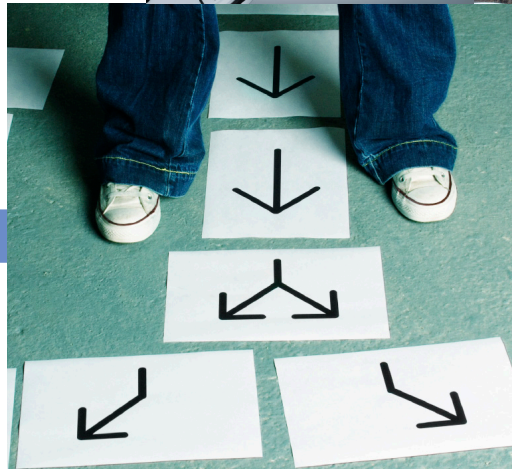
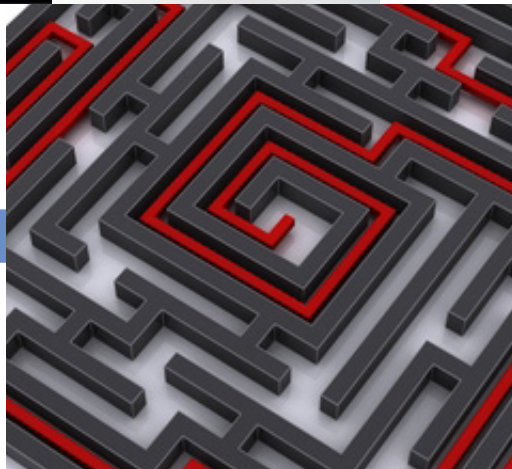
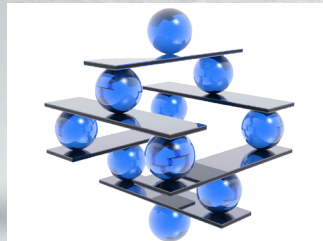
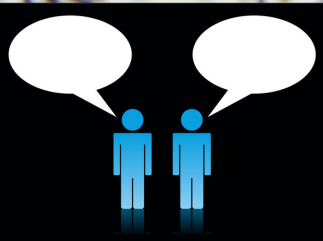
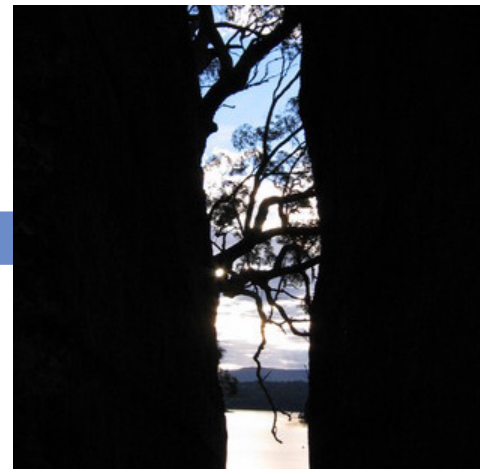


PLANIF-ISS

Mieux planifier pour réduire les iniquités en santé

Guide de l'accompagnateur



Le guide de l'accompagnateur visant à *Mieux planifier pour réduire les iniquités de santé* a été élaboré 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.

Sous la direction de

Martine Bouchard, directrice générale adjointe au soutien, administration et performance et directrice qualité, évaluation, performance et éthique, CISSS de la Montérégie-Est

Ginette Lafontaine, adjointe à la planification, l'évaluation et la recherche
Direction de santé publique de la Montérégie, CISSS de la Montérégie-Centre

Julie Loslier, médecin-conseil
Direction de santé publique de la Montérégie, CISSS de la Montérégie-Centre

Kareen Nour, chercheure
Direction de santé publique de la Montérégie, CISSS de la Montérégie-Centre

Rédaction

Mariève Lafontaine-Messier, courtière de connaissances, CISSS de la Montérégie-Est

Sarah Dutilly-Simard, agente de planification, programmation et recherche, Direction de santé publique de la Montérégie, CISSS de la Montérégie-Centre

Ce document est disponible en version électronique sur l'extranet de l'Agence
www.extranet.santemonteregie.qc.ca, section santé publique

Reproduction ou téléchargement autorisés à des fins non commerciales avec mention de la source :
LAFONTAINE-MESSIER, M. et DUTILLY-SIMARD, S. *Mieux planifier pour réduire les iniquités de santé – Guide de l'accompagnateur*. Sous la direction de BOUCHARD, M., LAFONTAINE, G., LOSLIER, J. et NOUR, K. Longueuil, Direction de santé publique de la Montérégie, CISSS de la Montérégie-Centre et CISSS de la Montérégie-Est, 2015, 20 p. et annexes.

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015

ISBN : 978-2-89342-673-0 (version imprimée)

ISBN : 978-2-89342-674-7 (PDF)

© Tous droits réservés

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre et Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est, année 2015.

Table des matières

Introduction	5
Section 1 - Étapes préalables aux ateliers	6
Impliquer les personnes directement touchées par les ISS et leurs représentants.....	7
A – Recruter, au sein du Comité MC, des représentants des usagers en situation de pauvreté et des intervenants terrain travaillant auprès d’eux.....	7
B – Réaliser une étude des besoins des PESP au regard des services de santé et des services sociaux.....	8
Accompagner le Comité dans la compréhension de son rôle face à la réduction des ISS	9
A – Clarifier le mandat du Comité	9
B – Évaluer l’actualisation de la responsabilité populationnelle dans la planification antérieure.....	9
Développer et adapter les outils qui seront utilisés pendant les ateliers.....	10
A – Un portrait socio-économique et sanitaire des populations du territoire	10
B – Un profil de consommation des services en maladies chroniques sur le territoire.....	11
C – Une cartographie des services en maladies chroniques sur le territoire.....	12
D – Une sélection d’images pour le « Photovoix ».....	13
E – Un outil de planification des actions centrées sur la réduction des ISS.....	13
F – Un recueil de pratiques prometteuses pour contribuer à la réduction des ISS en MC.....	14
G – Des napperons de planification	14
H – Un questionnaire d’appréciation pour chacun des trois ateliers	14
Section 2 - Contenu des ateliers	15
Atelier 1 - Favoriser la prise de conscience concernant l’importance et l’urgence d’agir pour réduire les ISS.....	16
Atelier 2 - Sensibiliser les participants sur les meilleures pratiques de planification considérant spécifiquement les ISS	17
Atelier 3 - Mettre en application les acquis des deux premiers ateliers	18
Section 3 - Évaluation	19
Annexes	20
Annexe 1 Aide-mémoire pour la formation des représentants des usagers – lignes directrices pour favoriser leur participation aux ateliers	
Annexe 2 Guide pour le déroulement des groupes de discussion (<i>focus groups</i>)	
Annexe 3 Proposition de mandat pour le Comité MC	
Annexe 4 Outil d’autoévaluation de l’actualisation de la responsabilité populationnelle	
Annexe 5 Portrait – données socio-économiques et sanitaires sur le territoire du RLS Pierre-De Saurel	
Annexe 6 Profil de consommation des services en maladies chroniques sur le territoire du RLS Pierre-De Saurel	
Annexe 7 Cartographie des services en maladies chroniques sur le territoire du RLS Pierre-De Saurel	
Annexe 8 Photovoix – quelques exemples d’images	



- [Annexe 9](#) Outil de planification des actions centrées sur la réduction des inégalités sociales de santé
- [Annexe 10](#) Recueil de pratiques prometteuses pour contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé en maladies chroniques
- [Annexe 11](#) Napperons de planification
- [Annexe 12](#) Questionnaires d'appréciation des ateliers
- [Annexe 13](#) Guide d'entrevue individuelle

INTRODUCTION



Les inégalités sociales de santé (ISS) sont toujours très réelles dans nos sociétés. En 2014, lors d'une rencontre de la Table de coordination régionale en santé publique de la Montérégie, les gestionnaires ont exprimé le besoin d'agir davantage sur les ISS. Ils admettent que malgré une reconnaissance de cette problématique et un engagement régional à cet égard (Plan d'action régional de santé publique 2013-2015), il leur est difficile de positionner les ISS dans les différents processus d'intervention, tant lors de leur planification que lors de leur mise en œuvre et leur évaluation.

Quatre principales causes professionnelles ont été retenues pour expliquer de telles lacunes :

1. Manque de connaissances sur les caractéristiques des personnes en situation de pauvreté (PESP), leurs besoins et leurs profils d'utilisation de services;
2. Manque de compétences sur les meilleures pratiques de planification des services actualisant la responsabilité populationnelle, dont la prise en compte des ISS;
3. Manque de connaissances sur les meilleures pratiques pour réduire les ISS;
4. Absence, dans les valeurs/attitudes des comités de travail, de la préoccupation de cibler particulièrement les ISS dans la planification des services.

L'objectif du processus d'accompagnement est de favoriser l'inclusion d'interventions pour atténuer les ISS dans les plans d'action et les stratégies concertées des organisations offrant des services en maladies chroniques. Il s'articule autour de l'organisation de trois ateliers conduits auprès des professionnels et des gestionnaires associés au processus de planification ainsi qu'autour d'activités exécutées préalablement à ces ateliers pour assurer l'atteinte de l'objectif poursuivi.

Ce **Guide de l'accompagnateur** décrit le travail à réaliser pour favoriser le succès d'un tel processus d'accompagnement.

Le processus d'accompagnement décrit dans ce document reflète l'expérience réalisée dans le cadre du projet FORCES¹ des auteures Mieux planifier pour réduire les iniquités de santé. Dans le cadre de ce projet, la problématique des maladies chroniques (MC) a été retenue compte tenu de l'ampleur des ISS qui la caractérise et de son impact important sur les services de santé.



SECTION 1 Étapes préalables aux ateliers

Dans le cas décrit dans le présent document, le processus d'accompagnement a été réalisé et évalué auprès du Comité de coordination local en MC, qui a pour mandat d'améliorer la prévention et la gestion des MC sur le territoire du RLS Pierre-De Saurel en agissant sur l'ensemble du continuum de services. À l'amorce du projet, ce comité (Comité MC) était composé de gestionnaires clinico-administratifs du RLS et de deux médecins.

Le succès d'un processus d'accompagnement dépend de la qualité de sa préparation. De ce fait, avant le premier atelier, une série d'actions préparatoires ont dû être réalisées :

- 1. Impliquer les personnes directement touchées par les ISS et leurs représentants :**
 - A - Recruter, au sein du Comité MC, des représentants des usagers en situation de pauvreté et des intervenants terrain travaillant auprès d'eux;
 - B - Réaliser une étude des besoins des PESP au regard des services de santé et des services sociaux.

- 2. Accompagner le Comité dans la compréhension de son rôle par rapport à la réduction des ISS :**
 - A - Clarifier le mandat du Comité;
 - B - Évaluer l'actualisation de la responsabilité populationnelle dans la planification antérieure.

- 3. Développer et adapter les outils qui seront utilisés pendant les ateliers :**
 - A. Un portrait socio-économique et sanitaire des populations du territoire;
 - B. Un profil de consommation des services en maladies chroniques sur le territoire;
 - C. Une cartographie des services en maladies chroniques sur le territoire;
 - D. Une sélection d'images pour le « Photovoix »;
 - E. Un outil de planification des actions centrées sur la réduction des ISS;
 - F. Un recueil de pratiques prometteuses pour contribuer à la réduction des ISS en MC;
 - G. Des napperons de planification;
 - H. Un questionnaire d'appréciation pour chacun des trois ateliers.

1 Impliquer les personnes directement touchées par les ISS et leurs représentants

Une situation d'inégalités ne peut être adéquatement comprise que si le point de vue de ceux et celles qui sont directement touché(e)s est pris en compte. Leur implication dans le processus d'identification des ISS et des pistes d'actions à prioriser pour les réduire permet d'aborder la problématique sous un angle plus personnel et est essentielle pour que les services soient mieux adaptés à leur situation.

Parallèlement, une telle stratégie accroît l'intérêt des différents acteurs envers la consultation populaire ou des approches de type « patient-partenaire » qui cherchent à accorder une place aux populations cibles dans l'identification et le développement d'actions visant à améliorer leur milieu et leurs conditions de vie. Deux actions peuvent être mises en œuvre pour assurer une bonne prise en compte de l'opinion des personnes touchées par les ISS.

A – Recruter, au sein du Comité MC, des représentants des usagers en situation de pauvreté et des intervenants terrain travaillant auprès d'eux

Au minimum, deux représentants des usagers, un intervenant d'organisme communautaire (OC) et des intervenants du CISSS (par ex. : nutritionniste, organisateur communautaire du CLSC, etc.) travaillant auprès de la population en situation de pauvreté devaient être recrutés au sein du Comité MC. Ces personnes étaient appelées à prendre part à l'analyse de la situation et à l'identification de pistes de solutions.

Pour assurer le succès de l'intégration des représentants des usagers en situation de pauvreté, il est important, voire nécessaire, de les préparer à la tâche qui les attend. Pour ce faire, il est fortement suggéré de rencontrer ces nouveaux membres du Comité avant le premier atelier.

L'Aide-mémoire pour la formation des représentants des usagers – lignes directrices pour favoriser leur participation aux ateliers, présenté à l'annexe 1, résume quelques points d'information à leur communiquer. Il comporte les sections suivantes :

- La clarification du contexte des travaux du Comité pour lequel leur participation est souhaitée;
- La clarification de leur rôle à jouer au sein du Comité;
- La description détaillée des ateliers qui seront réalisés et la préparation initiale qui leur est demandée.

B – Réaliser une étude des besoins des PESP au regard des services de santé et des services sociaux

Pour mieux comprendre le contexte particulier dans lequel évoluent les PESP et les conséquences des ISS sur leurs conditions de vie, une étude de leurs besoins doit être effectuée et les résultats présentés au cours du processus d'accompagnement. Dans le cadre du projet FORCES, elle a été réalisée grâce à la conduite de deux *focus groups* :

- Avec des informateurs-clés gravitant auprès de ces populations (représentants municipaux, policiers, représentants d'organismes communautaires, intervenants terrains du CLSC, etc.);
- Auprès d'usagers recevant des services en maladies chroniques, notamment des membres de la population en situation de pauvreté.

Au cours de ces *focus groups*, deux stratégies ont été utilisées pour favoriser la discussion :

1- Présentation de la vidéo « Inégaux » : Cette capsule d'animation illustre concrètement ce que représentent les ISS à Montréal. Elle est destinée à diffuser de façon simple et pertinente un message fondé sur des données probantes démontrant les écarts sociaux de santé sur l'île de Montréal (<https://www.youtube.com/watch?v=I9IIHDrNNXo>). À la suite du visionnement, quelques questions ont été posées pour lancer la discussion.



2- Réalisation de l'activité « Photovoix » : Cette méthode de recherche participative « utilise la photographie pour représenter l'expérience et communiquer aux autres ses perceptions, émotions, et opinions qui parfois demeurent sous silence. »¹ Pour plus d'information sur la conduite d'un Photovoix, voir l'[annexe 8](#).



Le [Guide pour le déroulement des groupes de discussion \(focus groups\)](#), présenté à l'[annexe 2](#), fait une proposition pour le déroulement des groupes de discussion.

¹ Loignon C., et coll. *Le projet Équisanté*. Présentation dans le cadre du Colloque 27e Entretiens Jacques Cartier, Sherbrooke, 6 octobre 2014

2 Accompagner le Comité dans la compréhension de son rôle par rapport à la réduction des ISS

Les ateliers peuvent être conduits avec un comité nouvellement constitué ou, au contraire, complètement fonctionnel. Dans l'un ou l'autre cas, il peut être difficile pour les membres du Comité de comprendre de quelle façon la réduction des ISS s'intègre à leur mandat. Deux activités préalables peuvent alors être réalisées.

A – Clarifier le mandat du Comité

Dans le cadre du projet FORCES, le mandat du Comité MC a été révisé pour y intégrer une meilleure prise en compte des ISS. On peut également suggérer d'adapter le niveau de langage à la présence nouvelle des membres de la population (représentants des usagers et d'OC) en évitant le plus possible l'utilisation de termes techniques.

La *Proposition de mandat pour le Comité MC*, présentée à l'[annexe 3](#), offre un exemple à ce sujet.

B – Évaluer l'actualisation de la responsabilité populationnelle dans la planification antérieure

La responsabilité populationnelle (RP) sous-tend le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être de la population par une offre de services adaptée aux besoins de tous les groupes de population et par des actions sur les déterminants de la santé. Ce principe recommande la prise en compte des populations vulnérables dans la planification des activités en santé.

Un outil d'auto-évaluation de l'actualisation de la responsabilité populationnelle a été développé en 2012 par la Direction de santé publique de la Montérégie en collaboration avec le CSSS Pierre-Boucher, maintenant intégré au CISSS de la Montérégie-Est, et l'Initiative de partage des connaissances et de développement des compétences (IPCDC). Son objectif est, dans une perspective d'amélioration continue, d'apprécier la prise en compte de la responsabilité populationnelle à toutes les étapes de planification et d'élaboration d'un projet clinique (ou autre processus de planification) d'un Réseau local de services (RLS).

L'*Outil d'auto-évaluation de l'actualisation de la responsabilité populationnelle*, présenté à l'[annexe 4](#), permet de vérifier si ce volet a été pris en compte dans la planification antérieure. Dans le cadre du processus d'accompagnement, l'analyse des réponses a démontré que les questions portant sur la prise en compte des ISS aux différentes étapes de planification étaient celles qui avaient les scores les plus faibles.

3 Développer et adapter les outils qui seront utilisés pendant les ateliers

Plusieurs outils ont été développés pour favoriser l'acquisition de connaissances tout au long du processus d'accompagnement. Ils ont pour but de rassembler des données probantes et autres éléments d'informations permettant d'éclairer les participants sur les contextes d'inégalités sociales de santé et la réalité des PESP sur un territoire donné.

Ces outils ont permis d'améliorer la perception des membres du Comité quant à l'urgence, la pertinence et leur capacité d'agir pour réduire les ISS. Ils sont présentés ici pour servir d'exemples de ce qui peut être développé dans chaque région.

A – Un portrait socio-économique et sanitaire des populations du territoire

Ce premier outil révèle les données statistiques sur la population du territoire, dont la connaissance et la maîtrise constituent un levier dans l'amélioration de l'offre de services de santé. Ces données permettent, par exemple, de comparer la situation de la population favorisée et celle de la population défavorisée selon différents indicateurs socio-économiques. Les données sanitaires, quant à elles, permettent de dresser le portrait de l'état de santé et du bien-être de la population d'un territoire donné, et de ses habitudes de vie.

À cette étape, il est très important d'utiliser les données les plus spécifiques possible à la région ou au territoire concerné. Toutefois, les sources de données fines sont rares et le choix d'indicateurs appropriés est très restreint. Il est nécessaire d'exploiter au maximum les sources disponibles auprès des équipes de surveillance de l'état de santé de la population des paliers local, régional et national.

Les données statistiques socio-économiques et sanitaires peuvent être obtenues par différentes sources d'information, dont les suivantes :

- **Enquête nationale auprès des ménages 2011 (Bureau de la statistique du Québec)** (<https://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/index-fra.cfm>) : Résultats d'une enquête volontaire réalisée auprès du tiers des ménages canadiens, qui est venue remplacer le questionnaire long obligatoire anciennement distribué par Statistiques Canada.
- **Santéscope (INSPQ)** (<http://www2.inspq.qc.ca/santescope/>) : À travers ses multiples volets, fournit des données générales sur l'état de santé et de bien-être de la population du Québec selon différentes perspectives.

