire reconnaître et développer le potentiel de leadership des personnes, des groupes et des communautés et reconnaître leur compétence à décider et à agir » (INSPQ, 2002, p.3) ;
L'expression *renforcement du pouvoir d'agir* des personnes et des collectivités « est privilégiée pour circonscrire la notion d' *empowerment* qui réfère à la possibilité pour les personnes ou les communautés de mieux contrôler leur vie, ou, de façon plus spécifique, à un processus caractérisé par l'exercice d'une plus grande maîtrise sur l'atteinte d'objectifs importants pour une personne, une organisation ou une communauté » (VALÉRIE ET LE BOSSÉ, 2006).
- « Agir en concertation et en partenariat dans la réalisation des projets liés au développement;
- Proposer et s'engager dans les interventions qui peuvent soutenir la lutte à la pauvreté et la réduction des inégalités;
- Travailler à l'harmonisation et à la promotion des politiques publiques favorables à la santé, qu'elles soient municipales, régionales ou nationales. » (INSPQ, *op.cit.*, p.3).

Le développement des communautés est donc une stratégie d'intervention collective qui place le territoire comme point de départ et d'ancrage à l'intervention et qui aborde les enjeux de la communauté dans leur globalité. Tous les acteurs de l'établissement peuvent y contribuer et inscrire leurs actions ou interventions selon les prémisses décrites ci-haut afin d'améliorer la santé et le bien-être de la population.

LA PARTICIPATION CITOYENNE

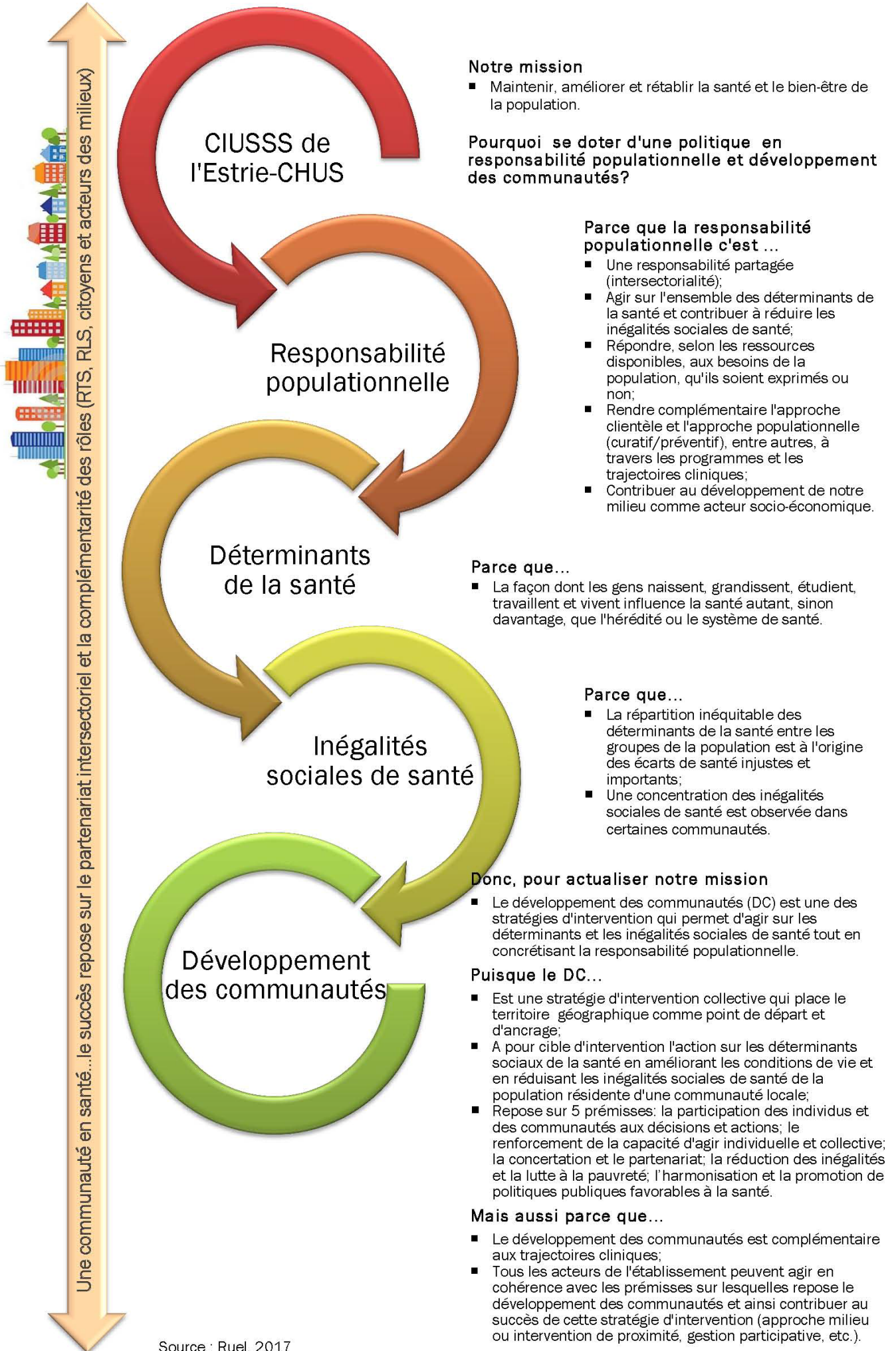
La responsabilité populationnelle et le développement des communautés supposent, entre autres, la participation active des citoyens des communautés locales. À cet égard, le CIUSSS de l'Estrie - CHUS est appelé à jouer un rôle d'influence et de meneur pour la mobilisation des partenaires du milieu et des citoyens afin que tous se sentent collectivement interpellés et concernés par la santé et le bien-être de l'ensemble de la population. À cet égard, l'établissement prône, encourage et soutien la participation citoyenne au sein de son RTS et ses RLS.