- **Portraits types territoriaux (ASSSM, 2013)**
(<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/surveillance-etat-sante/portrait-type-territorial.fr.html>) : Présentent sommairement les principaux indicateurs du *Plan commun de surveillance*, disponibles au palier local.
- **Indicateurs de développement des communautés par territoire (ASSSM, 2012)**
(<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/promotion-prevention/dsdc/idc.fr.html>) : Présentent un ensemble d'indicateurs du *Plan commun de surveillance*, notamment en lien avec les déterminants sociaux de la santé et le développement des communautés;
- **SOM, Enquête sur les maladies chroniques en Montérégie (2009)**
(<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/surveillance-etat-sante/index.fr.html>) : Enquête a permis de comparer le niveau de revenu, les habitudes de vie et la prévalence des maladies chroniques entre le RLS Pierre-De Saurel et la Montérégie;
** N.B. : Les résultats de cette enquête ne sont pas disponibles en ligne. Pour les obtenir, se référer à l'équipe de surveillance de l'état de santé de la population de la DSP de la Montérégie
- **Fichier des décès (MSSS)**. Base de données administratives diffusée par le ministère de la Santé et des Services sociaux et produite par l'Institut de la statistique du Québec depuis 1981;
- **Équipe de surveillance de chaque région** : La fonction surveillance de l'état de santé de la population s'inscrit dans un processus continu de collecte, d'analyse, d'interprétation et de diffusion d'informations relatives à l'état de santé des populations et de leurs déterminants.

Le napperon intitulé *Portrait – données socio-économiques et sanitaires sur le territoire du RLS Pierre-De Saurel*, retrouvé à l'[annexe 5](#), présente une série de tableaux et de graphiques illustrant certaines données socio-économiques et sanitaires.

B – Un profil de consommation des services en maladies chroniques sur le territoire

Une planification adéquate doit aussi tenir compte du profil de consommation des services de santé par les différents groupes de population, ce qui permet de mieux les adapter aux différentes réalités.

Dans le cadre du projet FORCES, l'aide de l'Institut national de santé publique (INSPQ) et d'une archiviste du CSSS Pierre-De Saurel a été demandée pour obtenir des données sur les profils de consommation des services en MC des populations défavorisées et favorisées. Par

exemple, on a comparé la prévalence du diabète, la proportion de la population diabétique utilisant certains services de santé du RLS, de même que la couverture et l'intensité de l'utilisation des services du CLSC (ex. activités éducatives, test de glycémie, profil services généraux, profil santé physique) entre les groupes défavorisés et favorisés de la population souffrant de maladies chroniques. De plus, certaines données sur le coût des services liés aux maladies chroniques ont été présentées.

Ces analyses ont surtout utilisé l'information issue de deux bases de données :

- **Le système d'information sur la clientèle et les services des CSSS – mission CLSC (I-CLSC) :** Banque de données qui contient des renseignements personnels et qui fournit des données sur les demandes de services, les usagers et les interventions concernant les services dispensés en CSSS
- **Le système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ) :** Système novateur de surveillance des maladies chroniques développé par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Il est le résultat du jumelage de cinq fichiers médicoadministratifs, mis à jour annuellement.

Le napperon intitulé *Profil de consommation des services en maladies chroniques sur le territoire du RLS Pierre-De Saurel*, présenté à l'[annexe 6](#), offre des exemples de tableaux et de graphiques générés à l'aide des données d'utilisation des services.

C – Une cartographie des services en maladies chroniques sur le territoire

Les outils de cartographie permettent de transformer les données en image afin d'aider à mieux comprendre la situation que l'on veut décrire. Dans le cadre du projet FORCES, la cartographie a permis de positionner les ressources du CSSS Pierre-De Saurel et des organismes communautaires pour les personnes souffrant de maladies chroniques et de les mettre en lien avec : la densité de population, le niveau de défavorisation matérielle, le niveau de défavorisation sociale et le niveau de défavorisation combinée.

Les données utilisées pour ce faire proviennent de Santéscope (INSPQ) et de la liste des services établie avec les acteurs du milieu.

Les napperons *Cartographie des services en maladies chroniques sur le territoire du RLS Pierre-De Saurel*, à l'[annexe 7](#), présentent des exemples de cartographie des services.

D – Une sélection d’images pour le « Photovoix »

Le Photovoix est une stratégie de recherche participative où les participants se basent sur des photos pour exprimer leurs perceptions et leurs émotions. Les photos les aident à réfléchir sur leur vie quotidienne et à identifier les problèmes tels qu'ils les perçoivent, en plus de faciliter la formulation de leurs propres solutions à ces problèmes. Cette méthode participative est reconnue pour sa capacité à mobiliser les gens.

En règle générale, les participants à un atelier de Photovoix prennent eux-mêmes les photos de sujets qui les préoccupent. Dans le cadre du projet FORCES, l'équipe d'accompagnateurs a suggéré une série de 18 photos illustrant des barrières à l'utilisation des services en maladies chroniques et les participants étaient appelés à faire leur choix parmi celles-ci.

Le Photovoix s'est réalisé en trois étapes principales² :

- Étape 1 : Prendre quelques minutes pour regarder les photos.
- Étape 2 : Identifier trois images qui représentent le mieux, selon vous, les barrières les plus importantes à l'utilisation des services de santé par les personnes en situation de pauvreté.
- Étape 3 : Faire un tour de table pour permettre à chaque personne de préciser les raisons qui ont mené son choix. *Pourquoi ces images? Qu'est-ce qu'elles représentent?*

Une suggestion d'**images pour la réalisation du Photovoix** est présentée à l'[annexe 8](#).

E – Un outil de planification des actions centrées sur la réduction des ISS

La planification d'activités est la clé pour une meilleure prise en compte des ISS et l'élaboration d'actions qui permettent de les réduire ou, à tout le moins, de ne pas les accentuer. Toutefois, à notre connaissance, aucun modèle de planification existant n'offre spécifiquement de guide pour bien tenir compte de la réduction des ISS dans la planification.

L'**Outil de planification des actions centrées sur la réduction des inégalités sociales de santé**, présenté à l'[annexe 9](#), a été créé dans le cadre du projet FORCES pour combler cette lacune. Il se base sur divers modèles de planification et présente une série de recommandations pour mieux prendre en compte la réduction des ISS. Ces dernières sont fortement inspirées de la grille REFLEX-ISS de Guichard et coll. (2015)³.

² Pour plus d'information sur cette méthode de recherche participative, consulter, entre autres sources, Loignon C., et coll. *Le projet Équisanté. Présentation dans le cadre du Colloque 27es Entretiens Jacques Cartier, Sherbrooke, 6 octobre 2014.*

³ Guichard, A., Ridde, V., Nour, K., Lafontaine, G. (2015). *Mieux prendre en considération les inégalités sociales de santé : outil RÉFLEX-ISS*, Université Laval, Université de Montréal et Direction de santé publique de la Montérégie-CISSS de la Montérégie-Centre.

F – Un recueil de pratiques prometteuses pour contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé en maladies chroniques

Rendre disponibles des exemples de projets prometteurs e permet de renforcer la perception de la capacité d’agir des membres du Comité. Une recension rapide de projets porteurs a donc été réalisée pour le Québec, le Canada et le monde. Des exemples de projets permettant d’agir pour réduire les ISS en lien avec les maladies chroniques ont été regroupés au sein du *Recueil de pratiques prometteuses pour contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé en maladies chroniques*, présenté à l’[annexe 10](#).

G – Des napperons de planification

Il est essentiel de permettre aux membres du Comité d’exécuter un exercice pratique de planification pour favoriser l’appropriation de l’information présentée tout au long du processus d’accompagnement. Cet exercice doit appeler les membres du Comité à réaliser toutes les étapes du processus de planification en bénéficiant des conseils et de l’aide des accompagnateurs.

Les *Napperons de planification*, présentés à l’[annexe 11](#), offrent un exemple de feuilles de travail qui peuvent être utilisées pour encadrer l’exécution de cet exercice pratique.

H – Un questionnaire d’appréciation pour chacun des trois ateliers

L’appréciation des ateliers a pour but d’avoir le pouls de la satisfaction des participants et permet de repérer, entre autres, les activités les plus et les moins appréciées. L’objectif est ici de réajuster certaines stratégies d’animation ou de compléter l’information transmise.

L’[annexe 12](#) présente les *Questionnaires d’appréciation des ateliers* utilisés dans le cadre des trois ateliers du processus d’accompagnement.

SECTION 2 Contenu des ateliers

Les trois ateliers inclus dans le processus d'accompagnement visent ultimement à favoriser une meilleure prise en compte des ISS et du contexte particulier des PESP dans la planification d'actions et de services en santé. Les trois ateliers visent à :

- Démontrer la pertinence et l'urgence d'agir pour réduire les ISS (atelier 1);
- Faire prendre conscience de la faisabilité d'agir pour réduire les ISS (atelier 2);
- Passer à l'action (atelier 3).

Le but ultime des ateliers de ce projet FORCES est de favoriser l'acquisition de connaissances et de compétences sur l'intégration des ISS dans la planification d'activités en MC.

Critères de succès d'une animation faite par les accompagnateurs

Certains points doivent être respectés pour favoriser le succès de l'animation :

- S'assurer que tous les participants respectent l'opinion des autres;
- Susciter la participation de tous;
- Utiliser un langage accessible à tous et s'assurer de bien vulgariser l'information technique;
- Favoriser une prise de décisions basée le plus possible sur l'atteinte d'un consensus;
- Être bien préparé(e)s – s'assurer de ne pas improviser pendant les ateliers.

Mode de fonctionnement suggéré

- Définir le rythme des rencontres avec les membres du Comité;
- Se limiter à des rencontres de deux heures;
- S'assurer de respecter l'horaire établi;
- Envoyer les documents au moins une semaine l'avance pour permettre aux participants de se familiariser avec l'information.

N.B. Il est important de mentionner que le processus d'accompagnement n'a pas à être limité à trois ateliers. Il est tout à fait possible de prévoir des rencontres supplémentaires selon les besoins des membres du Comité.



Atelier 1

Démontrer la pertinence et l'urgence d'agir pour réduire les ISS

Objectifs

1. Susciter l'engagement des membres du Comité;
2. Améliorer la connaissance et la valorisation du rôle et du mandat du Comité au regard de la réduction des ISS;
3. Renforcer la perception des membres du Comité quant à la pertinence d'agir pour réduire les ISS en MC;
4. Accroître les connaissances sur les ISS, les maladies chroniques et les profils de consommation des services sur le territoire.

Déroulement suggéré

Activités	Documents à prévoir	Durée
• Information sur le déroulement de l'atelier	-	2 minutes
• Tour de table (présentation de chacun)	-	15 minutes
• Présentation de la dernière version du mandat du Comité et valorisation de son rôle ⁴	Proposition/ adaptation du mandat	15 minutes
• Discussion de la perception des personnes présentes sur les réalités vécues par les PESP. Le visionnement de la vidéo de la DSP de Montréal « Inégaux » constitue la base de la discussion. Quelques questions pour lancer la discussion : <ul style="list-style-type: none"> ○ À la suite de ce visionnement, quels sont selon vous, les grands constats liés à la pauvreté? ○ Que pensez-vous de ces constats? ○ Cette situation s'applique-t-elle, selon vous, à votre territoire? 	Vidéo DSP de Montréal « Inégaux »	15 minutes
• Présentation des données pour illustrer clairement la situation des ISS sur le territoire	Données statistiques et cartographie	30 minutes
• Tour de table sur ce que les participants retiennent des informations présentées au cours de l'atelier		5 minutes
• Remise du questionnaire d'auto-évaluation pour relever le défi de la responsabilité populationnelle - à compléter avant le 2 ^e atelier	Questionnaire d'auto-évaluation pour relever le défi de la RP	5 minutes
• Questionnaire d'appréciation de l'atelier	Questionnaire	5 minutes
	TOTAL	1 h 32

⁴ Dans le cas où un comité n'aurait pas de mandat développé, une proposition de mandat peut être faite pour aider les participants à clarifier leur rôle en lien avec les PESP et les ISS.

Atelier 2 Faire prendre conscience de la faisabilité d'agir pour réduire les ISS

Objectifs

1. Accroître les connaissances sur les principales barrières perçues par les PESP quant à l'accès aux services;
2. Accroître les connaissances des meilleures pratiques de planification.

Déroulement suggéré

Activités	Documents	Durée
<ul style="list-style-type: none"> • Information sur le déroulement de l'atelier 		2 minutes
<ul style="list-style-type: none"> • Résumé rapide de ce qui a été vu au dernier atelier 		5 minutes
<ul style="list-style-type: none"> • Activité de Photovoix : <ul style="list-style-type: none"> ○ Étape 1 : Prendre quelques minutes pour regarder les photos. ○ Étape 2 : Choisir trois images qui représentent le mieux, selon vous, les barrières les plus importantes à l'utilisation des services par les PESP ○ Étape 3 : Discussion. Pourquoi ces images? Qu'est-ce qu'elles représentent? 	Photos	20 minutes
<ul style="list-style-type: none"> • Présentation de l'analyse des besoins des PESP découlant des focus groups 	PowerPoint	10 minutes
<ul style="list-style-type: none"> • Présentation des meilleures pratiques de planification qui tiennent compte de la réduction des ISS et utilisation d'un exemple (ex. réduction du tabagisme) 	Outil de planification des actions centrées sur la réduction des ISS	45 minutes
<ul style="list-style-type: none"> • Take home (réfléchissez à la maison) pour identifier les pratiques prometteuses pouvant contribuer à atteindre les objectifs poursuivis dans la planification en MC 	Recueil de pratiques prometteuses	5 minutes
<ul style="list-style-type: none"> • Tour de table sur ce qu'ils retiennent des informations présentées 	-	5 minutes
<ul style="list-style-type: none"> • Questionnaire d'appréciation de l'atelier 	Questionnaire	5 minutes
	TOTAL	1 h 37

Atelier 3 Mettre en application les acquis des deux premiers ateliers – passer à l’action!

Objectifs

1. Favoriser l’appropriation des résultats de l’auto-évaluation de l’actualisation de la responsabilité populationnelle par les membres du Comité;
2. Augmenter les connaissances des pratiques prometteuses pour réduire les ISS en MC et des ressources documentaires disponibles;
3. Favoriser le développement d’un sentiment de confiance quant à leur pouvoir d’agir;
4. Identifier des pistes d’amélioration et favoriser l’engagement du Comité dans la planification visant à réduire les ISS en MC.

Déroulement suggéré

Activités	Documents	Durée
• Information sur le déroulement de l’atelier		2 minutes
• Résumé rapide de ce qui a été vu au dernier atelier		5 minutes
• Présentation des résultats de l’auto-évaluation de l’actualisation de la responsabilité populationnelle	PowerPoint	10 minutes
• Exercice sur l’utilisation de l’outil de planification des actions centrées sur la réduction des ISS (<u>annexe 9</u>) : <ul style="list-style-type: none"> ○ Étape 1 : Déterminer les besoins de santé⁵ ○ Étape 2 : Inventorier les ressources et services ○ Étape 3 : Identifier les interventions optimales – à faire en groupe (présenter le modèle d’accessibilité aux soins⁶ et identifier une intervention par dimension, à partir des suggestions du recueil et de leur propre réflexion) ○ Étape 4 : Prioriser les besoins et les interventions ○ Étapes 5 et 6 : Expliciter les interventions et fixer les objectifs ainsi qu’identifier les indicateurs et suivre les résultats : peuvent être faites dans le cadre du processus d’accompagnement ou ultérieurement par le Comité. 	Napperons de planification et outil de planification	60 minutes
• Engagement verbal des membres du Comité quant à leur implication dans la planification visant à réduire les ISS		10 minutes
• Questionnaire d’appréciation de l’atelier	Questionnaire	5 minutes
	TOTAL	1 h 32

⁵ L’identification des besoins peut être réalisée à l’avance, soit en proposant des besoins recensés dans les écrits ou en les identifiant au cours d’un atelier antérieur, pour s’assurer que l’exercice de planification puisse s’effectuer dans le temps alloué pour l’atelier.

⁶ Voir le *Recueil de pratiques prometteuses pour contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé en maladies chroniques* présenté à l’annexe 10 du présent document.

SECTION 3 Évaluation

L'évaluation du processus d'accompagnement permet de cibler les points forts et les points faibles de la démarche afin de la bonifier et donc d'en améliorer l'efficacité. Les résultats sont ainsi maximisés pour le futur.

La stratégie d'évaluation utilisée peut varier en fonction des préférences des accompagnateurs. Dans le cadre du projet FORCES, le choix s'est porté sur l'utilisation de *Questionnaires d'appréciation des ateliers* distribués à la fin de chaque atelier, présentés à l'[annexe 12](#), ainsi que sur la conduite d'entrevues individuelles par téléphone avec chacun des membres du Comité MC. Le *Guide d'entrevue individuelle*, présenté à l'[annexe 13](#), offre un exemple de questions d'entrevue possibles. Évidemment, il n'est pas nécessaire de se limiter à celles-ci.

Lors de l'analyse, il est important de comparer les résultats des représentants des usagers avec ceux des autres membres du Comité, car d'importantes différences peuvent parfois être détectées.



ANNEXES

Cette section présente les documents, guides et outils qui ont permis de réaliser avec succès le processus d'accompagnement. Il est important de considérer que ces documents peuvent, voire même doivent, être modifiés pour refléter avec précision la situation particulière à un territoire donné.

Les documents, guides et outils développés dans le cadre du projet FORCES sont :

1. [Aide-mémoire pour la formation des représentants des usagers – lignes directrices pour favoriser leur participation aux ateliers](#)
2. [Guide pour le déroulement des groupes de discussion \(*focus groups*\)](#)
3. [Proposition de mandat pour le Comité MC](#)
4. [Outil d'autoévaluation de l'actualisation de la responsabilité populationnelle](#)
5. [Portrait - données socio-économiques et sanitaires sur le territoire du RLS Pierre-De Saurel](#)
6. [Profil de consommation des services en maladies chroniques sur le territoire du RLS Pierre-De Saurel](#)
7. [Cartographie des services en maladies chroniques sur le territoire du RLS Pierre-De Saurel](#)
8. [Photovoix – quelques exemples d'images](#)
9. [Outil de planification des actions centrées sur la réduction des inégalités sociales de santé](#)
10. [Recueil de pratiques prometteuses pour contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé en maladies chroniques](#)
11. [Napperons de planification](#)
12. [Questionnaires d'appréciation des ateliers](#)
13. [Guide d'entrevue individuelle](#)

Annexe 1

Aide-mémoire pour la formation des représentants des usagers – lignes directrices pour favoriser leur participation aux ateliers

[Retour à la liste des annexes](#)

PRINCIPALES BARRIÈRES À L'IMPLICATION DE PESP :

Il y a trois barrières principales qui freinent l'implication de patients (ici des PESP) dans les processus décisionnels (Gagliardi *et coll.* 2008) :

1. Un manque d'intérêt des patients – les raisons du manque d'intérêt ne sont pas bien documentées, mais elles sont liées à un fort sentiment d'intimidation face aux autres professionnels considérés experts (G-I-N PUBLIC 2012);
2. Une attitude négative des professionnels de la santé (cliniciens, gestionnaires, et autres) : manque d'intérêt envers la participation des patients et le fait qu'ils ne valorisent pas leur apport possible;
3. Un manque d'information pour les planificateurs sur comment favoriser l'intégration des PESP.

QUELQUES POINTS À PRENDRE EN COMPTE

- L'intérêt des PESP est favorisé s'ils sont **convaincus que leur point de vue sera pris en considération** (Gagliardi *et coll.*, 2008; Skinner, 2009)
- Leur participation **effective** nécessite une **définition claire des rôles** (à quoi nous attendons-nous par la participation de ces personnes?) et une **définition claire du processus participatif** (Gold *et coll.*, 2005)
- **Il importe de valoriser l'expérience des participants.** Par exemple, lors de la sélection d'indicateurs pour l'évaluation d'une intervention, commencer par demander aux patients de s'exprimer sur leurs expériences. Discuter ensuite de ces expériences avec le reste du groupe.
- Leur laisser (et même les encourager à) **prendre des responsabilités et faire preuve de leadership** (Stephens *et coll.*, 2008)
- Les PESP ont tendance à se sentir vulnérables face à des experts et des professionnels. Il faut **insister sur l'aspect « légitime » de leur participation** et le fait que le Comité a besoin de leur contribution.

CLARIFICATION DU CONTEXTE POUR LEQUEL LA PARTICIPATION DES PESP EST SOUHAITÉE

1. Expliquer le contexte global du projet

Il est important de donner suffisamment d'information de contexte aux patients pour leur permettre de bien comprendre ce à quoi ils participent (Gagliardi *et al.* 2008).

2. Conduire un exercice de réflexion initiale

Pour que les participants comprennent bien le but et les objectifs du projet, il est bon d'initier une discussion sur leur propre situation et celle qu'ils perçoivent au sein de leur communauté au sujet de l'accès aux soins et aux activités de prévention.

*** Ne faire ici qu'une brève discussion, un exercice plus approfondi sera fait au cours des ateliers.*

Exemple de questions qui peuvent leur être posées (elles peuvent être reformulées pour être bien adaptées au contexte particulier des personnes en formation) :

- Quelle est votre expérience par rapport aux services de santé en maladies chroniques? Ou quels soins avez-vous reçus?
- Sentez-vous qu'il y a parfois une différence entre la manière dont vous êtes soigné(e) ou traité(e) en comparaison avec une personne plus favorisée?
- Si aucun soin en MC n'était offert, cela ferait-il une différence pour vous? Pour vos amis, votre famille et les autres membres de votre communauté?

3. Clarification de la terminologie utilisée :

Pendant les ateliers, il est important d'adopter un niveau de langage adéquat pour l'ensemble des participants, donc d'éviter le jargon interne à certaines organisations ou l'utilisation de termes techniques. Néanmoins, il est possible que certains termes soient impossibles à éviter (par exemple : inégalités sociales de santé, maladies chroniques, personne en situation de pauvreté, etc.).

Pour s'assurer que les représentants des PESP comprennent bien ce genre d'expressions, il est nécessaire d'en expliquer le sens. Il sera probablement nécessaire de répéter la signification de ces termes plus complexes pendant les ateliers.

CLARIFICATION DU RÔLE QU'ILS ONT À JOUER AUPRÈS DU COMITÉ

- Partager **leur expérience** (leur plus grande richesse) pour aider les autres membres du Comité MC à mieux comprendre les particularités qui peuvent caractériser les PESP;
- Participer activement à la **détection des besoins**. On cherchera leur soutien pour identifier les situations ou les facteurs particulièrement problématiques de l'accès et de la qualité des services en maladies chroniques;
- Aider à **fixer les priorités d'action**. D'autres membres du Comité MC partageront des statistiques et autres données théoriques, mais l'apport des PESP sera particulièrement apprécié pour corroborer l'information théorique et exprimer ce qu'ils croient être les priorités d'action (des priorités fixées par des données théoriques peuvent ne pas être les mêmes que les priorités ressenties par les patients).

IL EST NÉCESSAIRE D'INSISTER SUR LES POINTS SUIVANTS POUR QUE LES PESP SE SENTENT À L'AISE DE PARTICIPER (NICE 2014) :

- **N'attendez pas qu'une question vous soit posée.** Si vous avez un commentaire, une intervention à faire ou une question à poser à propos du sujet abordé à ce moment-là, n'hésitez surtout pas à prendre la parole (en levant la main pour annoncer que vous avez à dire quelque chose);
- Votre rôle principal est de **vous assurer que votre expérience soit prise en compte pour l'amélioration de l'accès aux soins.** Cela permettra d'améliorer la situation de toutes les PESP. N'hésitez pas, exprimez-vous! Vous serez écoutés;
- **Donnez votre point de vue autant sur les aspects positifs que les aspects négatifs** de l'accès aux services;
- **Parlez fort** pour que tout le monde vous entende.

** Insister sur l'importance de leur contribution. Ils doivent sentir que leur opinion sera réellement prise en compte, doivent comprendre le fait qu'ils sont les représentants de tout un groupe de population dans le besoin et acquérir la confiance en eux nécessaire pour parler de leur situation face à tous les « professionnels » qui participeront aux ateliers.

DESCRIPTION DU DÉROULEMENT DE L'ATELIER 1 :

Il est utile de les préparer en leur expliquant de façon assez détaillée ce qui se fera au cours du premier atelier. De cette façon, les surprises sont évitées et les représentants de la population gagnent en confiance. Les éléments suivants peuvent leur être communiqués :

1. Nombre de participants prévu et titre d'emploi;
2. Activités prévues - présenter un plan général du déroulement de l'atelier;
3. Il y aura une période de discussion à la fin de l'atelier sur ce que les participants à l'atelier ont retenu – insister sur le fait qu'ils ne doivent pas hésiter à se prononcer dès qu'ils en sentent le besoin.

PRÉPARATION AUX ATELIERS QUI S'EN VIENNENT :

Une fois le contexte bien expliqué, il serait bon d'amorcer la réflexion avec eux sur l'identification des besoins (un type de pratique générale réflexive pour les aider à acquérir une bonne confiance en eux).

Les éléments qui ressortiront de cette discussion devraient être notés et partagés avec les animateurs du premier atelier avant celui-ci, ce qui pourra leur donner des pistes pour inciter la participation des représentants des PESP. Autre possibilité : vous pourriez demander aux représentants des PESP de présenter ces « énoncés » au début de l'atelier pour lancer les

discussions et permettre aux membres du Comité de mieux comprendre la situation particulière de ces personnes.

SOURCES À CONSULTER POUR PLUS DE DÉTAILS :

G-I-N PUBLIC. 2012. *Toolkit on Patient and Public Involvement in Guidelines*. (En ligne). Guidelines International Network, Perthshire, 88 p. <http://www.g-i-n.net/working-groups/gin-public/toolkit> (consulté le 2 novembre 2014).

Gagliardi, A.R., Lemieux-Charles, L., Brown, A.D., Sullivan, T. et Goel, V. 2008. Barriers to patient involvement in health service planning and evaluation: An exploratory study. *Patient Education and Counseling*, 70 : 234-241.

Gold, S.K.T., Abelson, J. et Charles, C.A. 2005. From rhetoric to reality: including patient voices in supportive cancer care planning. *Health Expectations*, 8 : 195-209.

NICE. (2014). *Hints and tips when preparing to be a Patient Expert for a Single Technology Appraisal (STA)*. (En ligne). Public Involvement Programme, National Institute for health and Care Excellence, Londres, 14 p. <http://www.nice.org.uk/Media/Default/about/nice-communities/public-involvement/developing-nice-guidance/Hints-and-tips-patient-expert-STA.pdf> (consulté le 5 novembre 2014).

Page, S.C., Cowl, J. et Knaapen, Loes. 2012. Chapter 2 : How to recruit and support patients and the public in guideline development, p. 27-38. In : G-I-N PUBLIC. 2012. *Toolkit on Patient and Public Involvement in Guidelines*. (En ligne). Guidelines International Network, Perthshire, 88 p. <http://www.g-i-n.net/working-groups/gin-public/toolkit> (consulté le 2 novembre 2014).

Skinner, B. 2009. Web alert: involving patients and the public in health service development and research. *Quality in Primary Care*, 17: 363-367.

Stephens, L., Ryan-Collins, J. et Boyle, D. 2008. *Co-production. A Manifesto for Growing the Core Economy*. (En ligne). The New Economics Foundation, Londres, 28 p. http://b3cdn.net/nefoundation/5abec531b2a775dc8d_qjm6bqzpt.pdf (consulté le 2 novembre 2014).

Annexe 2

Guide pour le déroulement des groupes de discussion (focus groups)

[Retour à la liste des annexes](#)

GRILLE D'ENTREVUE – BESOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE PAUVRETÉ

Groupe - PERSONNES EN SITUATION DE PAUVRETÉ (PESP)

Préambule :

- Accueil et présentation des participants;
- Courte explication des objectifs de la discussion;
- Mise en contexte : *En raison de la réalité que vous vivez au quotidien, votre opinion quant à votre utilisation des services de santé est importante. Les informations que vous nous fournirez permettront de trouver des solutions afin d'offrir des services plus adaptés à votre réalité.*

Déroulement de la rencontre :

- Enregistrement de la discussion;
- Anonymat des commentaires, confidentialité;
- Durée prévue de la rencontre : maximum 60 minutes;
- Utilisation de la vidéo « Inégaux » et de l'activité du Photovoix;
- Questions ouvertes : interventions quand ils le souhaitent;
- Il y aura un résumé des principaux points de vue à la fin de l'entrevue.

Visionnement de la vidéo « Inégaux »

Cette capsule d'animation illustre concrètement ce que représentent les ISS à Montréal. Elle est destinée à diffuser de façon simple et pertinente un message fondé sur des données probantes démontrant les écarts sociaux de santé sur l'île de Montréal (<https://www.youtube.com/watch?v=I9IIHDrNNXo>).

Questions à poser à la suite du visionnement :

- Quelle est votre impression à la suite du visionnement de cette vidéo?
- Quels sont, selon vous, les grands constats liés à la pauvreté?
- Que pensez-vous de ces constats?
- Selon vous, la situation à Montréal décrite dans la vidéo s'applique-t-elle à votre territoire?

Activité de Photovoix

Le Photovoix est une stratégie de recherche participative où les participants se basent sur des photos pour exprimer leurs perceptions et leurs émotions. Les photos les aident à réfléchir sur leur vie quotidienne et à identifier les problèmes tels qu'ils les perçoivent, en plus de faciliter la formulation de leurs propres solutions à ces problèmes. Cette méthode participative est reconnue pour sa capacité à mobiliser les gens.

En règle générale, les participants à un atelier de Photovoix prennent eux-mêmes les photos de sujets qui les préoccupent. Dans le cadre du projet FORCES, l'équipe d'accompagnateurs a

suggéré une série de 18 photos illustrant certaines barrières à l'utilisation des services en maladies chroniques auxquelles les PESP peuvent faire face. Les participants étaient appelés à faire leur choix parmi celles-ci.

Le Photovoix s'est réalisé en trois étapes principales⁷ :

- Étape 1 : Prendre quelques minutes pour regarder les photos.
- Étape 2 : Choisir trois images qui représentent le mieux, selon vous, les barrières les plus importantes à l'utilisation des services de santé auxquelles font face les personnes en situation de pauvreté.
- Étape 3 : Faire un tour de table pour permettre à chaque personne de préciser les raisons qui ont mené son choix. *Pourquoi ces images? Qu'est-ce qu'elles représentent?*

Question à poser à la suite du Photovoix :

- Les barrières d'accès aux services sélectionnées seraient-elles différentes, selon vous, pour les personnes favorisées?
- Quelles sont les principales différences entre les moins et les plus nantis?
 - La fréquence (consultent plus ou moins?)
 - Le lieu (consultent plus l'urgence de l'hôpital ou en cabinet?)
 - Le moment de consultation (davantage si maladie grave?)

Suite de la discussion :

- 1) Selon vous, qu'est-ce qui caractérise les PESP et qui pourrait expliquer pourquoi ils font face aux barrières identifiées pendant le Photovoix?

Pistes de réflexion :

- Perception différente de la santé et de la maladie? Priorité accordée à la santé?
 - Confiance au système de santé?
 - Difficultés de compréhension des informations données par les professionnels?
 - Problèmes de transport?
 - Honte? (préciser au regard de quoi)
- 2) Selon vous, qu'est-ce qui pourrait être fait pour améliorer les services de santé pour les personnes en situation de pauvreté? (*penser accès et qualité*)
 - 3) Y a-t-il des éléments qui n'ont pas été mentionnés dans la discussion d'aujourd'hui dont vous aimeriez nous faire part? Des commentaires, suggestions?

MOT DE CLÔTURE - REMERCIEMENTS – ÉTAPES À VENIR

⁷ Pour plus d'information, consulter, entre autres sources, *Loignon C., et coll. Le projet Équisanté. Présentation dans le cadre du Colloque 27es Entretiens Jacques Cartier, Sherbrooke, 6 octobre 2014*. Des exemples d'images sont présentés à l'annexe 8 du présent document.

GRILLE D'ENTREVUE – BESOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE PAUVRETÉ

Groupe — INTERVENANTS (ex. : organisateurs communautaires, policiers, maire ou autre représentant de la municipalité)

Préambule :

- Accueil et présentation des participants;
- Courte explication des objectifs de la discussion;
- Mise en contexte : *En raison de votre occupation, votre opinion quant à l'utilisation des services de santé par les populations défavorisées est précieuse. Les informations que vous nous fournirez contribueront à enrichir le portrait colligé auprès de différents acteurs-clés, et ce, en vue d'offrir des services plus adaptés à cette population.*

Déroulement de la rencontre :

- Enregistrement de la discussion;
- Anonymat des commentaires, confidentialité;
- Durée prévue de la rencontre : maximum 60 minutes;
- Utilisation de la vidéo « Inégaux » et de l'activité du Photovoix;
- Questions ouvertes : interventions quand ils le souhaitent;
- Il y aura un résumé des principaux points de vue à la fin de l'entrevue.

Visionnement de la vidéo « Inégaux »

Cette capsule d'animation illustre concrètement ce que représentent les ISS à Montréal. Elle est destinée à diffuser de façon simple et pertinente un message fondé sur des données probantes démontrant les écarts sociaux de santé sur l'île de Montréal

(<https://www.youtube.com/watch?v=I9lIHDrNNXo>).

Questions à poser à la suite du visionnement :

- Quelle est votre impression à la suite du visionnement de cette vidéo?
- Quels sont, selon vous, les grands constats liés à la pauvreté?
- Que pensez-vous de ces constats?
- Selon vous, la situation à Montréal décrite dans la vidéo s'applique-t-elle à votre territoire?

Activité de Photovoix

Le Photovoix est une stratégie de recherche participative où les participants se basent sur des photos pour exprimer leurs perceptions et leurs émotions. Les photos les aident à réfléchir sur leur vie quotidienne et à identifier les problèmes tels qu'ils les perçoivent, en plus de faciliter la formulation de leurs propres solutions à ces problèmes. Cette méthode participative est reconnue pour sa capacité à mobiliser les gens.

En règle générale, les participants à un atelier de Photovoix prennent eux-mêmes les photos de sujets qui les préoccupent. Dans le cadre du projet FORCES, l'équipe d'accompagnateurs a suggéré une série de 18 photos illustrant des barrières à l'utilisation des services en maladies chroniques et les participants étaient appelés à faire leur choix parmi celles-ci.

Le Photovoix s'est réalisé en trois étapes principales⁸ :

- Étape 1 : Prendre quelques minutes pour regarder les photos.
- Étape 2 : Choisir trois images qui représentent le mieux, selon vous, les barrières les plus importantes à l'utilisation des services de santé par les PESP.
- Étape 3 : Faire un tour de table pour permettre à chaque personne de préciser les raisons qui ont mené à son choix. *Pourquoi ces images? Qu'est-ce qu'elles représentent?*

Question à poser à la suite du Photovoix :

- Les barrières d'accès aux services sélectionnées seraient-elles différentes, selon vous, pour les personnes favorisées?
- Quelles sont les principales différences entre les moins et les plus nantis?
 - La fréquence (consultent plus ou moins?)
 - Le lieu (consultent plus l'urgence de l'hôpital ou en cabinet?)
 - Le moment de consultation (davantage si maladie grave?)

Suite de la discussion :

- 1) Selon vous, qu'est-ce qui caractérise les PESP et qui pourrait expliquer pourquoi ils font face aux barrières identifiées pendant le Photovoix?

Pistes de réflexion :

- Perception différente de la santé et de la maladie? Priorité accordée à la santé?
 - Confiance au système de santé?
 - Difficultés de compréhension des informations données par les professionnels?
 - Problèmes de transport?
 - Honte? (préciser au regard de quoi)
- 2) Dans une perspective où l'on souhaite que les personnes en situation de pauvreté utilisent davantage les services (donc services plus accessibles), quels seraient selon vous les meilleurs moyens à mettre en place?
 - 3) Dans une perspective où l'on souhaite que les services de santé offerts aux personnes en situation de pauvreté soient de meilleure qualité (mieux adaptés à leurs besoins), quels seraient selon vous les meilleurs moyens à mettre en place?
 - 4) Y a-t-il des éléments qui n'ont pas été mentionnés dans la discussion d'aujourd'hui dont vous aimeriez nous faire part? Des commentaires, suggestions?

MOT DE CLÔTURE - REMERCIEMENTS – ÉTAPES À VENIR

⁸ Pour plus d'information, consulter, entre autres sources, *Loignon C., et coll. Le projet Équisanté. Présentation dans le cadre du Colloque 27es Entretiens Jacques Cartier, Sherbrooke, 6 octobre 2014*. Des exemples d'images sont présentés à l'annexe 8 du présent document.

Centre de santé et de services sociaux
Pierre-De Saurel



COMITÉ DE COORDINATION LOCAL DES MALADIES CHRONIQUES

Mandats et objectifs

1. Mandat

Améliorer la prévention et la gestion des maladies chroniques sur le territoire du CSSS Pierre-De Saurel en agissant sur l'ensemble du continuum de services en maladies chroniques et en prenant en considération les besoins de toute la population (incluant les personnes socio économiquement défavorisées).

2. Objectif principal

Mettre en place le continuum de services en maladies chroniques.

3. Objectifs spécifiques

- 3.1 Participer au projet « FORCES » de l'établissement « Responsabilité populationnelle et inégalités sociales de santé (ISS) »;
- 3.2 Prioriser les actions en approuvant un plan d'action annuel et en assurer la réalisation;
- 3.3 Désigner les comités de travail pertinents à la mise en oeuvre des actions.



4. Membres du Comité de coordination

Représentation	Nom	Coordonnées

5. Fréquence des rencontres

Aux mois pour 4 mois (décembre 2014 – janvier, février et mars 2015), puis 4 à 5 fois par année.

Annexe 4

Outil d'évaluation de l'actualisation de la responsabilité populationnelle

[Retour à la liste des annexes](#)

Outil d'autoévaluation de l'actualisation de la responsabilité populationnelle

Durant les dernières années, vous avez participé à différents travaux liés à la planification des services en maladies chroniques. Le présent questionnaire s'inscrit dans une perspective d'amélioration continue des pratiques. Il permet de connaître jusqu'à quel point la responsabilité populationnelle est prise en compte dans la planification et la réalisation des travaux en maladies chroniques.

Toutes les données recueillies par le questionnaire demeureront confidentielles et anonymes. Ces données permettront de positionner l'avancement des démarches et travaux en maladies chroniques en lien avec l'actualisation de la responsabilité populationnelle. Il est à noter qu'il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Ce questionnaire devrait vous prendre une vingtaine de minutes à compléter.

Objectif de l'outil : Apprécier l'actualisation de la responsabilité populationnelle selon les étapes de planification et de mise en œuvre de projets ou travaux en maladies chroniques au RLS.

Répondants : Les membres impliqués dans la planification des services en maladies chroniques au RLS.

Définition de la responsabilité professionnelle :

La responsabilité populationnelle consiste à assumer l'obligation de maintenir et d'améliorer la santé et le bien-être de la population d'un territoire donné :

- en rendant accessible un ensemble de services sociaux et de santé répondant de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population et
- en agissant en amont, sur les déterminants de la santé (ex. habitudes de vie, éducation, logement, transport, aménagement urbain, environnement physique et social, pauvreté).

L'actualisation de cette responsabilité requiert une collaboration entre les organisations publiques et communautaires des divers secteurs, les établissements privés de santé et les partenaires socio-économiques agissant sur le territoire local ou régional. Le centre de santé et de services sociaux (CSSS) a pour rôle de susciter, d'animer et de soutenir les collaborations entre les différents secteurs d'activités sur son territoire.

Source : Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences (IPCDC). Unir nos forces pour relever le défi de la responsabilité populationnelle, 2012.

Date d'aujourd'hui :

Cliquez ici pour taper du texte.

Outil d'autoévaluation de l'actualisation de la responsabilité populationnelle

Mise en contexte

À titre d'intervenants/médecins œuvrant en maladies chroniques, vous avez participé à différentes démarches de mise en œuvre de projets selon les étapes suivantes :

- Étape 1. Analyser les besoins de la population concernée et le profil de consommation des services
- Étape 2. Effectuer l'inventaire de l'offre de services (soins, services et actions)
- Étape 3. Effectuer le bilan des soins, services et actions en place et énoncer la vision du continuum désiré
- Étape 4. Proposer des pistes d'amélioration et procéder à un exercice de priorisation
- Étape 5. Élaborer et mettre en œuvre le plan d'action relativement aux actions prioritaires retenues
- Étape 6. Concevoir et réaliser un plan d'évaluation, mettre en place un mécanisme de suivi, diffuser les résultats et assurer la pérennité de la démarche de la table d'actualiser la responsabilité populationnelle.