Définition :

« Un processus d'engagement obligatoire ou volontaire de personnes (agissant seules ou au sein d'une organisation) en vue d'influer sur une décision portant sur des choix significatifs qui toucheront leur société et leur communauté. À travers cette participation, les citoyens posent des actions (ponctuelles ou régulières, individuelles ou collectives) afin de transformer leur milieu en vue de l'améliorer. » (Tremblay, 2015, p.17).

⁴ Il est possible de consulter le Tableau des communautés de l'Estrie sur le site www.oedc.qc.ca

L'interdépendance entre la responsabilité populationnelle, les déterminants de la santé et le développement des communautés



4. Champs d'application

La politique s'applique à l'ensemble des acteurs du CIUSSS de l'Estrie - CHUS : membres du conseil d'administration, gestionnaires, personnel, médecins, chercheurs, stagiaires, membres des comités des usagers et des résidents, membres des fondations et bénévoles. Elle vise également à faire connaître les orientations de l'établissement aux partenaires du milieu et aux citoyens, leur permettant de s'associer au développement de l'ensemble des communautés locales des RLS et du RTS.

5. Cadre juridique

- QUÉBEC. *Loi sur les services de santé et les services sociaux, Chapitre S-4.2, à jour au 1^{er} novembre 2016*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 1971.
- QUÉBEC. *Loi sur la santé publique, Chapitre S-2.2, à jour au 1^{er} novembre 2016*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2001.
- QUÉBEC. *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences régionales, Chapitre O-7.2, à jour au 1^{er} novembre 2016*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2015.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2016). *Politique gouvernementale de prévention en santé*, Gouvernement du Québec, 98 pages.

6. Principes directeurs

Le CIUSSS de l'Estrie - CHUS réaffirme que le soutien en développement des communautés représente une stratégie hautement porteuse pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et ainsi améliorer l'état de santé et de bien-être de la population en assumant l'exercice de sa responsabilité populationnelle. Les principes directeurs doivent s'incarner à travers l'identité de l'établissement qui s'actualise par l'entremise de sa mission, ses valeurs, son modèle de performance, sa philosophie de gestion et son principe d'action qui est celui de la cohérence qui permet de trouver un sens commun pour guider les décisions et les actions à l'égard des personnes, de la population et des partenaires.

La présente politique s'appuie sur les principes directeurs suivants :

- LA MISE EN PLACE D'UNE **GOVERNANCE** QUI S'ADAPTE AUX BESOINS, CARACTERISTIQUES ET REALITES TERRITORIALES
 - Doter le CIUSSS de l'Estrie - CHUS d'une gouvernance qui lui permet d'assumer sa responsabilité populationnelle, qui est respectueuse des caractéristiques territoriales de chacun des RLS et qui favorise la participation active de groupes de citoyens incluant la participation des communautés linguistiques et culturelles du territoire;
 - Concevoir une offre de service et des mécanismes de gouvernance qui favorisent l'appropriation d'agir des individus, des groupes et des communautés locales;
 - Positionner l'équité territoriale, dans l'accès aux ressources et la distribution des services, au cœur des décisions organisationnelles;
 - Évaluer, de façon continue, la pertinence des décisions et des interventions relativement à la mise en œuvre de la politique et questionner, le cas échéant, ses propres choix et décisions organisationnelles.
- L'APPLICATION DU PRINCIPE DE **SUBSIDIARITE** AFIN DE DECIDER « POUR ET AVEC » LES PERSONNES, LES GROUPES ET LES COMMUNAUTES CONCERNEES
 - Préconiser une prise de décision à l'échelon le plus bas possible de la hiérarchie et déléguer les pouvoirs et les responsabilités au niveau approprié d'autorité afin de les rapprocher le plus possible des citoyens et des communautés directement concernées⁵.
- LE **RENFORCEMENT** DU ROLE DES RESEAUX LOCAUX DE SERVICES
 - Reconnaître et renforcer le rôle des RLS dans l'identification des préoccupations de santé et de bien-être et dans la recherche de solutions adaptées aux préoccupations locales;
 - Valoriser et déployer une offre de service adaptée à chacun des RLS qui favorise leur responsabilité dans l'animation de cette instance locale ainsi que la coordination et l'accessibilité des services, et ce, en respect et en cohérence avec les dynamiques et les préoccupations locales identifiées.
- L'**ACTION INTERSECTORIELLE** : UN INCONTOURNABLE POUR L'AMELIORATION DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE
 - Initier et participer aux démarches de partenariat et de concertation intersectorielle qui ont pour objet l'amélioration de la santé et du bien-être et qui contribuent à la réduction des inégalités sociales de santé;
 - Établir l'action intersectorielle sur les principes de responsabilité populationnelle, de développement des communautés locales et de participation citoyenne et particulièrement les citoyens les plus éprouvés par les inégalités sociales de santé;
 - Appuyer et privilégier une action intersectorielle qui prend en compte les déterminants de la santé et qui vise à modifier favorablement les comportements des personnes, les environnements et les conditions dans lesquelles elles vivent, travaillent et interagissent quotidiennement.

⁵ Adaptation de la Loi sur le développement durable (2006, p.3) et Deschênes, (1996, p.19).

- **L'ENGAGEMENT DE TOUS LES ACTEURS DE L'ÉTABLISSEMENT À L'ACTUALISATION DE LA POLITIQUE**
 - Miser sur l'acquisition et le maintien de compétences de même que sur des pratiques probantes et prometteuses afin d'outiller l'ensemble des acteurs du CIUSSS de l'Estrie - CHUS pour qu'ils prennent en compte et composent avec les changements épidémiologiques, socioculturels, technologiques et économiques auxquels les communautés locales et les populations font face;
 - Définir des indicateurs afin d'évaluer l'impact des activités du CIUSSS de l'Estrie - CHUS quant à la responsabilité populationnelle et le développement des communautés.
- **LE RENFORCEMENT DE LA CAPACITÉ D'AGIR DES INDIVIDUS, DES GROUPES ET DES COMMUNAUTÉS**
 - Agir pour et avec l'ensemble de la population, notamment les groupes vulnérables;
 - Encourager les personnes, les groupes et les communautés locales dans l'exercice de leurs compétences et dans leurs capacités à décider et à agir en fonction de leurs intérêts;
 - Reconnaître et soutenir le potentiel des personnes, des groupes et des communautés locales en vue d'acquies et développer de nouvelles compétences.

7. Rôles et responsabilités

CONSEIL D'ADMINISTRATION

- Adopte la politique;
- Veille à l'atteinte des objectifs fixés par la politique;
- Assure une vigie quant à la mise en œuvre et l'évaluation annuelle de la politique;
- Adopte les orientations stratégiques en matière de responsabilité populationnelle et de développement des communautés.

BUREAU DE DIRECTION

- Assure la cohérence et l'alignement des décisions liées aux opérations et à la transformation organisationnelle au regard de la responsabilité populationnelle et le rôle du CIUSSS de l'Estrie - CHUS dans le développement des communautés;
- Assume le leadership stratégique pour la mise en œuvre de la politique en assurant l'analyse de l'environnement interne et externe;
- Intègre les préoccupations stratégiques inter-programmes et inter-directions et recommande au conseil d'administration les orientations stratégiques en matière de responsabilité populationnelle et de développement des communautés;
- S'assure que la politique s'actualise en conformité avec l'identité du CIUSSS de l'Estrie - CHUS et que les actions déployées s'inscrivent dans les axes du cadre de gestion intégrée de la performance dont l'axe central est Agir pour et avec l'utilisateur, les proches et la population;
- Prend régulièrement acte de l'évolution de la mise en œuvre de la politique et propose des recommandations quant aux ajustements nécessaires permettant l'atteinte des objectifs;
- Supporte les directions dans l'actualisation de la politique;
- Promeut la politique auprès des partenaires du milieu (RLS et RTS).

COMITÉ DE DIRECTION

- Voit au respect de la politique et au renforcement d'une culture organisationnelle qui, d'une part, engage toutes les directions ainsi que les acteurs du CIUSSS de l'Estrie - CHUS (membres du conseil d'administration, gestionnaires, personnel, médecins, chercheurs, stagiaires, membres des comités des usagers et des résidents, membres des fondations et bénévoles) et d'autre part, qui favorise la complémentarité de l'approche clientèle et de l'approche populationnelle;
- Partage une vision commune des principaux enjeux organisationnels et de coordination des ressources spécifiquement sur l'environnement interne et le développement des communautés;
- S'assure de l'adéquation entre les besoins exprimés et non exprimés de la population et l'offre de soutien au développement et au bon fonctionnement du RTS et des RLS;
- Identifie les messages communs à porter dans toute l'organisation au regard de la responsabilité populationnelle et du rôle du CIUSSS de l'Estrie - CHUS dans le développement des communautés;
- Adopte le plan de mise en œuvre de la politique et veille à son suivi;
- Analyse et commente la performance de l'établissement sur la mise en œuvre de la présente politique et recommande des solutions aux enjeux identifiés.

DIRECTION DE LA COORDINATION DES PARTENARIATS DANS LA COMMUNAUTÉ ET DU SOUTIEN AUX TRAJECTOIRES DE SOINS ET SERVICES

- Assume le leadership tactique et opérationnel pour la mise en œuvre de la politique ainsi que du cadre de gestion assurant la coordination et le soutien à l'animation des RLS au sein du RTS;
- Prévoit des mécanismes de suivis, pertinents et représentatifs des parties prenantes pour les fins suivantes :
 - Assurer le pilotage de l'implantation de la politique;
 - Voir à l'élaboration d'un plan d'action soutenant la mise en œuvre de la politique et favoriser son actualisation au sein des divers services et programmes notamment par l'entremise du soutien aux services transversaux tels que :
 - ⇒ Les services régionaux d'activités communautaires et d'économie sociale;
 - ⇒ Les services de soutien aux partenariats et aux trajectoires cliniques;
 - ⇒ Les services d'animation des RLS et du RTS.

- S'assurer qu'une-évaluation de la mise en œuvre de la politique, incluant la définition d'indicateurs d'impacts des activités du CIUSSS de l'Estrie - CHUS quant à la responsabilité populationnelle et le développement des communautés, soit réalisée annuellement;
- Veiller à l'évolution des connaissances et des bonnes pratiques en responsabilité populationnelle et en développement des communautés au sein du personnel;
- Faire rapport de l'évolution de la mise en œuvre de la politique au conseil d'administration, au bureau de direction et à la population;
- Faire connaître le positionnement du CIUSSS de l'Estrie - CHUS en matière de responsabilité populationnelle et développement des communautés auprès des partenaires du milieu.

DIRECTIONS CLINIQUES ET ADMINISTRATIVES

- Intègrent les objectifs de la politique dans les différents services de leur direction;
- Soutiennent l'engagement des membres de leur équipe dans la mise en œuvre et l'évaluation de la politique dans la perspective d'un réseau apprenant;
- Mettent en place les conditions nécessaires afin de favoriser et soutenir le déploiement de l'approche-milieu (ou intervention de proximité) comme stratégie d'intervention individuelle permettant d'agir sur les inégalités sociales de santé et de s'inscrire dans le développement des communautés;
- Favorisent les liens avec les partenaires des RLS et du RTS en privilégiant les dispositifs ci-dessous :
 - Prendre part aux instances de concertations sectorielles et intersectorielles qui permettent une participation à l'analyse de santé et bien-être de la population et d'agir sur les déterminants de santé;
 - Coordonner, avec les partenaires de la communauté, l'offre de service à la population;
 - Contribuer au succès de partenariats gagnants-gagnants qui permettent d'améliorer l'accès, la continuité, l'adaptation aux besoins ainsi que la qualité et la sécurité d'une gamme étendue de soins et services;
 - S'engager dans des partenariats gagnants-gagnants qui permettent d'optimiser les ressources.
- Contribuent au développement social et économique de chacun des territoires de RLS et du RTS en ayant recours à des stratégies variées telles :
 - Favoriser l'achat et l'embauche locale au sein des RLS;
 - Contribuer à l'insertion en emploi de personnes vulnérables;
 - Se doter de politiques de gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles qui favorisent le développement des communautés;
 - Encourager et favoriser l'engagement social des employés du CIUSSS de l'Estrie - CHUS.
- Fournissent les données qui contribuent à la production de portraits populationnels à l'échelle des RLS ou des communautés locales afin de soutenir la priorisation des territoires d'intervention, d'identifier les enjeux liés aux inégalités sociales de santé et ainsi développer des interventions adaptées;
- Élaborent une offre de service personnalisés d'accompagnement des acteurs de l'établissement au regard de l'exercice de la responsabilité populationnelle et du soutien au développement des communautés.