L'évaluation couvre également l'atteinte de résultats en fonction des objectifs fixés.

Les prochaines questions seront donc en lien avec ces étapes de planification et de mise en œuvre. Pour chacun des énoncés ci-dessous, s'il vous plaît, indiquez votre degré d'accord.

1 (Pas du tout)-----2 (Un peu)-----3 (Assez)-----4 (Tout à fait)

Vous aurez également la possibilité d'indiquer ne s'applique pas (NSP) pour chacun des énoncés.

Outil d'autoévaluation de l'actualisation de la responsabilité populationnelle

Étape 1 : Analyser les besoins de la population et le profil de consommation des services

Les travaux de planification des services en maladies chroniques m'ont permis...

Q1 - de connaître les données socio sanitaires (démographiques, états de santé, consommation de services), (1) qui me permettent :

	Pas du tout	Un peu	Assez	Tout à fait	NSP
a) de porter un jugement éclairé sur l'état de santé et de bien-être, sur les conditions de vie et sur l'utilisation des services de la population concernée;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) d'identifier des communautés vulnérables (2).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. Informations provenant de sources ou outils permettant de prendre connaissance de l'état de santé et du bien-être de la population (ex. : source de données primaires et secondaires, données épidémiologiques : portrait de santé, données sociodémographiques ou enquêtes diverses, ex. Statistique Canada).

2. Le terme « communauté vulnérable » englobe les groupes de la population qui sont les plus susceptibles d'avoir des problèmes de santé ou qui ont difficilement accès à des services de santé (ex. les communautés socioethniques, socioculturelles, ou demeurant en zones de défavorisation socio-économique).

Q2- de connaître les facteurs qui influencent la santé (déterminants : habitudes de vie, éducation, logement, transport, aménagement urbain, environnement physique et social, pauvreté).

Pas du tout Un peu Assez Tout à fait NSP

Q3- de dégager une compréhension partagée des besoins actuels et futurs de santé et de bien-être de la population concernée, dont les communautés vulnérables.

Pas du tout Un peu Assez Tout à fait NSP

Commentaires/Précisions

Cliquez ici pour taper du texte.

Outil d'autoévaluation de l'actualisation de la responsabilité populationnelle

Étape 2 : Effectuer l'inventaire de l'offre de services (soins, services et actions)

Les travaux m'ont permis...

	Pas du tout	Un peu	Assez	Tout à fait	NSP
Q4- d'identifier les partenaires (3) du territoire qui peuvent contribuer à la santé et au bien-être de la population concernée dont les communautés vulnérables;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q5- d'identifier les champs d'activités, les centres d'intérêt et les champs d'expertise de ces partenaires;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q6- d'identifier les soins, services et actions que le CSSS et les partenaires offrent à la population concernée dont les communautés vulnérables;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q7- de situer ces soins, services et actions sur un continuum d'intervention (prévenir, guérir, soutenir);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q8- d'identifier les besoins non répondus par ces soins, services et actions;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q9- d'identifier les actions réalisées en promotion de la santé (c.-à-d. sur les facteurs qui influencent la santé) pour la population concernée dont les communautés vulnérables;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q10- d'identifier les actions manquantes en promotion de la santé pour la population concernée dont les communautés vulnérables;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q11- de connaître les défis (ex. organisationnels, clientèles) rencontrés par les partenaires;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q12- de m'exprimer sur les défis que je rencontre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Le terme « partenaire » réfère aux acteurs des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, soit les dispensateurs de soins et services (ex. médecins, pharmaciens, établissements spécialisés), de services offerts dans la communauté (ex. organismes communautaires, partenaires sectoriels et intersectoriels-municipalités, entreprises d'économie sociale, ressources non institutionnelles, ressources d'hébergement public non institutionnel, ressources d'hébergement) et les organismes gouvernementaux.

Commentaires/Précisions

Cliquez ici pour taper du texte.

Outil d'autoévaluation de l'actualisation de la responsabilité populationnelle

Étape 3 : Effectuer le bilan et énoncer la vision du continuum

Les travaux m'ont permis...

Q13- d'identifier et de reconnaître lors du bilan des soins, services et actions actuels, dans le cadre du continuum de services :

	Pas du tout	Un peu	Assez	Tout à fait	NSP
a) les forces sur lesquelles compter;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) les faiblesses pouvant nuire ou les défis à relever;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) les opportunités à tirer parti;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) les contraintes (4) pouvant entraver la mise en œuvre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Ex. : contexte socio-économique, politique et social, intérêts divergents de partenaires et citoyens.

Q14- d'identifier les meilleures pratiques en prévention et gestion des maladies chroniques :

	Pas du tout	Un peu	Assez	Tout à fait	NSP
a) agir sur les facteurs influençant la santé (5);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) améliorer l'OFFRE de soins, services et actions afin de répondre aux besoins de la population concernée;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) améliorer l'OFFRE de soins, services et actions afin de répondre aux besoins des communautés vulnérables concernées;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) améliorer la GESTION des soins, services et actions afin de répondre aux besoins de la population concernée;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Déterminants : habitudes de vie, éducation, logement, transport, aménagement urbain, environnement physique et social, pauvreté.

Q15- de participer collectivement à définir le continuum de services recherché pour la population concernée dont les communautés vulnérables.

Pas du tout Un peu Assez Tout à fait NSP

Commentaires/Précisions

Cliquez ici pour taper du texte.

Outil d'autoévaluation de l'actualisation de la responsabilité populationnelle

Étape 4 : Proposer des pistes d'amélioration et exercice de priorisation

Les travaux m'ont permis...

Q16- d'identifier les pistes d'amélioration (objectifs et stratégies) afin :

	Pas du tout	Un peu	Assez	Tout à fait	NSP
a) d'améliorer la santé et le bien-être de la population concernée, dont les communautés vulnérables;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) de réduire les inégalités en matière de santé et les obstacles à l'accès aux services de la population concernée, dont les communautés vulnérables.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q17- de procéder à un exercice de priorisation afin de dégager un consensus sur les actions prioritaires à retenir au bénéfice de la population concernée, dont les communautés vulnérables.

Pas du tout Un peu Assez Tout à fait NSP

Q18- de connaître les commentaires du personnel, des prestataires de services, des bénévoles et d'autres partenaires sur les actions prioritaires à retenir.

Pas du tout Un peu Assez Tout à fait NSP

Commentaires/Précisions

Cliquez ici pour taper du texte.

Outil d'autoévaluation de l'actualisation de la responsabilité populationnelle

Étape 5 : Élaborer le plan d'action relativement aux actions prioritaires retenues...

Les travaux m'ont permis...

Q19- d'élaborer le plan d'action pour la mise en œuvre des actions prioritaires retenues qui comportent les éléments suivants :

	Pas du tout	Un peu	Assez	Tout à fait	NSP
a) des objectifs précis, observables et mesurables qui concernent l'accessibilité, la continuité et la qualité des services;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) des objectifs précis, observables et mesurables qui concernent les facteurs influençant la santé (6);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) les responsables et les collaborateurs;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) les indicateurs pour suivre l'implantation du plan d'action;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) un échéancier.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Déterminants : habitudes de vie, éducation, logement, transport, aménagement urbain, environnement physique et social, pauvreté.

Q20- d'identifier des besoins de formation des intervenants actuels et de la relève.

Pas du tout Un peu Assez Tout à fait NSP

Q21- de mettre en application les priorités de soins, services et actions convenues.

Pas du tout Un peu Assez Tout à fait NSP

Commentaires/Précisions

Cliquez ici pour taper du texte.

Outil d'autoévaluation de l'actualisation de la responsabilité populationnelle

Étape 6 : Assurer la pérennité de la responsabilité populationnelle

Les travaux m'ont permis...

Q22- de suivre :

	Pas du tout	Un peu	Assez	Tout à fait	NSP
a) l'évolution de la démarche de planification des services;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) les résultats de ces travaux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q23- de mettre en place un mécanisme de suivi et de monitoring du plan d'action.

Pas du tout Un peu Assez Tout à fait NSP

Q24- de recevoir des informations que j'ai pu partager :

	Pas du tout	Un peu	Assez	Tout à fait	NSP
a) dans mon organisation (ex. entre les intervenants, les directions, les installations);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) auprès de la population concernée, dont les communautés vulnérables.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Q25- de procéder à des consultations afin que la population concernée, dont les communautés vulnérables, puisse s'exprimer sur ses besoins ainsi que sur les services, soins et actions mis en œuvre.

Pas du tout Un peu Assez Tout à fait NSP

Q26- de rendre compte des progrès réalisés dans l'atteinte des buts et des objectifs convenus.

Pas du tout Un peu Assez Tout à fait NSP

Commentaires/Précisions

Cliquez ici pour taper du texte.

Outil d'autoévaluation de l'actualisation de la responsabilité populationnelle

Atteinte des résultats et retombées de la démarche

Les travaux m'ont permis...

	Pas du tout	Un peu	Assez	Tout à fait	NSP
Q27- de développer une gamme de services, de pratiques et d'outils permettant d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des services;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q28- d'influencer l'offre de services de mon organisation en fonction de l'analyse faite collectivement;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q29- de formaliser des ententes de collaboration et des contrats de services;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q30- de mobiliser les membres du RLS par une vision partagée et par les priorités retenues;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q31- de permettre aux membres du RLS de travailler ensemble, via un mode de gestion participative, sur les priorités retenues;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q32- de respecter les valeurs et les modes de travail de chacun des membres;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q33- de favoriser la collaboration et le réseautage entre les professionnels, gestionnaires et organisations;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q34- de favoriser les liens entre les milieux de vie (ex. famille, école, milieu de travail, communauté);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q35- de développer des projets impliquant une mise en commun des ressources des différents partenaires (ex. humaines, financières);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q36- de bien répondre aux besoins des communautés vulnérables concernées.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Commentaires/Précisions

Cliquez ici pour taper du texte.

Outil d'autoévaluation de l'actualisation de la responsabilité populationnelle

Informations complémentaires :

Quelles sont, selon vous, les conditions ayant FAVORISÉ VOTRE PARTICIPATION à ces travaux?

Cliquez ici pour taper du texte.

Quelles sont, selon vous, les conditions ayant LIMITÉ VOTRE PARTICIPATION à ces travaux?

Cliquez ici pour taper du texte.

Autres commentaires/précisions :

Cliquez ici pour taper du texte.

Nous vous remercions sincèrement d'avoir rempli ce questionnaire d'autoévaluation quant à l'actualisation de la responsabilité populationnelle.

**** Cet outil a été développé par la Direction de santé publique de la Montérégie, le CSSS Pierre-Boucher et l'Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences (IPCDC) en 2012.**

Annexe 5 Portrait – données socio-économiques et sanitaires sur le territoire du RLS Pierre-De Saurel

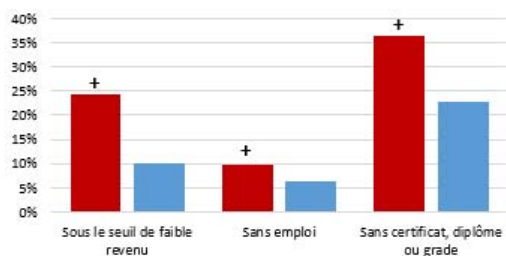
[Retour à la liste des annexes](#)

Comparaison des caractéristiques socio-économiques et sanitaires des personnes défavorisées et favorisées

■ Personnes défavorisées (+), (-) : Valeur significativement élevée ou plus faible, au seuil de 5 %.
 ■ Personnes favorisées

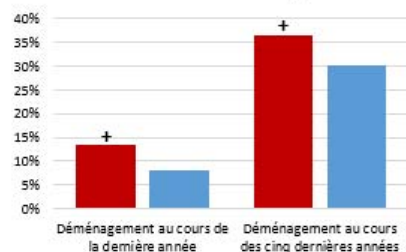
Défavorisation matérielle et sociale combinées

Éducation, emploi et revenu



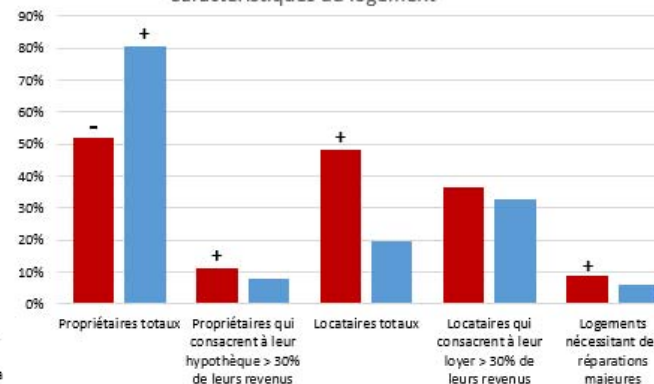
- On retrouve 2,5 fois plus de personnes vivant sous le seuil de faible revenu dans les zones défavorisées
- Les personnes défavorisées sont plus nombreuses à vivre sous le seuil de faible revenu, à être sans emploi et/ou à ne pas avoir de certificat/diplôme/grade

Tendance à déménager



- Les personnes défavorisées ont moins tendance à rester dans le même logement pendant de longues périodes de temps : elles sont deux fois plus nombreuses à avoir déménagé au cours de la dernière année

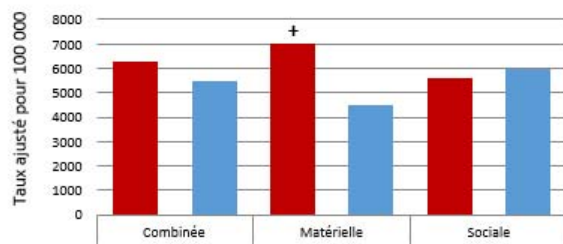
Caractéristiques du logement



- Environ une personne défavorisée sur deux est propriétaire de son logement, alors que quatre personnes favorisées sur cinq le sont
- Les personnes défavorisées sont plus nombreuses à consacrer > 30% de leur revenu au logement (hypothèque ou loyer)
- Les logements dans les communautés plus défavorisées sont en moins bon état

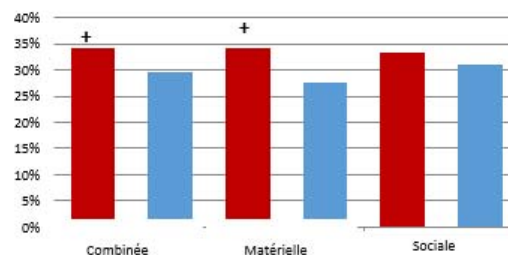
Comparaison entre défavorisation matérielle, sociale et combinée

Années potentielles de vie perdues [décès avant 75 ans]



- Les personnes matériellement défavorisées sont plus nombreuses à décéder avant l'âge de 75 ans.

Proportion de la population âgée ayant une incapacité



L'incapacité fait référence à une limitation d'activités en raison de problèmes de santé physique ou mentale

- Les personnes âgées défavorisées souffrent davantage d'une incapacité.



A retenir:

- Plus notre revenu est faible, plus nos habitudes de vie sont à risque
- Plusieurs déterminants sociaux associés à la santé (logement, mobilité, revenu) sont moins positifs pour les personnes défavorisées, comparativement aux favorisées
- Les personnes âgées défavorisées (surtout au niveau matériel) vivent plus souvent avec une incapacité, que les personnes favorisées

Annexe 6 Profil de consommation des services en maladies chroniques sur le territoire du RLS Pierre-De Saurel

[Retour à la liste des annexes](#)

Utilisation des services du RLS Pierre-De Saurel par les populations défavorisées comparativement aux populations favorisées

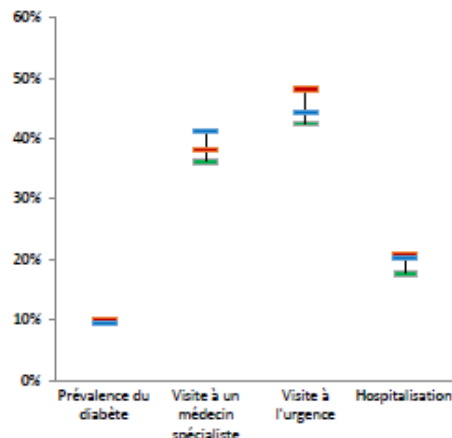
Ces données permettent de comparer les habitudes d'utilisation des services de santé en maladies chroniques (MC) pour les populations les plus défavorisées (quintile 5) de Pierre-De Saurel en les comparant avec les habitudes des plus favorisées (quintile 1). Elles permettent également de constater l'impact que peut avoir la défavorisation matérielle ou sociale sur l'utilisation des services.

- Défavorisation matérielle et sociale
- Défavorisation matérielle
- Défavorisation sociale

Définitions:

- Quintile 5 : Quintile le plus défavorisé
- Quintile 1 : Quintile le plus favorisé

Prévalence du diabète et proportion de la population diabétique défavorisée utilisant certains services de santé du RLS

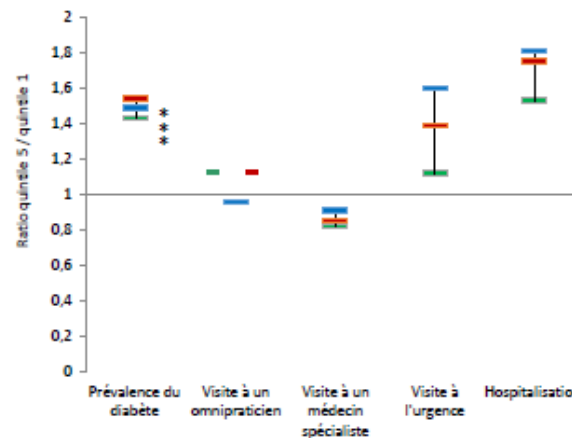


Source : SISMACQ, 2012-2013

À retenir :

- Les données de défavorisation combinée (trait rouge) nous montrent qu'environ 10 % des personnes défavorisées souffrent de diabète
- On constate également que presque 40 % d'entre elles ont visité au moins une fois un médecin spécialiste au cours de l'année et près de 50 % se sont rendues à l'urgence de l'hôpital
- Environ 20 % d'entre elles ont été hospitalisées au cours de la dernière année
- Ce sont les personnes socialement défavorisées qui semblent utiliser un peu plus ces services

Prévalence du diabète et proportion de la population diabétique défavorisée utilisant certains services de santé du RLS comparativement à la population favorisée

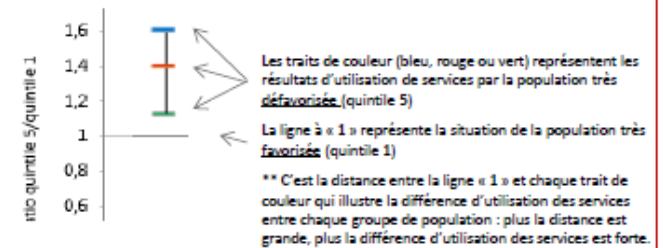


Source : SISMACQ, 2012-2013

À retenir :

- Davantage de personnes défavorisées souffrent de diabète, par rapport aux personnes favorisées
- Ces personnes ne voient pas plus souvent un omnipraticien, ni un médecin spécialiste; même un peu moins.
- Elles visitent plus fréquemment l'urgence de l'hôpital et sont plus souvent hospitalisées (surtout les personnes socialement défavorisées)

Comment interpréter les graphiques d'analyse comparative



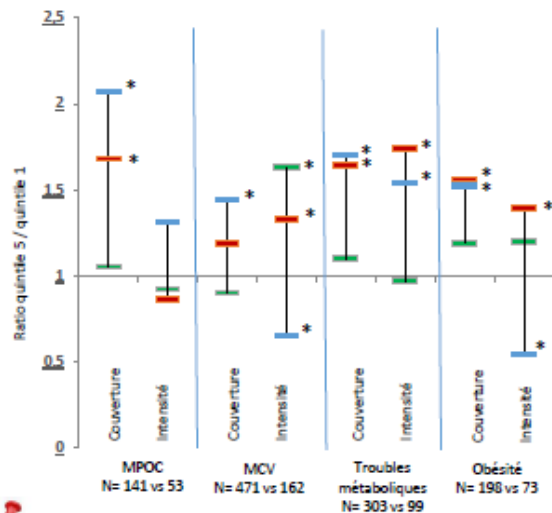
Si les traits de couleur se trouvent sous la ligne « 1 », les populations défavorisées utilisent moins de services que la population favorisée. Au contraire, un résultat au-dessus de la ligne « 1 » traduit une plus forte utilisation de services par la population défavorisée.