GESTIONNAIRES

- Contribuent à la mise en œuvre et à l'évaluation de la politique dans leurs services et programmes respectifs;
- Coordonnent, en collaboration avec les partenaires des communautés locales (incluant ceux ayant une mission régionale), l'offre de service de leur RLS;
- Initient et s'impliquent dans les concertations intersectorielles, lorsque pertinent;
- Soutiennent l'appropriation, auprès des membres de leur équipe, de connaissances sur les communautés locales dans lesquelles ils interviennent (dynamiques, enjeux, potentiels, statistiques, etc.) ainsi que sur les ressources disponibles;
- Initient et soutiennent les transformations organisationnelles qui permettent d'atteindre les visées suivantes :
 - Adapter les services aux besoins de soins et de services qui sont exprimés ainsi que les besoins non exprimés de santé et de bien-être;
 - Optimiser l'expérience de soins et les actions sur les déterminants de la santé;
 - Opérationnaliser une offre de service qui intègre l'approche-milieu (ou intervention de proximité);
 - Adopter une approche de collaboration respectueuse de la mission et des façons de faire des partenaires des communautés locales;
 - Accroître le travail en réseau avec les partenaires des communautés locales;
 - Planifier une offre de service complémentaire aux services dispensés par les partenaires des communautés locales qui interviennent au sein de chacun des RLS (incluant ceux ayant une mission régionale);
 - Convenir, élaborer et concrétiser des ententes de collaborations avec les partenaires des communautés locales au sein de chacun des RLS (incluant ceux ayant une mission régionale) et assurer le respect des engagements de l'établissement.
- Alimentent les instances hiérarchiques supérieures en vue d'influencer une offre de service qui considère les enjeux locaux et les potentialités territoriales pour chacun des RLS;
- Sollicitent et reconnaissent le savoir expérientiel des intervenants quant aux réalités des populations et des territoires locaux, mais aussi quant aux actions à instaurer en vue d'améliorer l'accès, la qualité et l'adaptation des services aux réalités territoriales.

PERSONNEL ET MEDECINS⁶

- Mettent à profit leurs savoir, savoir-faire et savoir-être au service du travail en complémentarité, tant à l'interne avec les différentes professions et les différentes équipes, qu'avec les partenaires des communautés locales, afin de construire un continuum de services accessibles, de qualité et adapté aux besoins, exprimés ou non, de la population;
- Informent et sensibilisent leurs collègues et leur gestionnaire quant aux conditions de vie des populations desservies, aux actions à déployer dans la communauté et aux rôles que peuvent jouer leur organisation dans les communautés locales;
- Valorisent la participation citoyenne et le renforcement de la capacité d'agir des individus, des groupes et des communautés locales;
- Connaissent les services et activités offerts par les partenaires des communautés locales, y référer et y accompagner les personnes pour favoriser leur participation;
- Entretiennent, lorsque pertinent, des liens personnalisés avec les partenaires, en participant à des événements communautaires, en mettant à profit leurs connaissances dans la communauté et en participant à des instances de concertation.

COMITES DES USAGERS ET DES RESIDENTS

- Assurent le rôle de porte-parole des utilisateurs de services auprès des instances du CIUSSS de l'Estrie – CHUS;
- Veillent à la qualité, la sécurité, l'adaptation aux besoins et à l'équité territoriale dans l'accès aux soins et services afin que les utilisateurs actuels ou futurs soient traités dans le respect de leur dignité, de leur droits et libertés;
- Travaillent à promouvoir l'amélioration des conditions de vie des personnes hébergées;
- Collaborent à l'actualisation de la mise en œuvre de la politique selon leur rôle et responsabilité.

FONDATEMENTS

- Soutiennent le financement ou la réalisation de projets qui sont favorables au développement des communautés locales au sein de chacun des RLS;
- Collaborent à l'actualisation de la mise en œuvre de la politique selon leur rôle et leurs responsabilités.

8. Ouvrages consultés

- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE CHAUDIÈRE-APPALACHES (2014). *Stratégie sur l'approche populationnelle et le soutien à l'exercice de la responsabilité populationnelle*, Sainte-Marie, 21 pages.
- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Déterminants sociaux de la santé*, [En ligne], <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/fr/public-health-topics/social-determinants-of-health/> (Consulté le 30 janvier 2017).
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE (2007). *Pour des communautés en santé : des environnements sociaux solidaires*, Longueuil, 55 pages.
- AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX MONTRÉAL. *Inégaux*, [Vidéo en ligne], [www.santemontreal.ca] (Consulté 17 octobre 2014).
- BOURQUE, Denis (2008). *Concertation et partenariat; entre levier et piège du développement des communautés*, Presses de l'Université du Québec, Québec, 142 pages.
- BRAVEMAN, Paula, Susan EGERTER et David R. WILLIAMS (2011). "The Social Determinants of Health: Coming of Age", *Ann.Rev.Public Health*, Harvard University, Californie, p.381- 392.
- CHAVIS, David M. (2000). "Mobilising for Community; Capacity Building". Présentation au LAREHS. Université du Québec à Montréal.
- CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE – CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE. *Plan d'organisation 2015-2017 du CIUSSS de l'Estrie – CHUS*. [En ligne] [http://www.santeestrie.qc.ca/clients/CIUSSSE_CHUS/Notre_CIUSSS/Documents_divers/Planorganisation_15-17_2juin2016_br.pdf] (Consulté en octobre 2016).
- CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA POMMERAIE (2010), *Politique de développement des communautés*, 5 pages.
- CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA VIEILLE-CAPITALE (2012), *Politique de développement des communautés*, 11 pages.
- CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE SAINT-JEROME (2015), *Politique de soutien au développement des communautés*, 10 pages.
- CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA REGION DE THETFORD 2013). *Cadre de référence en matière de responsabilité populationnelle*, 18 pages.
- CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MONTMAGNY-L'ISLET (2012). *Politique en développement des communautés*, 7 pages.
- CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU VAL SAINT-FRANÇOIS (2015). *Politique de développement des communautés*, 6 pages.
- CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MEMPHRÉMAGOG (2011). *Politique concernant le rôle du CSSSM en développement des communautés*, 6 pages.

⁶ Plusieurs rôles et responsabilités présentés pour les employés reprennent ou s'inspirent d'énoncés du Plan d'action régional de santé publique de l'Estrie 2016-2020, page 4.

- GUICHARD, A., RIDDE, V., NOUR, K. et LAFONTAINE, G. (2015). *REFLEX-ISS – Outils de réflexion pour mieux prendre en considération les inégalités sociales de santé*, Longueuil, CIUSSS de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique de la Montérégie, 28 pages.
- DEMERS, Louis. *L'avenir de la gouvernance du système sociosanitaire québécois : le pari d'une réelle subsidiarité*, Le Point en administration de la santé et des services sociaux, Vol. 9, no.1, 2013.
- DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE (2016). *Plan d'action régional de santé publique 2016-2020* : CIUSSS de l'Estrie - CHUS, Sherbrooke, 86 pages.
- HYPOLITE, S.-R (2012). *Comprendre et agir autrement pour viser l'équité en santé dans la région de la Capitale-Nationale*, Rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé 2012, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Québec, Direction régionale de santé publique, 161 pages.
- INITIATIVE SUR LE PARTAGE DES CONNAISSANCE ET LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES (2015). *Se positionner comme CISSS/CIUSSS pour soutenir le développement des communautés*. Gouvernement du Québec, Québec, 12 pages.
- INITIATIVES SUR LE PARTAGE DES CONNAISSANCES ET LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES (2015). *Maîtriser les concepts, fondements et principes d'actions de la stratégie de soutien au développement de communauté en santé*, 10 pages.
- INITIATIVE SUR LE PARTAGE DES CONNAISSANCE ET LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES (2013). *La responsabilité populationnelle : des changements organisationnels à gérer en réseau : un guide de gestion du changement en faveur de la responsabilité populationnelle*, 77 pages.
- INITIATIVE SUR LE PARTAGE DES CONNAISSANCE ET LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES (2013). *La responsabilité populationnelle et le travail en réseau local de services au cœur des décisions du conseil d'administration d'un CSSS*, Québec, 59 pages.
- INITIATIVE SUR LE PARTAGE DES CONNAISSANCE ET LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES (2012). *Référentiel de compétences pour relever le défi de l'exercice de la responsabilité populationnelle à l'intention des CSSS et de leurs partenaires*, [En ligne] [http://www.ipcdc.qc.ca/sites/default/files/files/Referentiel%20RP_version_%20finale_2012-11-26.pdf] (Consulté en octobre 2016).
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (modifiée le 07/14/2016) [En ligne] [<https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-de-la-sante>] (Consulté le 31 janvier 2017).
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2014). *Politiques publiques et santé. avenues politiques : intervenir pour réduire les inégalités sociales de santé*. Gouvernement du Québec, Québec, 40 pages.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2013). *Suivre les inégalités sociales de santé au Québec : une stratégie et des indicateurs pour la surveillance de inégalités sociales de santé au Québec*, Québec, 79 pages.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2002). *La santé des communautés : perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*. Gouvernement du Québec, Québec, 49 pages.
- MIKKONEN, J. et RAPHAEL, D. (2011). *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*. Toronto, École de gestion et de politique de la santé de l'Université York, Cité dans INSPQ, (modifiée le 07/14/2016 - 11:23) [en ligne] [<https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-de-la-sante>] (Consulté le 31 janvier 2017).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2016). *La santé, autrement dit...Pour espérer vivre plus longtemps et en meilleure santé*. Gouvernement du Québec, 21 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2016). *Politique gouvernementale de prévention en santé. Un projet d'envergure pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population*, Gouvernement du Québec, 98 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2016). *Politique gouvernementale de prévention en santé*, Gouvernement du Québec ; document synthèse 16-297-09W, 1 page.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2015). *Programme national de santé publique 2015-2025*, Gouvernement du Québec, 85 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012). *La santé et ses déterminants : mieux comprendre pour mieux agir*, Gouvernement du Québec, 24 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012). *Bilan de l'Événement national sur la responsabilité populationnelle*, Québec, Gouvernement du Québec, document inédit, 30 pages. Cité dans OQRLS, IPCDC et MSSS (2013). *Innover dans l'action. Guide pratique sur l'animation des réseaux locaux de services*. Québec, 18 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2012). *Cadre de référence pour la prévention et la gestion des maladies chroniques physiques de première ligne*. [En ligne] [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-942-01F.pdf>] (Consulté le 9 février 2017).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010). *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, Produire la santé*, 120 pages.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010). *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : résultat d'une réflexion commune*, Québec, 29 pages.

- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005). *Rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, Produire la santé, 120 pages*. Cité dans INSPQ, (modifiée le 07/14/2016 - 11:23) [En ligne] [<https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/determinants-de-la-sante>] (Consulté le 31 janvier 2017).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004). *Projet clinique ; cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux*, Québec, 71 pages.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2009a). *Déterminants sociaux de la santé*, [En ligne] [http://www.who.int/social_determinants/fr/] Organisation mondiale de la Santé. The Determinants of Health: Introduction, (Consulté le 15 octobre 2009).
- OBSERVATOIRE QUÉBÉCOIS DES RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES (2013). *Innover dans l'action ; guide pratique sur l'animation des réseaux locaux de services*, 18 pages.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, COMMISSION DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ (2009). *Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux : rapport final de la Commission des Déterminants sociaux de la Santé*, Genève, Suisse, 246 pages [En ligne] [http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/key_concepts/fr/] (Consulté le 12 janvier 2017).
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Glossaire de la promotion de la santé*, Division de la promotion, de la communication pour la santé, service éducation sanitaire et promotion de la santé, Genève, 1999, 25 p., cité dans cadre conceptuelle de la santé. [En ligne] [http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1_fre.pdf].
- PAQUETTE, J., LECLERC, B-S. et BOURQUE, S. (2014). *La santé dans tous ces états : les déterminants sociaux de la santé. Trousse pédagogique*, CSSS de Bordeaux-Cartierville – Laurent-CAU, Montréal, 28 pages.
- QUÉBEC. *Loi sur le développement durable, chapitre D-8.1.1, à jour au 1^{er} novembre 2016*, [Québec], Éditeur officiel du Québec, 2006.
- REGROUPEMENT PROVINCIAL DES COMITÉS DES USAGERS. *Comités des usagers et de résidents. Exercer ses fonctions*. [En ligne] [<http://www.rpcu.qc.ca/fr/exercer-ses-fonctionsCU.aspx>] (Consulté le 8 février 2017).
- ROY, Denis A, LITVAK, E. et PACCAUD, Fred. (2010). *Des réseaux responsables de leur population : moderniser la gestion et la gouvernance en santé*. Montréal, Québec, Canada : Le point en administration de la santé et des services sociaux, 198 pages.
- RUEL, Maryse (2017). *L'interdépendance entre la responsabilité populationnelle, les déterminants de la santé et le développement des communautés*, Direction de santé publique, CIUSSS de l'Estrie – CHUS, Sherbrooke, 1 page.
- TREMBLAY, Jean (2015). *Glossaire Stratégie de soutien au développement des communautés*, IPCDC, version du 14 janvier 2015, 20 pages.
- UNIVERSITÉ LAVAL (2013). *L'imputabilité sociale et le professionnalisme : cadre de référence facultaire*, Conseil de la Faculté de médecine, 15 pages.
- VALLERIE, B. et LE BOSSÉ, Y. (2006). *Le développement du pouvoir d'agir (empowerment) des personnes et des collectivités : de son expérimentation à son enseignement*, Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle, Travail social 1 – Intervention sociale : nouveaux défis, nouvelles réponses, vol. 39, n° 3, pp. 87-100. [En ligne] [<https://www.cairn.info/revue-les-sciences-de-l-education-pour-l-ere-nouvelle-2006-3-page-87.htm#no3>] (Consulté le 3 avril 2017).

9. Historique et cheminement

9.1 Version actuelle

Nom, fonction, service ou direction ou instance (ordre alphabétique de nom)	Description des activités de révisions majeures, de consultation, d'adoption, de publication et de diffusion (par ordre chronologique – la plus récente à la fin du tableau)	Date ou période
■	■	
■ Donald Massicotte, Directeur adjoint du programme de santé publique et des partenariats, mandataire	■ Formation d'un groupe conseil pour rédiger un projet de politique	2016-09-01 à 2017-01-30
■ Conseil d'administration du CIUSSS de l'Estrie-CHUS	■ Résolution confiant le mandat d'élaborer une politique en matière de Responsabilité populationnelle et développement des communautés	2016-03-10

9.2 Historique des versions antérieures adoptées

La présente politique remplace celle des établissements fusionnés du CIUSSS de l'Estrie – CHUS portant sur le même sujet.

ANNEXE(S)

Liste des annexes

Annexe A - Définitions complémentaires..... 13
Annexe B - Schéma I..... 16

SANTÉ

Au Québec, il est d'usage de définir la santé de façon beaucoup plus large et positive que par la simple absence de maladie ou d'incapacité. On la présente ainsi dans l'article 1 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux: «[...] la capacité physique, psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie».

« Cette définition englobe la santé physique, la santé mentale et la santé psychosociale, trois dimensions indissociables. Elle inclut aussi le bien-être de la personne. La santé est également associée à la notion de «qualité de vie», laquelle sous-tend l'idée d'un équilibre entre les besoins de la personne, d'une part, et les ressources et les moyens dont elle dispose pour les satisfaire, d'autre part. Ces derniers sont fortement influencés par les environnements physique, économique, politique et socioculturel dans lesquels elle vit, et inversement. » (MSSS, 2016, p.3).

DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Les déterminants de la santé peuvent se définir comme l'ensemble des « facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations » (OMS 1999, p.25, cité dans MSSSQ, 2010, p.6). Ces facteurs influencent la santé et le bien-être soit directement, soit par leur effet sur un comportement ou une décision qui aura des retombées sur la santé des individus ou d'une population, et ils interagissent aussi entre eux.

Les déterminants sont habituellement regroupés en 4 grandes catégories de facteurs (adapté de Mikkonen, J. et D. Raphaël (2011) et MSSS (2012), MSSS (2016) :

- Environnement socio-économique : facteurs sociaux, politiques, culturels, milieux de vie et de travail tels que le filet de sécurité sociale, le réseau de soutien social, l'emploi et les conditions de travail, l'éducation, le revenu, l'insécurité alimentaire, le transport;
- Système de santé et de services sociaux : accessibilité, qualité et continuité des services, continuum d'action pour promouvoir, prévenir, guérir et soutenir;
- Environnement physique : facteurs climatiques ou géographiques, qualité de l'air et de l'eau, logement, aménagement du territoire;
- Caractéristiques individuelles : prédispositions génétiques et biologiques, genre, âge, origine ethnique, aptitudes, habitudes de vie.