Une étoile indique que le résultat est statistiquement significatif; il n'est donc pas dû au hasard.

Utilisation des services du RLS Pierre-De Saurel par les populations défavorisées comparativement aux populations favorisées (suite)

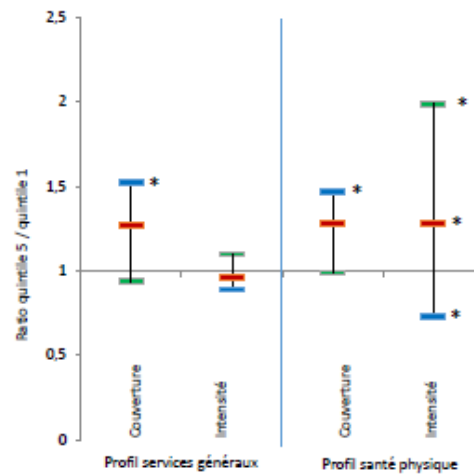
Couverture et intensité des services du CLSC pour la population défavorisée souffrant de maladies chroniques comparativement à la population favorisée

Source : Données I-CLSC, 2011-2014



À retenir :

- Parmi les usagers du CLSC souffrant des différentes maladies chroniques (couverture), on retrouve davantage de personnes défavorisées, surtout socialement
- La situation est différente pour les personnes défavorisées matériellement; elle est davantage comparable aux personnes favorisées
- L'intensité des services suit une autre tendance. Sauf pour les troubles métaboliques, certaines personnes défavorisées ont une intensité de services moins grande que l'intensité des services reçus par les personnes favorisées
- C'est chez les personnes défavorisées socialement qu'on retrouve l'intensité des services les plus faibles pour les MCV et l'obésité



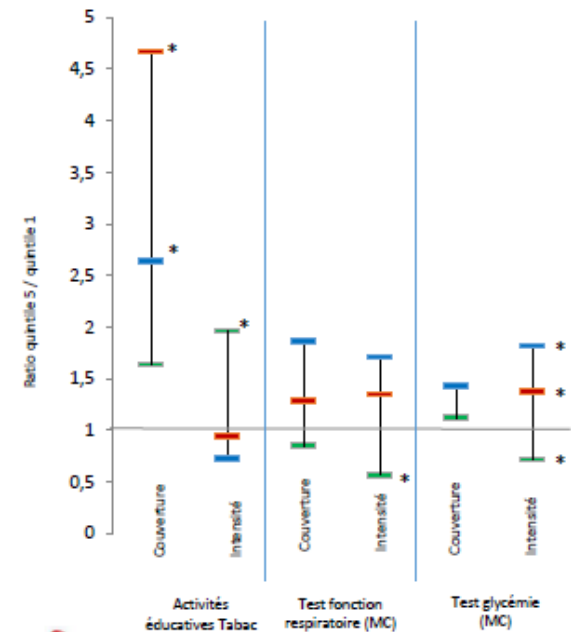
À retenir :

- Les services généraux offrent des services d'information ponctuels lors du diagnostic. Les services de santé physique offrent surtout un enseignement et un suivi structurés
- On rejoint surtout les personnes défavorisées socialement (couverture), mais l'intensité de ces services ne se démarque pas de la même façon : alors que les populations matériellement défavorisées reçoivent davantage de services de santé physique, celles qui sont socialement défavorisées en reçoivent moins

- Défavorisation matérielle et sociale
- Défavorisation matérielle
- Défavorisation sociale

Définitions:

- Couverture: Proportion de la population qui est rejointe
- Intensité: Nombre moyen d'interventions par usager
- Quintile 5 : Quintile le plus défavorisé
- Quintile 1 : Quintile le plus favorisé



À retenir :

- Les activités éducatives en cessation tabagique rejoignent une forte proportion de la population défavorisée (couverture), surtout matériellement. L'intensité de ces services se compare à celle offerte aux populations favorisées
- Pour les services diagnostics, soit le test de fonction respiratoire et le test de glycémie, c'est la population matériellement défavorisée qui présente une couverture et une intensité de services moins grande

Annexe 7

Cartographie des services en maladies chroniques sur le territoire du RLS Pierre-De Saurel

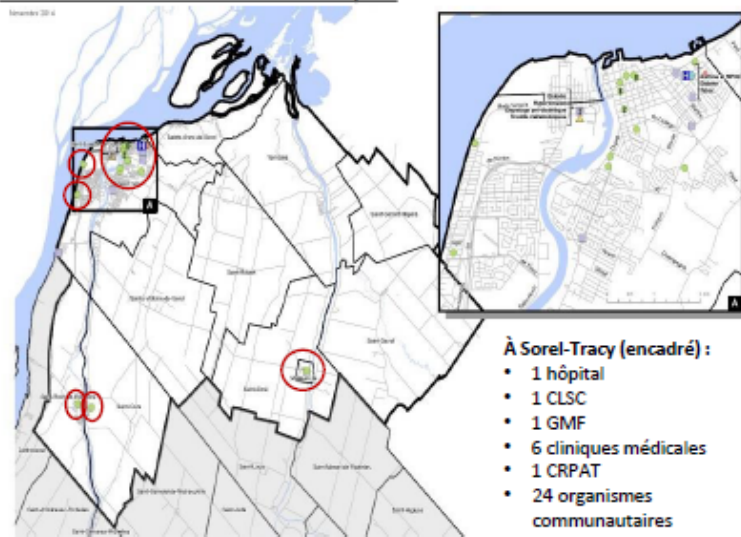
[Retour à la liste des annexes](#)

Cartographie de l'offre de service en maladies chroniques et caractéristiques de défavorisation des habitants

Les cartes permettent de situer les services en maladies chroniques sur le territoire de Pierre-De Saurel en lien avec les caractéristiques de la population des différentes municipalités



Ressources en maladies chroniques



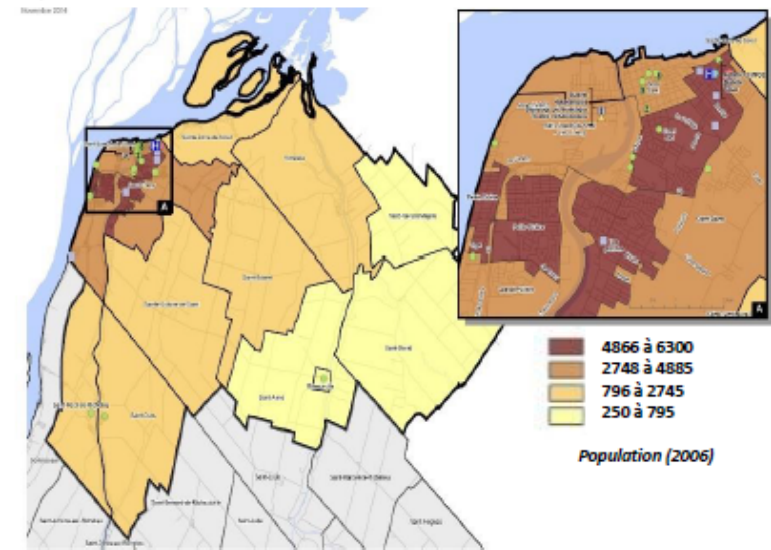
À Sorel-Tracy (encadré) :

- 1 hôpital
- 1 CLSC
- 1 GMF
- 6 cliniques médicales
- 1 CRPAT
- 24 organismes communautaires
- 2 centres d'enseignement (GMF et CLSC)

En périphérie :

- 3 organismes communautaires
- 1 à Massueville
- 1 à Saint-Ours
- 1 à Saint-Marc-sur-Richelieu

Population



À retenir:

- Ressources en MC, incluant l'hôpital et le CLSC, concentrées dans la zone du Vieux-Sorel
- Accès à la plupart des ressources à partir des zones plus éloignées nécessite un transport motorisé
- Certaines zones défavorisées sont peu desservies (ex. Saint-Gérard-Majella, Saint-Robert...)
- Exemple: Distance moyenne à parcourir pour se rendre au pôle CLSC/hôpital est:
 - ✓ Massueville : 26,7 km
 - ✓ Yamaska : 19,4 km
 - ✓ Vieux-Sorel : 1,3 km



À retenir:

- certaines municipalités en périphérie de Sorel-Tracy présentent une bonne densité de population, mais n'ont aucun service en maladies chroniques (Yamaska, Saint-Robert, Sainte-Victoire-de-Sorel, Saint-Ours et Saint-Roch-de-Richelieu)

Cartographie de l'offre de service en maladies chroniques et caractéristiques de défavorisation¹ des habitants

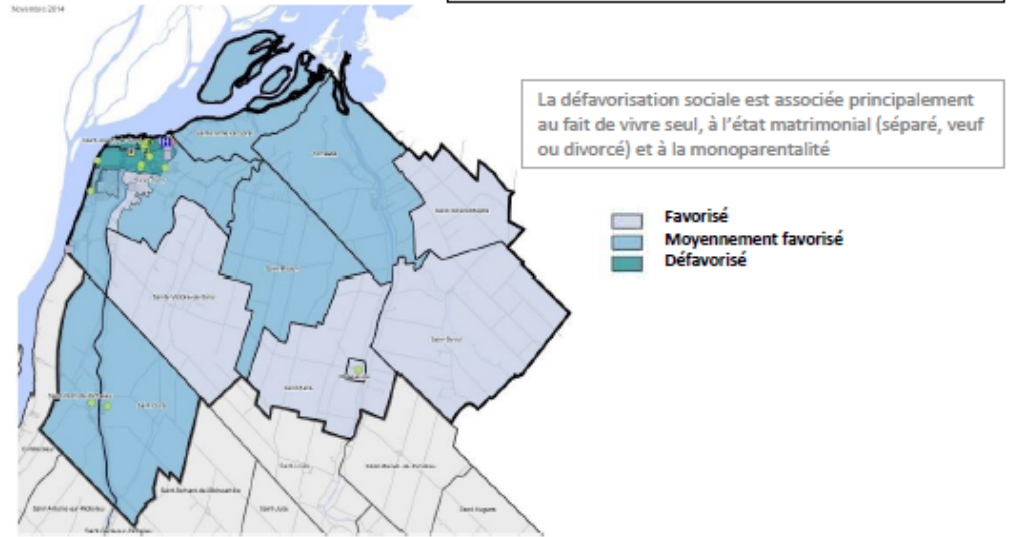
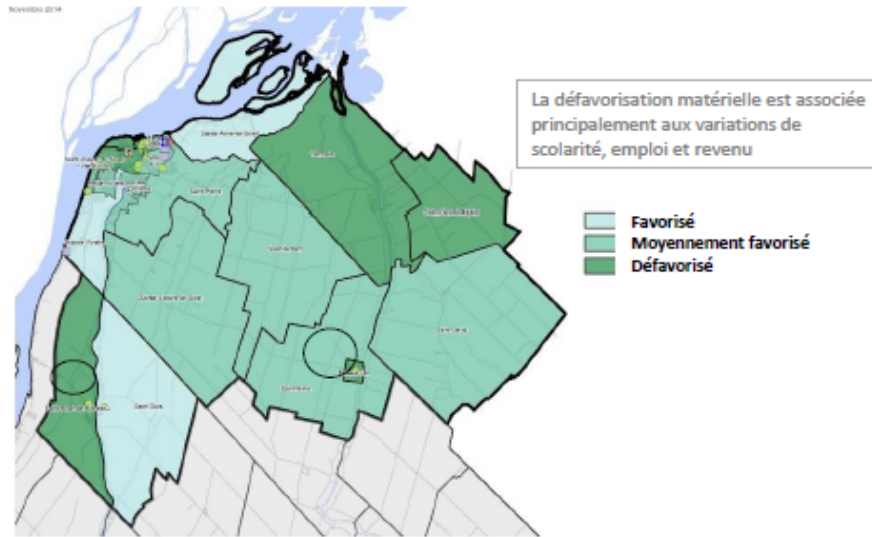
Type d'établissement ou d'organisme	Autres éléments
Hôpital	CSSS
CLSC	Hydrographie
GMF	Municipalité
Clinique médicale*	
Organisme communautaire*	
CRPAT	

* Le chiffre indique le nombre d'établissements différents situés à la même adresse



Défavorisation matérielle

Défavorisation sociale



À retenir:

- Plusieurs poches de défavorisation matérielle en zone rurale, éloignées des centres de services en MC
- Majorité des organismes communautaires sont situés au sein ou en bordure de zones matériellement défavorisées
- Absence totale de ressources pour les zones défavorisées matériellement de Yamaska et Saint-Gérard-Majella



À retenir:

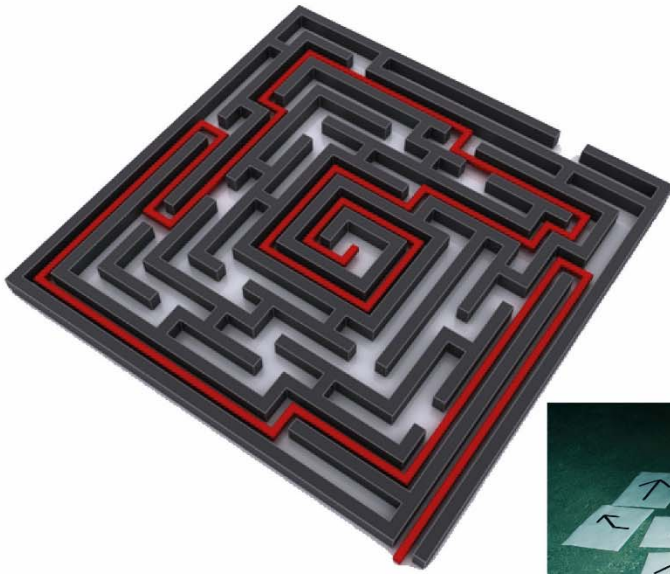
- Défavorisation sociale concentré surtout au centre-ville de Sorel-Tracy
- Ressources situées dans les zones défavorisée socialement

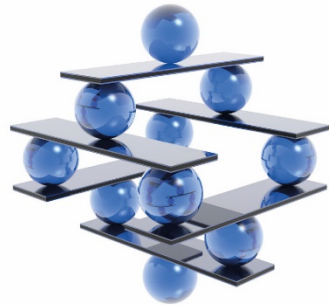
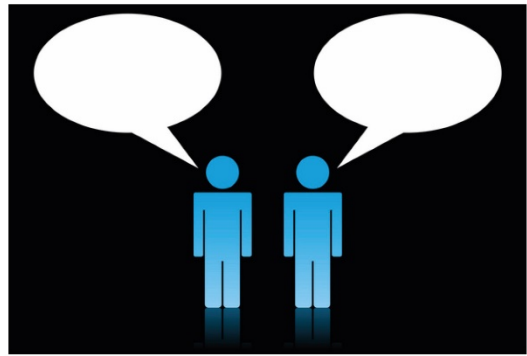
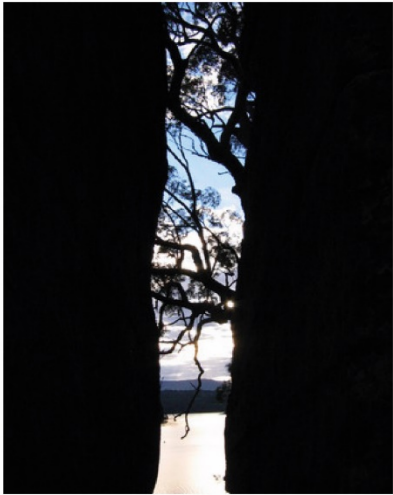
¹ Pampalon et coll., INSPQ

Annexe 8

Photovox – quelques exemples d’images

[Retour à la liste des annexes](#)





Annexe 9

Outil de planification des actions centrées sur la réduction des inégalités sociales de santé

[Retour à la liste des annexes](#)



Outil de planification des actions centrées sur la réduction des inégalités sociales de santé

Développé dans le cadre du projet FORCES

« Mieux planifier pour réduire les iniquités de santé »

Auteure

Mariève Lafontaine-Messier, courtière de connaissances

Sous la direction de

Martine Bouchard, directrice générale adjointe au soutien, administration et performance et directrice qualité, évaluation, performance et éthique, CISSS de la Montérégie-Est

Sarah Dutilly-Simard, agente de planification, programmation et recherche, Direction de santé publique de la Montérégie, CISSS de la Montérégie-Centre

Ginette Lafontaine, adjointe à la planification, l'évaluation et la recherche - Direction de santé publique de la Montérégie, CISSS de la Montérégie-Centre

Julie Loslier, médecin-conseil – Direction de santé publique de la Montérégie, CISSS de la Montérégie-Centre

Kareen Nour, chercheure - Direction de santé publique de la Montérégie, CISSS de la Montérégie-Centre

Ce document est disponible seulement en version électronique sur l'extranet de l'Agence www.extranet.santemonteregie.qc.ca, section santé publique

Reproduction ou téléchargement autorisés à des fins non commerciales avec mention de la source :
LAFONTAINE-MESSIER, M. *Outil de planification des actions centrées sur la réduction des inégalités sociales de santé*. Sous la direction de BOUCHARD, M., LAFONTAINE, G., LOSLIER, J. et NOUR, K., CISSS de la Montérégie-Centre, direction de santé publique de la Montérégie, et CISSS de la Montérégie-Est, 2015, 15 p. et outils.

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Janvier 2015

Introduction

Planifier, c'est quoi?

C'est prendre le temps de réfléchir avant d'agir!



On planifie pourquoi?

- ✓ Pour définir des **objectifs clairs**
- ✓ Pour que nos actions **répondent vraiment aux besoins**
- ✓ Pour choisir des **interventions efficaces et faisables**
- ✓ Pour bien prévoir nos **ressources**



Et les inégalités sociales de santé (ISS)?

Les **ISS** « peuvent être définies comme des **écarts de santé systématiques et évitables** entre des groupes de populations, **selon leur statut social** » (Raynault, 2013). Dans une telle situation, les groupes moins avantagés (par exemple les personnes plus pauvres et les minorités raciales ou ethniques) font invariablement face à une moins bonne santé ou à des risques de santé plus élevés que les groupes sociaux plus avantagés (Braveman, 2005).

Une action qui contribue à réduire les ISS nécessite une planification qui inclut au moins les trois éléments-clés suivants :

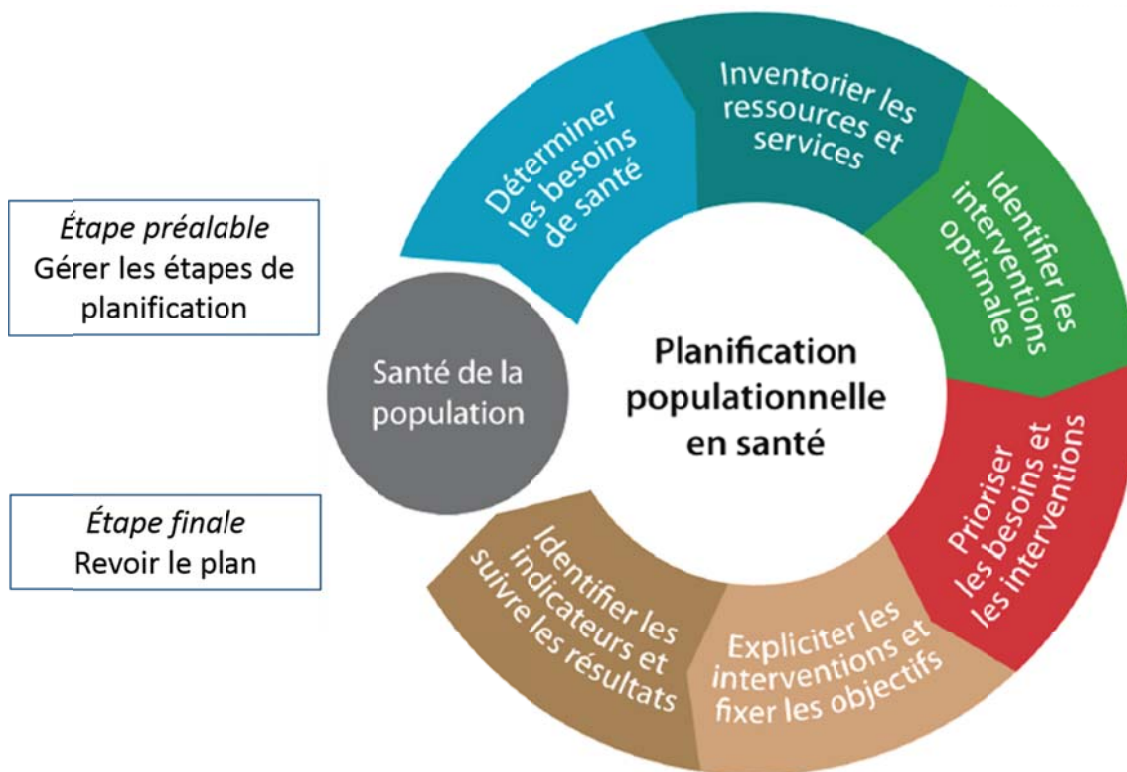
1. Que leur réduction soit la **préoccupation centrale** tout au long du processus de planification;
2. Que des personnes en proie à des ISS ou en contact étroit avec elles soient **activement impliquées tout au long du processus**;
3. Que les intervenants pensent à agir sur différents déterminants sociaux et à viser des sous-groupes spécifiques de population.

Ne jamais oublier que **le phénomène des ISS est complexe!** En réduire l'importance passe par le souci de planifier des **actions qui touchent à plusieurs secteurs** (système de santé, logement, transport, éducation, etc.) et **impliquent une diversité de disciplines**.

N.B. Ce guide de planification a été construit en utilisant l'exemple des iniquités de revenus (personnes défavorisées vs plus nanties). Il importe toutefois de mentionner qu'il peut être adapté à tout type de déterminant.

Les étapes de la planification

Le processus de planification peut être fait en 6 étapes, illustrées à l'aide du cycle qui suit. On peut ajouter une étape préalable qui permet de bien préparer l'ensemble du processus de planification, et une étape finale qui nous aide à vérifier si les ISS sont bien prises en compte dans notre planification d'actions.



Litvak, 2006

Même si les étapes du processus de planification sont présentées dans un cycle, « elles ne seront que rarement effectuées en séquence dans la réalité » (Litvak, 2006). Elles doivent être abordées de façon **flexible** et représentent surtout un **aide-mémoire** sur la façon de bien penser une action avant de la mettre en œuvre.



Étape préalable – gérer les étapes de planification


Finalité : Définir un « plan pour bien planifier »

(adapté de SPO 2008)

Cette étape vise à préciser la structure de votre travail pour tout le **processus de planification**. Elle consiste en **5 actions préliminaires** qui vous permettront de rassembler l'information dont vous aurez besoin pour bien planifier votre intervention.

1. **Définir qui participera au processus de planification, leurs rôles et leurs attentes** : qui participera (intervenants, partenaires communautaires, municipalité, CLSC, gestionnaires, public[s] cible[s], autres)? Quel sera le rôle de chacun? Quelles sont leurs attentes?

  **L'OUTIL n° 1** vous aide à identifier vos partenaires potentiels.

 Selon une approche de **responsabilité populationnelle**, le fait de considérer plusieurs points de vue, faits, expériences et opinions semble offrir la meilleure garantie de progrès (Roy *et coll.*, 2010). Il est donc important **d'impliquer toutes sortes d'acteurs clés**.



Attentes

Les attentes permettent de comprendre pourquoi chaque partie s'intéresse au processus de planification ou s'implique dans celui-ci.



FOCUS ISS

Impliquer des personnes en situation de pauvreté, en plus d'experts en ISS : planifier AVEC eux et non POUR eux.

2. **Définir le processus de prise de décisions** : qui doit participer aux prises de décisions pour chaque étape, qui doit être consulté et qui doit être simplement tenu informé? Le consensus est-il requis? Comment les priorités sont-elles établies? Qui approuve les avancées du travail et le plan final?
3. **Fixer l'échéancier, c'est-à-dire déterminer les dates du début et de la fin du processus de planification** : de combien de temps dispose-t-on pour réaliser le processus de planification?
4. **Estimer les ressources** : quelles sont les ressources nécessaires et disponibles (humaines, financières, matérielles, en termes d'espace et autres) pour réaliser le processus de planification?
5. **Définir le processus de collecte et d'analyse des données** : quelle quantité de données devra être collectée pour permettre une bonne analyse de la situation? Comment seront-elles récoltées, rassemblées, triées et interprétées?



LA CLÉ DU SUCCÈS

Toutes les parties impliquées doivent acquérir une vision commune du projet, sans quoi il est impossible de poursuivre le processus de planification.

Étape 1 – Déterminer les besoins de santé

Finalité : Produire une liste des besoins de santé priorités

Identifier les besoins de santé aide à bien établir les buts et les objectifs des actions planifiées et à mieux définir les activités à mettre en œuvre.



Voici 4 questions pour vous aider :

1. Quelle est ma **population cible (à qui s'adresse cette planification)** et quelles sont les **caractéristiques** qui lui sont propres?
2. Quel est l'état de santé des membres de ma population cible (**situation observée ou portrait de santé**)? Pour le définir, on peut utiliser des données statistiques ou des témoignages de la population cible.



Les **données de surveillance de la DSP de la Montérégie**⁹ vous offrent des portraits de santé par territoire.

3. Quelle est la **situation souhaitée** pour ma population cible? En d'autres mots, quel est le but de l'action, qu'est-ce qu'on cherche à atteindre?
4. Quels sont les **écarts à combler** entre la situation observée et la situation souhaitée (donc, quels sont les **principaux besoins**)? Quels sont les facteurs qui créent cet écart indésirable? De quels services ou ressources la population cible manque-t-elle?



On peut regrouper les besoins sous **3 grandes catégories** :

- **Les besoins exprimés** : les besoins qui sont **manifestés** par la population (par ex. : une demande est faite à la municipalité pour l'installation de bancs et d'abris aux arrêts d'autobus près d'un secteur résidentiel pour personnes âgées défavorisées);



BESOIN

Un **besoin** correspond à l'**écart** détecté entre une situation **observée** et ce qui est **souhaité**.

« Comblé les besoins » correspond à déterminer **ce qu'il faut faire** pour réduire cet écart.



FOCUS ISS

La population cible devrait être identifiée en examinant la situation au regard des ISS.

Le portrait de santé doit tenir compte des **déterminants sociaux de la santé** et faire ressortir les **ISS liées au problème étudié** (Guichard et Ridde, 2010). Il est intéressant de comparer les mieux et les moins nantis.



L'OUTIL n° 2 vous présente une liste de **déterminants sociaux** de la santé.

⁹ Portrait type territorial (ASSSM, 2013) : <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/surveillance-etat-sante/portrait-type-territorial.fr.html> et indicateurs de développement des communautés par territoire (ASSSM, 2012) : <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/promotion-prevention/dsdc/idc.fr.html>.

- **Les besoins ressentis** : les besoins **perçus** par la population (par ex. : une personne à mobilité réduite a besoin d'un banc installé à son arrêt d'autobus pour pouvoir se rendre à ses rendez-vous médicaux);
- Les **besoins réels** qui incluent aussi :
 - **Les besoins normatifs** : les besoins **définis par les experts**. Il peut s'agir de besoins « diagnostiqués » qui ont été mesurés ou encore de besoins « comparatifs » qui ont été définis en comparant la situation de notre population à celle d'une autre population donnée. Ces besoins ne sont pas nécessairement reconnus (ou ressentis) par la population (par ex. : des experts soulignent l'absence de règlement exigeant que des bancs soient installés aux arrêts d'autobus près des résidences pour personnes âgées, notamment dans les quartiers défavorisés);
 - **Les besoins latents ou non perçus** : les besoins qui **n'ont pas été reconnus** ni par la population ni par les experts (par ex. : il faudrait installer un abribus à de tels endroits pour que ces personnes bénéficient de conditions optimales pour utiliser ce mode de transport).



L'**OUTIL n° 3** présente trois méthodes participatives qui vous aideront à évaluer les besoins.



LA CLÉ DU SUCCÈS

« Les données quantitatives ne donnent qu'un aperçu partiel et souvent imparfait de la réalité. Le savoir et l'expérience des acteurs-clés sont **essentiels** : ils enrichissent et complètent le portrait de santé » (Litvak, 2006).



FOCUS ISS


Les questions suivantes peuvent vous aider à bien comprendre la nature et l'ampleur des inégalités sociales de santé liées aux besoins que vous avez identifiés (Outils HEAT — Signal et coll. 2008) :

1. **Quelles inégalités existent en relation avec le besoin de santé exprimé ou identifié?** Ne vous limitez pas à une ou deux sources d'inégalités, explorez l'ensemble des déterminants sociaux. Une analyse plus large vous assure une meilleure compréhension de la nature du problème d'iniquités sur votre territoire.
2. **Comment se sont développées les inégalités (chaîne de cause à effet)? Quel(s) mécanisme(s) contribue(nt) à les créer, à les maintenir et, s'il y a lieu, à les augmenter?** Parmi les facteurs à explorer, vous pouvez considérer, entre autres :
 - Des facteurs économiques (revenus);
 - Des facteurs sociaux et culturels (support social, discrimination);
 - Des facteurs environnementaux (incluant les conditions de vie et de travail);
 - L'offre de services à la population (services de garde pour les enfants, services de santé);
 - Des facteurs individuels ou comportementaux (aptitudes, habitudes de vie).

Étape 2 – Inventorier les ressources et les services disponibles

Finalité : Dresser un portrait des ressources déjà en place pour déterminer leur capacité à répondre aux besoins identifiés

Identifier les ressources en **2 questions-clés** :

- 1- Quels programmes et quels services liés aux besoins identifiés **sont disponibles ou déjà offerts** sur votre territoire?
- 2- **Quels programmes ou services existants ciblent particulièrement les personnes en situation de pauvreté et la lutte contre les ISS?** 

Pour chaque programme et service identifié, il importe de se poser **3 sous-questions** supplémentaires :

- Quelles sont les ressources matérielles, humaines et financières investies?
- Pour qui ou quel groupe de population ces programmes ou services sont-ils implantés?
- Quels sont les objectifs poursuivis par ces interventions, les résultats atteints et les difficultés rencontrées pendant leur mise en œuvre?



Pour mener à bien cette étape, **la collecte de données peut regrouper différentes stratégies** (Renaud et Lafontaine, 2011) :

- **Des consultations auprès d'acteurs-clés** (*par ex.* : professionnels, experts, médecins, personnes en situation de pauvreté, etc.);



Vous pouvez vous référer à nouveau aux méthodes participatives présentées à **L'OUTIL n° 3**.

- **Des observations sur le terrain** (*par ex.* : passer quelques jours au CLSC pour observer à quel point les services sont accessibles pour les personnes en situation de pauvreté);
- **Des échanges informels avec la population cible** (*par ex.* : profiter de la présence de personnes en situation de pauvreté lors d'un atelier dans un organisme communautaire pour discuter avec elles de leurs impressions sur les activités offertes en prévention des maladies chroniques);
- **Des recherches documentaires** sur les programmes, les politiques ou les activités qui existent dans votre région ou ailleurs.

Étape 3 – Identifier les interventions (ou actions) optimales possibles

Finalité : Adapter les ressources et les services disponibles aux besoins identifiés

Il s'agit ici d'**analyser les écarts** entre les besoins de santé et les ressources et services offerts. Cette analyse permettra d'identifier les actions les plus appropriées à mettre en œuvre.

Cette analyse peut se faire en **4 questions-clés** :

1. Quel est l'**écart entre les besoins et les ressources et services** offerts?
2. Quelles sont **les causes** de cet écart?
3. Comment peut-on **améliorer ou bonifier** les programmes et services actuels pour mieux répondre au besoin identifié (**identifier les actions optimales possibles**)?
4. Qui détient les **leviers** pour réaliser chaque action? En d'autres mots, qui possède les ressources et peut les mettre en place?



FOCUS ISS

L'action doit viser entre autres **les facteurs à l'origine des ISS** et cibler **les individus, leurs milieux de vie et le contexte global dans lequel chacun évolue.**



Référez-vous à la liste des déterminants sociaux présentée à l'**OUTIL n° 2**.



LA CLÉ DU SUCCÈS

Ne réinventez pas la roue! « Le but est de chercher à améliorer ou compléter les programmes existants » (Litvak, 2006).



FOCUS ISS

Trois questions supplémentaires pour vous aider à réfléchir aux limites potentielles de vos actions au regard de la réduction des ISS (Signal *et coll.*, 2008) :

1. **De quelle façon cette action peut-elle avoir un impact sur les ISS?**
Puisque les iniquités sont causées par une série complexe de facteurs, il peut être difficile de bien visualiser le mécanisme d'action adéquat. Cette question offre une première piste de réflexion sur les impacts possibles des actions identifiées.
2. **Qui en bénéficiera le plus?**
Une action donnée n'entraînera certainement pas un impact équivalent sur tous les groupes de population, ciblés ou non, si une attention particulière n'est pas portée au fait de favoriser une telle équité dans leur mise en œuvre. Cette question permet de cibler les sources potentielles d'iniquités.
3. **Quelles peuvent en être les conséquences non intentionnelles, non prévues?**
Une action pourrait avoir des conséquences non désirées et non intentionnelles sur la population cible et sur les ISS. Il est important d'y réfléchir pour tenter de les prévenir.

Étape 4 – Prioriser les besoins et les interventions



Finalité : Dresser la liste des actions prioritaires



FOCUS ISS

Les actions prioritaires devraient clairement viser à réduire les ISS.

permettront d'atteindre le plus efficacement nos buts et objectifs en tenant compte de nos limites en ressources? » (SPO, 2008).



Pour prioriser les actions, on tient compte de deux critères principaux : **l'importance du besoin** et **la capacité d'intervenir** (Litvak, 2006). La **capacité d'intervenir** s'évalue grâce aux critères de **faisabilité**, **d'efficacité** et **d'imputabilité**.



L'OUTIL n°4 vous accompagne dans votre réflexion pour prioriser les actions;

L'OUTIL n°5 vous offre plus de détails sur les critères pour évaluer le potentiel d'impact d'une action.

Cette matrice propose une méthode simple qui permet d'identifier les interventions à mettre en œuvre de façon prioritaire (SPO, 2008) :

		Importance du besoin	
		Élevée	Faible
Capacité d'intervenir	Élevée	Priorité d'intervention élevée	<i>Priorité d'intervention secondaire</i>
	Faible	<i>Priorité élevée de recherche/planification (mise en œuvre à long terme)</i>	<i>Priorité faible de recherche/planification (mise en œuvre à long terme)</i>



FOCUS ISS

Cette étape devrait se faire de façon participative, en portant une attention particulière à l'implication de personnes en situation de pauvreté.



Ne pas oublier de tenir compte (sans vous y limiter) des priorités déjà déterminées (par ex. : dans le cadre de plans d'action institutionnels ou d'énoncés de mission et de vision d'organismes).

Étape 5 – Expliciter les interventions et fixer les objectifs

Finalité : Construire un modèle logique



FOCUS ISS

Il importe de s'assurer que les objectifs sont cohérents avec l'analyse faite du problème des ISS.

Le but de cette étape est de préciser les actions à mettre en œuvre. Pour y arriver, on peut construire un modèle logique, c'est-à-dire un outil de planification qui nous aide à préciser :



L'OUTIL n° 6 vous offre un exemple de modèle logique simple.

- **L'objectif de l'action :**



Une bonne définition d'un objectif compte **quatre éléments** (SPO, 2008) :

1. **Qui le changement vise-t-il** (public cible)? (*Par ex.* : les jeunes fumeurs de 18 à 25 ans du quartier Saint-Thomas, défavorisé);
 2. **Quel changement** souhaitez-vous (**résultat recherché**)? (*Par ex.* : diminution du taux de tabagisme);
 3. Dans **quelle mesure**? (*Par ex.* : noter une diminution de 10 % du taux actuel);
 4. Respectant **quel délai**? (*Par ex.* : d'ici 2 ans).
- **Les principales activités à réaliser** : quelles activités me permettront d'atteindre l'objectif de mon action?
 - **Les résultats attendus à court terme** : Quels devraient être les résultats directs et à court terme des activités réalisées? Les résultats doivent être mesurables à l'aide d'indicateurs qui seront choisis à la prochaine étape (la sixième) du processus de planification;
 - **Les résultats attendus à long terme** : Il s'agit des effets anticipés ou résultats observables à plus long terme, au-delà du résultat à court terme de l'activité. Ils peuvent être volontaires ou involontaires, négatifs ou positifs;
 - **Les ressources à déployer** – financières, humaines, matérielles, espace, etc.




LA CLÉ DU SUCCÈS

Évitez de vous perdre, utilisez un modèle logique **SIMPLE**.


Étape 6 – Identifier les indicateurs et suivre les résultats

Finalité : Créer un plan de suivi et d'évaluation de l'action

 L'évaluation du projet se prévoit dès l'étape de planification.

Il s'agit ici de prévoir les outils qui permettront de faire le suivi des actions. Il faut, pour ce faire, identifier une série d'indicateurs qui permettront de suivre l'évolution du projet et d'évaluer dans quelle mesure les objectifs ont été atteints.

Quelques questions qui guident le choix **d'indicateurs adéquats** :

- Comment saurez-vous que l'action a été mise en œuvre?
 - Comment saurez-vous que l'objectif a été atteint?
 - Comment évaluerez-vous le progrès vers l'atteinte du résultat escompté?
 - Une fois l'action terminée, comment saurez-vous ce qui a changé?
-  • Comment saurez-vous si vous avez bien rejoint les personnes en situation de pauvreté?
- Comment saurez-vous si les ISS ont effectivement été réduites?



FOCUS ISS

Une bonne sélection d'indicateurs permet de prendre en compte les sous-groupes de la population cible.

Chaque objectif devrait être associé à au moins un indicateur. Les indicateurs peuvent permettre de mesurer des résultats à court, moyen et long terme, ou l'état d'avancement d'un projet au cours de sa mise en œuvre.

On utilise généralement **4 principaux types d'indicateurs** : de ressources, de résultats, de processus et d'effets collatéraux.



LA CLÉ DU SUCCÈS

Faites participer les partenaires à l'identification des indicateurs qu'ils utiliseront pour mesurer leurs résultats.



L'OUTIL n° 7 vous présente un aide-mémoire pour la sélection d'indicateurs appropriés.



FOCUS ISS

Les résultats sur la réduction des ISS sont souvent plus difficiles à mesurer en raison de délais et de multiples influences possibles. Il importe donc d'intégrer des **indicateurs intermédiaires** qui permettront d'assurer une **surveillance de la mise en œuvre de l'action**.

Les données produites permettront d'augmenter l'ensemble de données disponibles pour les interventions en matière d'équité et **pourront servir à nouveau** au cours du processus d'élaboration d'autres plans, politiques ou programmes.

Étape finale – Revoir la planification

Finalité : S'assurer que la planification réalisée est complète, logique, et qu'elle correspond à l'analyse de la situation.

Cette étape permet de réviser la planification réalisée pour vous assurer qu'elle correspond adéquatement à l'analyse des besoins que vous avez effectuée à l'étape 1 du processus de planification.

Elle vous permet de détecter des erreurs ou des omissions **AVANT** la mise en œuvre des actions, ce qui vous épargnera certainement bien des soucis futurs. Une telle révision maximisera vos chances d'atteindre vos objectifs d'action.



L'OUTIL n° 8 vous permet de vous assurer de bien prendre en considération les inégalités sociales de santé dans votre planification.



FOCUS ISS

Profitez de cette étape pour vous assurer que votre planification d'activités **intègre efficacement la problématique des inégalités sociales de santé** et est **particulièrement orientée vers les personnes en situation de pauvreté**.

Références

Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (2013). *Portrait type territorial*. En ligne : <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/surveillance-etat-sante/portrait-type-territorial.fr.html>.