Comme stratégie d'amélioration de la santé, nous avons souvent tendance à privilégier les actions sur le système de soins. Or, les recherches démontrent que l'impact de ce dernier sur la santé est limité par rapport à celui d'autres facteurs, comme l'environnement social et économique des individus, tel qu'illustré dans le graphique ci-dessous :

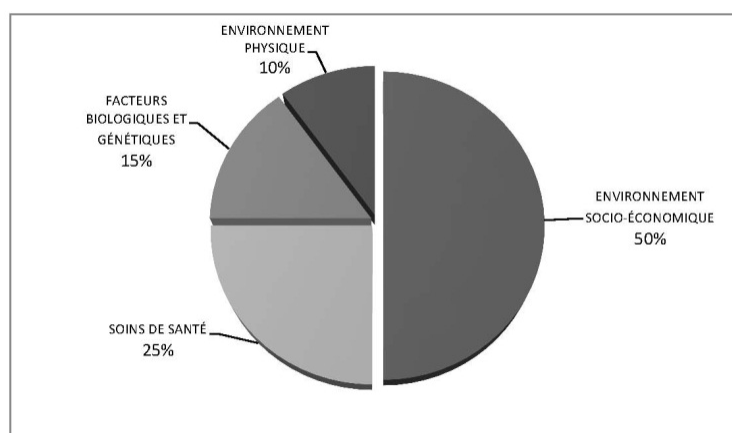


Figure 1 : Impact estimé des déterminants de santé sur l'état de santé et de bien-être de la population.

Source : Canadian Institute for Advanced Research cité dans INSPQ, 2016

LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

« Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie, ces circonstances étant déterminées par plusieurs forces: l'économie, les politiques sociales et la politique. » (IPCCD, 2015, p.8).

Une diversité de déterminants influe sur l'état de santé de la population sur différents plans comme le démontre la figure 2. Les déterminants sociaux correspondent aux milieux de vie, aux systèmes et au contexte globale.

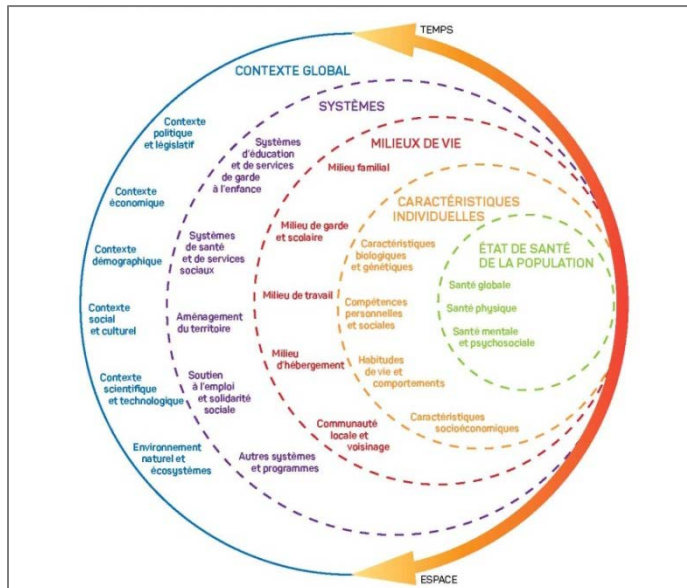


Figure 2 : Carte de la santé et de ses déterminants

Source : MSSS, 2016, p.4.

Deux exemples des déterminants sociaux sur la santé :

« Le fait d'être sans emploi engendre la défavorisation matérielle et sociale ainsi qu'une diminution de l'estime de soi, du stress, des problèmes de santé physique et mentale tels que la dépression et l'anxiété, et un taux de suicide plus élevé. Il augmente le risque d'habitude de vies malsaines (ex : tabagisme, alcoolisme), d'influence négative sur les relations personnelles, sur l'efficacité parentale et sur le comportement des enfants;

Un logement insalubre présente un risque pour la santé des personnes et sur le développement des enfants. Le coût élevé du logement réduit la disponibilité des ressources pour se procurer d'autres biens essentiels. Les fréquents déménagements occasionnés par la recherche d'un logement plus abordable ou convenable érodent les liens sociaux des ménages. » (IPCDC, 2015, p.10).

INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

« Il s'agit des disparités observées dans la relation entre l'état de santé et l'appartenance à un groupe social. Ces écarts peuvent être définis par différents critères (revenu, scolarité, emploi, sexe, origine ethnique, présence de limitations fonctionnelles, orientation sexuelle, territoire). Elles existent à plusieurs échelles, tant au plan mondial et national, qu'au plan régional et local. Ces différences systématiques de santé sont évitables. » (IPCDC, 2015 : 13).

POUVOIR D'AGIR

« L'expression « développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités » est privilégiée pour circonscrire la notion d'« empowerment » qui réfère à la possibilité pour les personnes ou les communautés de mieux contrôler leur vie, ou, de façon plus spécifique, à un processus caractérisé par l'exercice d'une plus grande maîtrise sur l'atteinte d'objectifs importants pour une personne, une organisation ou une communauté » (VALÉRIE ET LE BOSSÉ, 2006).

Le pouvoir d'agir repose ainsi sur « la reconnaissance de la compétence et des capacités des acteurs impliqués de choisir, de décider et d'agir [...]. L'intervention encourageant le pouvoir d'agir reconnaît et développe le potentiel de leadership des personnes, des groupes et des communautés afin qu'ils deviennent des acteurs qui participent activement à l'élaboration ou au déploiement d'un projet. Elle veut augmenter la capacité d'agir pour et par soi-même des personnes et des communautés qui ne possèdent pas cette capacité ou que ne croient pas la posséder » (IPCDC, 2015 :11).