Braveman, P. (2006). Health Disparities and Health Equity: Concepts and Measurements. *Annual Review of Public Health*, vol. 27: 167-194.

Centre de collaboration nationale des méthodes et outils (CCNMO) (2014). *Cadre PROGRESS : voir les interventions du point de vue de l'équité*. Université McMaster. Hamilton. En ligne : (<http://www.ccnmo.ca/registry/view/fra/223.html>).

Direction générale de la santé publique (2012). *La santé et ses déterminants, mieux comprendre pour mieux agir*. Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Québec, 26 p. En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2011/11-202-06.pdf>.

Guichard, A., Ridde, V., Nour, K., Lafontaine, G. (2015). *Mieux prendre en considération les inégalités sociales de santé : outil RÉFLEX-ISS*, Université Laval, Université de Montréal et Direction de santé publique de la Montérégie-CISSS de la Montérégie-Centre. En ligne : <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/userfiles/file/sante-publique/la-direction/Formulaire-ISS.pdf>

Laforest, J. (2009). Guide d'organisation d'entretiens semi-dirigés avec des informateurs-clés. *Vivre en sécurité – se donner les moyens, Volume 11*. Institut national de santé publique du Québec, Montréal (Canada), 26 p.

Last, J. M. (2004). *Dictionnaire d'épidémiologie. Enrichi d'un lexique anglais-français* (traduit par Talbot-B., L. et Thuriaux, M.C.). Don Mills, Canada : Oxford University Press Inc. 306 p.

Lemire, N. et Litvak, É. (2011). *L'amélioration en santé – Diriger, réaliser, diffuser*. Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Longueuil, 74 p. En ligne : <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3174/Diriger-realiser-diffuser.pdf>.

Litvak, E. (2006). *Guide de planification populationnelle pour soutenir le plan d'action régional et les plans d'action locaux de santé publique – Document de travail*. Direction de prévention et de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal. Montréal, 22 pages.

Loslier, J. et Lafontaine, G. (2014). *Outil de réflexion pour une planification en lien avec la responsabilité populationnelle*. Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Longueuil, 1 p.

O'Neill, J., Tabish, H., Welch, V., Petticrew, M., Pottie, K., Clarke, M., Evans, T., Pardo Pardo, J., Waters, E., White, H. et Tugwell, P. (2014). Applying an equity lens to interventions: using PROGRESS ensures consideration of socially stratifying factors to illuminate inequities in health. *Journal of Clinical Epidemiology*. 67 : 56-64.

Pineault, R. et Daveluy, C. (1995). *La planification de la santé : concepts, méthodes, stratégies*. Éditions Nouvelles AMS, 480 p.

Raynault, M.-F. (2014). *La mesure des inégalités sociales de santé : au-delà de la description, le soutien à l'intervention*. Présentation réalisée dans le cadre de l'activité de transfert des connaissances tenue le 18 novembre 2014. Fonds de recherche Société et culture, Québec.

Renaud, L. et Lafontaine, G. (2011). *Guide pratique : Intervenir en promotion de la santé à l'aide de l'approche écologique*. Réseau francophone international pour la promotion de la santé – Section des Amériques. Édition Partage, Montréal, 36 p.

Réseau québécois des villes et villages en santé (RQVVS). (sans date). *Trousse à outils de méthodes qualitatives pour un diagnostic local de santé*. Montréal (Canada), 19 p. En ligne : http://www.eps-polelorraine.fr/actions/S0004/docs/observation_locale/trousseoutils.pdf.

Risi, C. (2007). *Aide-mémoire – Déterminants et stratégies* (adapté par Loslier, 2012). Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie. Longueuil, 2 p. En ligne : <http://www.usherbrooke.ca/moodle2-cours/mod/resource/view.php?id=17699>.

Roy, D.A., Litvak, E. et Paccaud, F. (2010). *Des réseaux responsables de leur population. Moderniser la gestion et la gouvernance en santé*. Le Point en administration de la santé et des services sociaux. Mascouche (Québec), 200 p.

SCL709 (2012). *Programme de santé : Planification, organisation et évaluation*. Université de Sherbrooke. En ligne dans l'environnement Moodle : <http://www.usherbrooke.ca/moodle2-cours/>.

Signal, L., Martin, J., Cram, F., et Robson, B. (2008). *The Health Equity Assessment Tool : A user's guide*. Ministry of Health. Wellington, 44 p. En ligne : (<http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/health-equity-assessment-tool-guide.pdf>) (en anglais).

Santé publique Ontario (SPO) (2008). *Outils de planification en ligne*. Santé publique Ontario, Agence de protection et de promotion de la santé, Toronto. En ligne : <https://secure.publichealthontario.ca/fr/ServicesAndTools/ohpp/Pages/default.aspx>.

La boîte à outils



Liste des outils présentés :

- **Outils n° 1** : Identification des partenaires potentiels
- **Outils n° 2** : Rappel sur les déterminants sociaux de la santé
- **Outils n° 3** : Méthodes participatives pour identifier les besoins
- **Outils n° 4** : Outil de réflexion pour prioriser les problèmes
- **Outils n° 5** : Critère pour évaluer le potentiel d'impact d'une action
- **Outils n° 6** : Exemple de modèle logique simple
- **Outils n° 7** : Aide-mémoire pour la sélection d'indicateurs appropriés
- **Outils n° 8** : Outil de réflexion pour mieux prendre en considération les inégalités sociales de santé



OUTIL n° 1 – Identification des partenaires potentiels

(adapté de Renaud et Lafontaine, 2011)

L'identification des partenaires se fait **en trois étapes** :

1. Lister tous les acteurs liés de près ou de loin au projet :

- Les organisations, les groupes, les structures, les réseaux ou les individus (du secteur privé, public ou communautaire) qui peuvent contribuer à la réussite d'une action ou, au contraire, tenter de la bloquer ou d'en changer le cours;
- Les personnes ou groupes de personnes qui sont touchés par l'action.

Les acteurs peuvent être de premier plan (c'est-à-dire directement affectés par le projet, de façon positive ou négative) ou de second plan (tels que des organisations exécutrices, des agences donatrices, des pouvoirs publics, etc.).

2. Demander à d'autres personnes de compléter la liste au besoin :

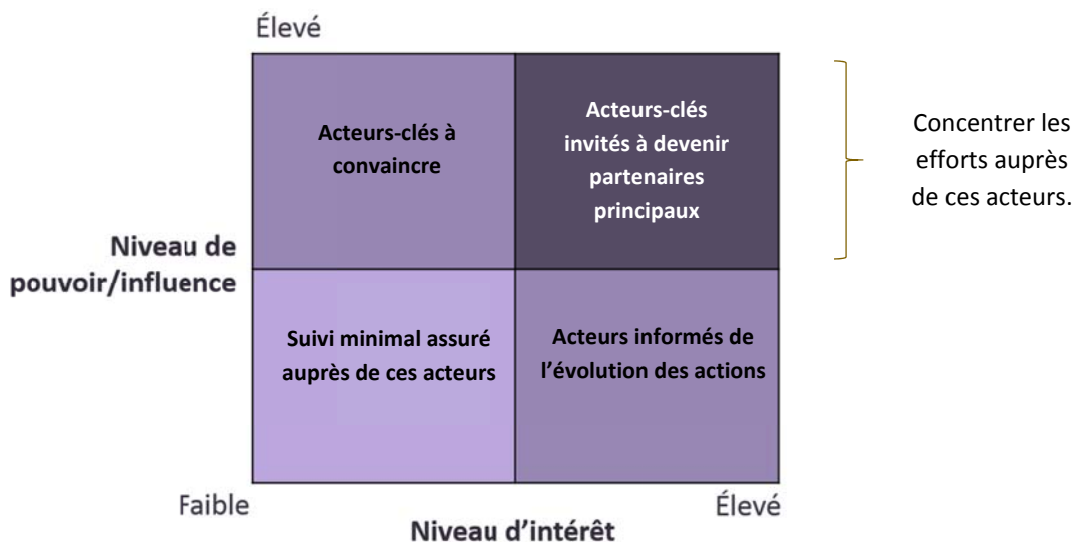
Il est important de ne pas laisser passer de partenaires potentiels, car il peut suffire d'un seul individu convaincu pour faciliter ou faire échouer un projet. Il vous est donc suggéré de demander de l'aide et des conseils pour compléter votre liste.

3. Remplir la « matrice des parties prenantes » :

Chaque acteur identifié est placé sur la matrice en fonction de :

- Son **pouvoir/influence** : sa capacité à avoir un impact sur les activités du projet;
- Son **intérêt** : son degré de soutien ou d'opposition aux buts et objectifs du projet.

Les acteurs placés dans la portion supérieure droite de la matrice devraient être invités à participer au projet à titre de **partenaires principaux**. Il est également recommandable de contacter les acteurs placés dans la portion supérieure gauche de la matrice vu leur niveau d'influence élevé. Les acteurs placés dans la portion inférieure de la matrice pourront être tenus au courant des actions réalisées sans pour autant être invités à devenir partenaires.





OUTIL n° 2 – Rappel sur les déterminants sociaux de la santé

Les déterminants sociaux correspondent à l'ensemble des facteurs et des conditions qui influencent la santé d'une personne ou d'une population. Pour bien prendre en compte les ISS et le contexte des personnes en situation de pauvreté dans les actions à mettre en œuvre, il est essentiel d'identifier les déterminants sociaux qui peuvent avoir une incidence sur les besoins en santé. Voici deux outils pour vous aider :

1. L'acronyme **PROGRESS-Plus** (CCNMO, 2014) :

P – Place (lieu) de résidence

R – Race, ethnicité, culture ou langue

O – Occupation

G – Genre et sexe

R – Religion

E – Études

S – Statut économique

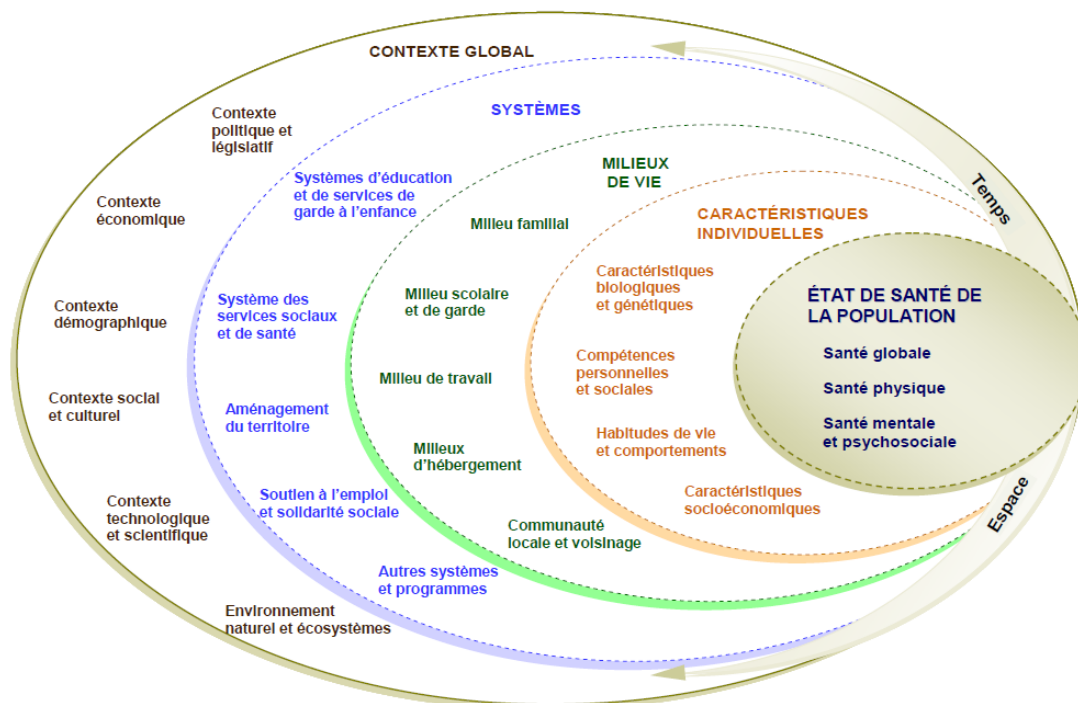
S – capital **S**ocial (relations sociales et réseaux)

Plus

- Les caractéristiques personnelles relatives à la discrimination (*p. ex.* : l'âge, les handicaps);
- Les caractéristiques relationnelles (*p. ex.* : parents fumeurs, exclusion de l'école);
- Les relations temporelles (*p. ex.* : congé de l'hôpital, répit aux aidants);
- Les autres situations qui peuvent indiquer un désavantage.

Il est important d'analyser l'interaction de chaque facteur PROGRESS avec d'autres facteurs du contexte de vie de la personne ou de la population cible (O'Neill *et coll.*, 2014).

2. **La carte de la santé et de ses déterminants** : Elle est présentée en quatre champs qui incluent tous les déterminants de la santé, dont les déterminants sociaux. Pour plus de détails, voir le document *La santé et ses déterminants* (DGSP, 2012) :





OUTIL n° 3 – Méthodes participatives pour l'identification des besoins

(adapté de Laforest [2009]; RQVVS [s.d.] et SCL709 [2012])

Méthode par informateurs-clés [individuelle]

Il s'agit de faire une entrevue individuelle avec une série de personnes reconnues pour bien connaître la population cible et les problèmes qu'elle peut rencontrer : experts, professionnels de la santé, travailleurs sociaux, citoyens impliqués, personnes en situation de pauvreté, etc. Il est important de sélectionner une variété d'informateurs-clés pour toucher à différents groupes de la population cible et faire ressortir un large éventail de besoins.



Déroulement :

- 1. Préparation antérieure à l'entrevue :** Créer une grille d'entrevue. Celle-ci devrait compter très peu de questions pour laisser le répondant développer ses idées le plus possible;
- 2. Conduite de l'entretien :** L'entrevue est réalisée avec un seul répondant à la fois. L'interviewer tente de laisser tout le temps dont le répondant a besoin pour développer au maximum ses idées. Il se contente d'orienter le répondant vers les thèmes identifiés dans la grille d'entrevue et, surtout, écoute attentivement ce que son interlocuteur veut lui dire;
- 3. Analyse :** Une fois toutes les entrevues individuelles réalisées, l'interviewer analyse l'ensemble des réponses obtenues pour détecter les points de concordance entre les idées exprimées individuellement. C'est ainsi que les besoins devraient ressortir.

Méthode par groupe nominal [individuelle et en groupe]

Cette méthode combine des périodes de réflexion individuelle en silence [génératrices d'idées] et des périodes de débats en groupe visant l'atteinte de consensus. Elle est très structurée et nécessite une animation organisée. Cette technique permet la participation de personnes ayant des expériences et des domaines d'expertise diversifiés.



Déroulement :

- 1. Préparation préalable à l'entrevue :** La question d'intérêt [une seule, dont le rôle est de lancer la réflexion pour la génération d'idées] est écrite;
- 2. Conduite de l'entretien :**
 - **Réflexion initiale [chacun pour soi] :** Les participants ont devant eux la question d'intérêt et un temps est alloué pour la réflexion, sans qu'il y ait partage d'information entre eux;

- **Identification et clarification des idées [en groupe]** : L'animateur fait un tour de table et demande à chacun de faire part de ses idées, un à la fois, à tour de rôle. Il note et numérote les idées au fur et à mesure pour que tout le monde puisse les voir. Les différentes idées sont ensuite discutées en groupe et clarifiées sans chercher, à ce stade, à concilier les opinions;
 - **Priorisation des idées [chacun pour soi]** : Les participants classent les idées et les résultats compilés sont présentés en groupe;
 - **Seconde période de discussion [en groupe] et priorisation [chacun pour soi]** : Une seconde période de discussion et de clarification peut suivre et à la fin du processus, les participants font individuellement un dernier classement des idées.
- 3. Analyse** : L'animateur compte les points pour obtenir le classement final des idées du groupe.

Méthode par groupe de discussion [aussi appelé *focus group*]

Il s'agit d'une méthode exploratoire qui ne cherche pas nécessairement consensus au terme de la discussion. Cette technique vise à faire ressortir une grande diversité de points de vue et de sentiments; elle est idéale pour susciter de nouvelles idées. Un groupe de discussion est habituellement composé de 6 à 10 personnes.



Déroulement :

- 1. Préparation antérieure à l'entrevue** : L'animateur prépare un court guide d'entrevue composé d'environ 5 ou 6 questions ouvertes;
- 2. La discussion** : L'animateur situe la problématique et pose une première question. Il laisse ensuite les participants en débattre, en intervenant le moins possible, mais en encourageant la participation de chacun. Des sous-questions peuvent être posées s'il est nécessaire de relancer ou de réorienter le débat. Le déroulement est le même pour chaque question posée : une grande place est laissée à la discussion et à la génération d'idées;
- 3. L'analyse** : Les données devraient être traitées rapidement. Un rapport synthèse de la discussion est produit et des codes [liés aux besoins] sont attribués manuellement à la suite de la lecture du rapport. Une liste sommaire de besoins [par ex. : besoin d'accessibilité] est alors élaborée. Des catégories plus fines de besoins pourraient ressortir lors de l'analyse [par ex. : besoins en termes d'accessibilité financière].



OUTIL n° 4 — Outil de réflexion pour prioriser les actions

[adapté de Loslier et Lafontaine, 2014]

Importance du problème ou du déterminant ¹		
1) Nombre personnes concernées : <ul style="list-style-type: none">▪ Qu'est-ce que les données nous disent? (nombre de personnes touchées)▪ Représentent-elles seulement des besoins exprimés (consultation des services) ou définis par les experts?▪ Si oui, croit-on que les besoins non exprimés (population qui ne consulte pas) sont importants		
2) Gravité du problème : <ul style="list-style-type: none">▪ Ce problème est-il grave? Entraîne-t-il la mort? Occasionne-t-il des incapacités? Permanentes? Temporaires? Y a-t-il un risque pour la santé de la communauté?▪ Quel est le fardeau social? Économique?		
3) Évolution du problème : <ul style="list-style-type: none">▪ Quelle est la progression prévue du problème ou du déterminant?▪ De quelle façon évoluerait la problématique en l'absence d'intervention?		
4) Équité : <ul style="list-style-type: none">▪ Ce problème ou ce déterminant est-il à l'origine d'écart entre les populations favorisées et défavorisées?		
Capacité d'intervenir		
A. Efficacité des actions <p><i>Existe-t-il des interventions portant sur ce problème ou déterminant?</i></p> 1) Efficacité théorique de l'intervention offerte : <p>A-t-on des données (documentation, experts, etc.) qui permettent de croire que l'action proposée permet d'éviter, de retarder ou d'amoindrir le problème?</p> 2) Précocité : <p>L'intervention permet-elle d'agir en amont des problèmes de santé (précocité sur le continuum de la maladie)?</p> 3) Couverture/Équité : <p>À quel point cette intervention a-t-elle le potentiel de rejoindre toutes les personnes touchées (utilisateurs de services et non)?</p>	B. Faisabilité 1) Organisationnelle : <ul style="list-style-type: none">▪ Quel est l'état actuel de déploiement de l'action (offre, accès, qualité)?▪ Quel est l'état actuel des ressources (humaines, techniques et matérielles) requises?▪ Quel est l'état des collaborations nécessaires (intra-CSSS et avec des partenaires du RLS, lorsque pertinent) 2) Politique <ul style="list-style-type: none">▪ Cette action est-elle comprise dans les ententes de gestion?▪ Découle-t-elle des planifications stratégiques nationale et régionale?▪ Découle-t-elle d'une volonté politique plus large?	C. Degré d'imputabilité de l'établissement <p><i>À quel point votre établissement est-il imputable de la réalisation de l'action?</i></p>

¹ Dans cette section, selon l'objet, il peut être question d'une problématique de santé (par ex. l'hypertension) ou encore d'un déterminant de la santé (par ex. l'activité physique).