INTERSECTORIALITÉ

« Un processus réunissant des acteurs issus de plusieurs secteurs (et aux logiques différentes) mettant en commun leurs ressources afin d'agir sur une situation complexe qu'ils ne peuvent maîtriser seuls. Le partenariat intersectoriel n'est pas là pour réaliser des activités en fonction d'orientations décidées pas un seul acteur. Cela suppose que les organisations acceptent de s'inter-influencer et d'apporter leurs propres contributions à une démarche commune.

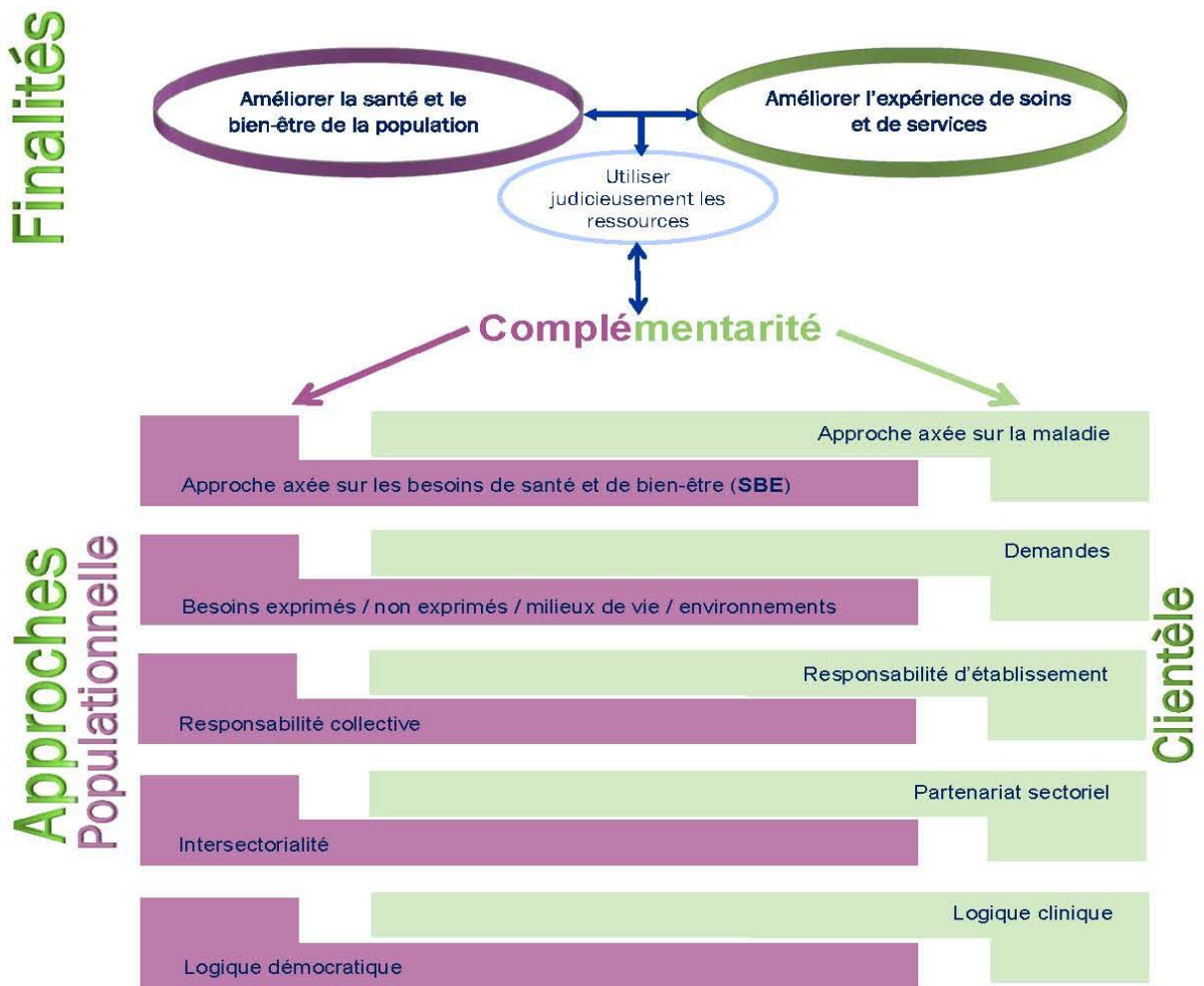
Pour améliorer les conditions de vie dans les communautés, les organisations de santé et de services sociaux doivent favoriser l'engagement des acteurs de plusieurs secteurs d'activité (monde municipal, emploi, éducation, sécurité publique, etc.). » (Tremblay, 2015, p.14).

« De plus, ces acteurs proviennent également de différents secteurs entendus cette fois comme étant les secteurs publics, communautaires ou privés. » (Bourque, 2008, p.21).

APPROCHE-MILIEU (OU INTERVENTION DE PROXIMITÉ)

« L'approche-milieu offre des services décentralisés et territorialisés dans lequel le milieu (communauté, quartier, école, etc.) devient le principal lieu de pratique des intervenants. Au lieu de cibler des usagers individuels et de tenter de mobiliser leur réseau social comme le fait l'intervention de réseau, l'approche milieu cible l'aide de proximité qui existe dans la communauté locale. Avec l'approche-milieu, on vise une façon plus proactive d'intervenir, en allant vers les personnes susceptibles de développer des problèmes de santé. Cette approche vise une prise de contact précoce avec les réseaux sociaux afin de pouvoir intervenir auprès d'eux avant qu'une demande formelle d'aide soit faite pour un proche. Cette approche s'articule autour : d'une plus grande visibilité des intervenantes professionnelles dans les communautés, d'une plus grande accessibilité et d'une plus grande proximité entre ces intervenantes et les citoyens, une disponibilité accrues des intervenants ainsi que l'établissement de liens significatifs avec les résidents du milieu visé. » (Tremblay, 2015, p.3).

Illustration de la complémentarité de l'approche populationnelle et l'approche clientèle



Source : Adaptation du cadre de la triple Finalité (Fondation canadienne de recherche en santé 2010) et Rochon, Jean et al (IPDCD, 2010)