OUTIL n° 5 – Critères pour évaluer le potentiel d'impact d'une action

*Aide-mémoire élaboré par la DSP de la Montérégie (Risi 2007), adapté
par Loslier (2012)*


Volet efficacité

L'action est-elle fondée?	
Preuves d'impact sanitaire	L'action a-t-elle été évaluée? Avec quel type d'évaluation? Quel est le niveau, la qualité de la preuve? Existe-t-il dans la littérature des actions qui ont utilisé le même type de stratégies et qui ont été évaluées? Avec quel type d'évaluation? Quel niveau de preuve? L'action s'en inspire-t-elle?
Assises théoriques	Connaît-on les causes sous-jacentes au problème? Existe-t-il un modèle théorique explicite? Implicite? Ce modèle fait-il sens? Dans les sources de documentation : <ul style="list-style-type: none">• Reconnaît-on l'importance du problème de santé ciblé par l'action?• Existe-t-il des liens de causalité reconnus ou démontrés entre les activités et les objectifs, ainsi qu'entre les objectifs et les effets sur le problème de santé ciblé?
Efficience	Connaît-on le ratio coût-efficacité de l'action? Existe-t-il, dans la littérature, des études qui démontrent que les coûts investis dans ce type d'action représentent une économie de coûts en gain de santé, ou, à tout le moins, qu'ils représentent un investissement équivalent?
L'action est-elle bien construite?	
Globalité	Est-ce que l'action cible plusieurs déterminants, plusieurs facteurs de risque? Utilise-t-elle plusieurs stratégies et moyens d'intervention? Agit-elle sur plusieurs niveaux (modèle écologique) soit au niveau de l'individu, de la famille, de l'école, de la communauté, des milieux de travail, de la société?
Précocité	Selon la littérature, l'action agit-elle avant l'apparition du problème, c'est-à-dire au moment propice en amont du problème?
Intensité	Selon la littérature, l'action prévoit-elle une intensité reconnue comme étant suffisante pour atteindre les résultats souhaités?
Durée/pérennité	L'action prévoit-elle des activités de réactivation ou de suivi? L'action sera-t-elle maintenue dans le temps?
Accessibilité	Selon la littérature, l'action rejoint-elle la population cible et a-t-elle la capacité de la rejoindre au bon moment?
Participation/adhésion	L'action est-elle construite de façon à obtenir l'appui de la population, des intervenants ou des gestionnaires qui, à leur tour, feront la promotion de ladite action?
Qualité technique/ formation	Pour ceux qui auront à implanter l'action, existe-t-il de la formation? Est-elle à jour? La formation offerte respecte-t-elle l'action?

Volet faisabilité

Faisabilité organisationnelle	Qui détient les leviers pour réaliser l'action? Est-ce que l'action correspond aux mandats de ceux qui auront à l'implanter, mais aussi aux mandats de leurs partenaires? Sinon, quel est le degré de changements ou de rajustements imposés par l'action? Est-ce que l'organisation qui sera responsable de l'implantation a les ressources humaines requises?
Faisabilité économique	Les ressources financières pour implanter l'action sont-elles disponibles?
Faisabilité politique	L'action est-elle en lien avec les priorités locales, régionales et provinciales?
Faisabilité socioculturelle	L'action est-elle acceptable pour la population? Concerne-t-elle un besoin perçu dans la population? Respecte-t-elle une certaine norme sociale?
Faisabilité légale	L'action est-elle conforme aux lois ou règlements?

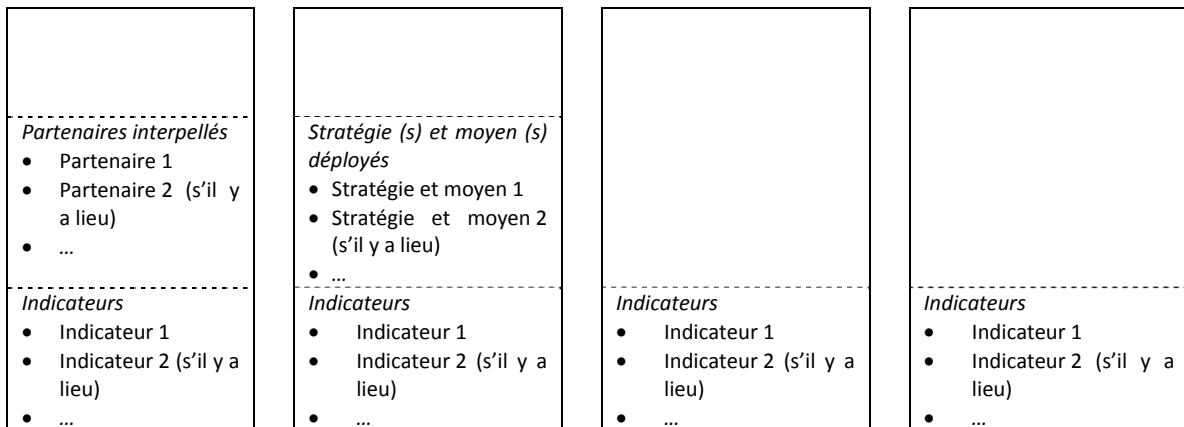
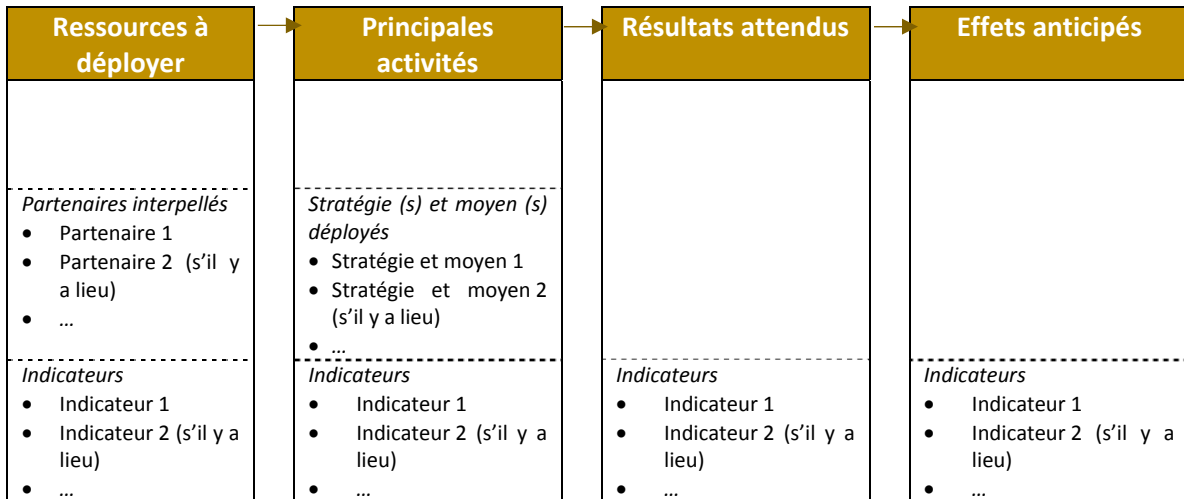
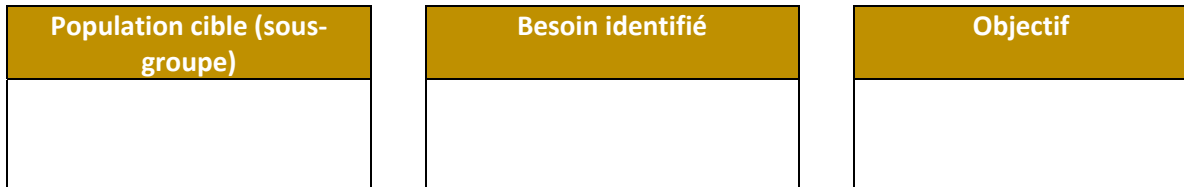
Volet éthique (acceptabilité)

Bienfaisance	L'action est-elle basée de façon maximale sur les données probantes et peut-on supposer que les bénéfices seront supérieurs aux risques?
Non-malfaisance	Certains effets collatéraux sont-ils à prévoir? Existe-t-il des actions plus efficaces touchant la même problématique et que l'on omet d'implanter? L'implantation de cette action empêcherait-elle la mise en place d'une action plus efficace touchant une autre problématique?
Autonomie	Envisage-t-on d'obtenir un consentement libre et éclairé des patients? Y a-t-il une préoccupation de respect de la confidentialité? Est-il justifié de faire prévaloir le bien collectif sur le bien individuel?
 Justice	Est-ce que l'action porte une attention particulière à diminuer les inégalités sociales de santé?



OUTIL n° 6 – Exemple de modèle logique simple

(Litvak 2006)





OUTIL n° 7 – Aide-mémoire pour la sélection d'indicateurs appropriés

(adapté de SPO 2008)

On utilise généralement **4 types d'indicateurs** :

Indicateurs de ressources

La mesure des ressources permet de se rendre compte de la quantité ou de l'importance des ressources qui ont été utilisées pour mettre en œuvre l'action.

Par ex. : Personnel supplémentaire affecté à l'organisation d'activités sportives auprès des personnes en situation de pauvreté; % d'augmentation du budget d'activité destiné spécifiquement aux actions auprès des personnes en situation de pauvreté.

Indicateurs de résultats

La mesure des résultats permet de vérifier si les changements effectués mènent à l'amélioration anticipée.

Par ex. : Diminution (%) du taux de tabagisme chez les jeunes de 18-25 ans du quartier défavorisé « x »; nombre de participants aux ateliers en prévention des maladies chroniques offerts dans le quartier défavorisé « x »; nombre de sessions d'activité physique supplémentaires par semaine offertes à l'école « x » où une majorité d'élèves font face à la pauvreté.

Indicateurs de processus

La mesure des processus permet de vérifier si les actions prévues ont bel et bien été réalisées tel que planifié.

Par ex. : Nombre de personnes formées, taux d'engagement des participants aux activités proposées par l'action; degré d'engagement de l'organisme; perception de l'importance des ISS.

Indicateurs d'effets collatéraux

Si l'on anticipe que certaines pistes de solution risquent d'entraîner des effets indésirables sur le reste du système, on peut aussi définir des indicateurs d'effets collatéraux pour vérifier si tel est le cas.

Par ex. : Amélioration de l'offre de services pour le reste de la population (autre que la population cible) grâce à une augmentation de la performance des services en prévention du diabète.



FOCUS ISS – Indicateurs intermédiaires

La mesure intermédiaire des résultats permet d'assurer une **surveillance de la mise en œuvre de l'action** afin de réorienter les activités au besoin pour une meilleure prise en compte des ISS et la maximisation de l'impact du projet pour la population cible.

Par ex. : Nombre de participants de la population cible qui continuent à assister aux ateliers de nutrition offerts par le CLSC après 7 semaines de programme; nombre de participants aux ateliers d'exercice physique offerts dans le quartier défavorisé 12 semaines après le début des activités.

Les critères de sélection des indicateurs :

Un indicateur offre une information quantifiable qui permet de suivre la progression des activités et de vérifier si vous avez atteint ou non les objectifs de l'action mise en œuvre. Il est important de choisir des indicateurs qui sont **fiables**, **valides** et **accessibles** (SPO, 2008) :

- **Fiable** : L'indicateur fournira-t-il, au fil du temps, une mesure cohérente et exacte? *Par ex.* : une mesure établie depuis un certain temps par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) peut être plus fiable qu'une mesure que vous mettez vous-même au point.
- **Valide** : L'indicateur permet-il de mesurer ce qu'il a effectivement pour but de mesurer? *Par ex.* : si vous cherchez à évaluer l'efficacité d'un outil de prévention et que vous demandez aux personnes qui ont reçu un dépliant sur la bonne nutrition si elles l'ont aimé, même si elles disent oui ne présumez pas que le dépliant est efficace. L'appréciation n'est pas gage d'efficacité.
- **Accessible** : Cette caractéristique s'évalue grâce aux questions suivantes :
 - Quel moment convient pour observer un résultat et la mesure est-elle disponible à ce moment-là?
 - Les sources de données nécessaires pour évaluer ce résultat sont-elles accessibles? Les sources de cette mesure sont-elles fiables, souples et ponctuelles?
 - Disposez-vous des ressources requises pour défrayer les coûts directs, s'il y a lieu?
 - Avez-vous les connaissances spécialisées requises pour analyser ou gérer les données qui seront fournies?

**** Il est préférable de limiter le nombre d'indicateurs à six ou moins par projet.**



OUTIL n° 8 – Mieux prendre en considération les inégalités sociales de santé : outil REFLEX-ISS

(Guichard et coll. 2015)

Pour utiliser cet outil, vous le retrouverez sur le site internet suivant :

<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/3826/Guide-utilisation-REFLEX-ISS.pdf>



MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ

OUTIL RÉFLEX-ISS

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

« Observer, comprendre et analyser une intervention pour mieux prendre en considération les inégalités sociales de santé »

Cet outil de réflexion est mis à la disposition de votre équipe afin de permettre à ses membres de réfléchir collectivement à la manière de mieux prendre en compte les inégalités sociales de santé (ISS) dans leur projet, dans la perspective de les réduire ou, du moins, de ne pas les aggraver. Cet outil de réflexion ne vise pas à mesurer l'impact ou l'efficacité d'une intervention sur la réduction des ISS, il a surtout pour objectif d'ouvrir le dialogue sur la question des ISS. Il est complémentaire à d'autres outils que vous êtes susceptibles d'utiliser afin d'assurer la qualité de votre projet. Il permet d'accompagner votre équipe dans une démarche d'identification et d'analyse des points forts et des points à améliorer d'un projet eu égard à la réduction des inégalités sociales de santé. Il intègre les stratégies centrales comme la participation, l'action sur les déterminants sociaux de la santé, la concertation, l'intersectorialité et le pouvoir d'agir.

Pour qui ?

Les personnes qui planifient, mettent en œuvre, évaluent et voient à la pérennisation des projets sociosanitaires, en collaboration avec leurs partenaires sectoriels et intersectoriels (ex. ministères, commissions scolaires, municipalités, écoles, organismes communautaires).

Quand et comment l'utiliser ?

Il n'y a pas de « bon moment » pour utiliser l'outil, ni de nombre requis de séances de travail pour le remplir. Il est présenté en cinq sections qui peuvent être utilisées indépendamment, en fonction de là où vous en êtes avec votre projet, soit au moment de réaliser une planification concertée, d'ajuster une planification ou une intervention existante, de la mettre en œuvre, de l'évaluer et/ou de planifier les conditions nécessaires à sa pérennisation.

Pour commencer, nous vous invitons d'abord à identifier l'étape de développement du projet; par la suite, pour chacun des éléments de réflexion de l'étape, de vous situer en fonction des cinq choix illustrant les différents niveaux possibles d'avancement de la réflexion et de réponse à l'élément, allant de 0 à 5. Voici une description de la signification des cinq niveaux à l'intérieur desquels situer l'état d'avancement de votre projet eu égard à la prise en compte des ISS :

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

- (0) « **N'a pas été considéré** » : signifie que cet aspect n'a pas été considéré dans l'intervention, ou que l'équipe n'est pas en mesure de s'exprimer sur cet énoncé. Il faut amorcer une réflexion !
- (1) « **Réflexion amorcée** » : signifie que cet aspect a été discuté brièvement, que la réflexion est à un stade embryonnaire. Il faut redoubler d'efforts!
- (2) « **Proposition d'actions concrètes** » : indique que cet aspect fait l'objet d'une réflexion avancée au sein de l'équipe, que des propositions concrètes sont à l'étude mais qu'elles doivent maintenant être réalisées. Il faut mettre tous nos efforts afin de consolider les acquis et avancer vers la réalisation de mesures concrètes !
- (3) « **Des actions concrètes sont entreprises** » : signifie que plusieurs actions concrètes sont entreprises mais jugées encore insuffisantes pour atteindre le plein potentiel de votre action contre les ISS. Vous êtes sur la bonne voie, encore un petit effort !
- (4) « **Élément pris en compte** » : signifie que l'élément est significativement pris en compte dans les actions réalisées. Il faut désormais travailler à maintenir les acquis !

Finalement, dans la section de droite, nous vous proposons d'inscrire l'argumentaire soutenant l'identification du niveau atteint et de noter les éléments de contexte et les spécificités des mesures amorcées. À l'issue de votre analyse, une section à la fin de l'étape est réservée afin d'y noter votre bilan et les pistes d'amélioration à considérer.

À la fin de la grille, vous trouverez une dernière section permettant de faire le bilan du projet et d'y annoter les pistes d'améliorations à poursuivre ou à entreprendre.

Considérations importantes :

- Les notions suivies du sigle * sont définies dans la section « Définitions des termes et notions utiles au remplissage de la grille », annexée à l'outil de réflexion. Pour y accéder, cliquer sur le bouton **Lexique** et cliquer sur **retour à la page...** pour revenir.
- Les termes « projet » et « intervention » sont tous deux utilisés pour décrire l'action menée par votre équipe. La notion de **projet** et parfois également de « programme » ou « plan » - est habituellement davantage utilisée au plan régional et la notion d'**intervention** l'est plutôt au plan local. Encore une fois, il faut prendre en considération la flexibilité de l'outil : que vous considériez votre action comme un projet ou plutôt comme une intervention, l'outil s'applique avec autant de pertinence.
- S'il s'agit de votre première utilisation de l'outil, vous pouvez solliciter un accompagnement par une personne possédant une solide base de connaissances sur les déterminants sociaux de la santé et les ISS pour animer vos discussions d'équipe.

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

Titre du projet :

Brève description du projet :

Population cible*
du projet :

Quels sont les sous-groupes* ciblés
par le projet?

ÉTAPES DE DÉVELOPPEMENT DU PROJET

1. PLANIFICATION DE L'ACTION

2. MISE EN OEUVRE DE L'ACTION

3. POUVOIR D'AGIR

4. ÉVALUATION

5. PÉRENNISATION

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

Date et lieu de la séance de travail :

Membres de l'équipe présents lors de la séance de travail et rôle de chacun dans le projet:

1. PLANIFICATION DU PROJET les éléments auxquels réfléchir et répondre	N'a pas été considéré	Réflexion amorcée	Proposition mesures concrètes	Mesures concrètes entreprises	Élément complètement intégré	Non applicable	Argumentaire, mesures entreprises et éléments de contexte
	0	1	2	3	4		

ANALYSE DU PROBLÈME ET DES BESOINS

Q1. La nature du problème des **inégalités sociales de santé*** (ISS) et les problèmes vécus par les différents **sous-groupes cibles*** de la population concernée sont clairement décrits et définis dans le projet.

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

1. PLANIFICATION DU PROJET les éléments auxquels réfléchir et répondre	N'a pas été considéré	Réflexion amorcée	Proposition mesures concrètes	Mesures concrètes entreprises	Élément complètement intégré	Non applicable	Argumentaire, mesures entreprises et éléments de contexte
	0	1	2	3	4		
Q2. Le contexte et les déterminants sociaux* susceptibles d'avoir un effet sur la problématique des ISS identifiées sont décrits.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q3. Des déterminants différents ont été recherchés pour chacun des sous-groupes cibles de la population concernée par l'intervention (ex.: âge, sexe, culture, niveau d'éducation).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q4. L'identification des sous-groupes cibles découle d'une description du problème des ISS qui s'est appuyée sur différentes sources d'information : - connaissances théoriques ou modèles explicatifs - connaissances scientifiques/données de surveillance - avis d'experts et/ou de professionnels de la problématique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

1. PLANIFICATION DU PROJET les éléments auxquels réfléchir et répondre	N'a pas été considéré	Réflexion amorcée	Proposition mesures concrètes	Mesures concrètes entreprises	Élément complètement intégré	Non applicable	Argumentaire, mesures entreprises et éléments de contexte
	0	1	2	3	4		
Q5. La description du problème des ISS a pris en compte l'avis des différents sous-groupes cibles de la population concernée par l'intervention.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q6. Les acteurs impliqués dans l'intervention ont une vision partagée du contexte et de la problématique des ISS pour chacun des sous-groupes ciblés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>OBJECTIFS, JUSTIFICATION ET CONCEPTION DES ACTIONS</i>							
Q7. L'orientation du projet et ses activités visent les déterminants sociaux de la santé à l'origine des ISS identifiées.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q8. L'intervention propose un éventail d'activités pour répondre aux différents besoins des sous-groupes cibles de la population concernée, en se référant à la stratégie d'universalisme proportionné* .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

1. PLANIFICATION DU PROJET les éléments auxquels réfléchir et répondre	N'a pas été considéré	Réflexion amorcée	Proposition mesures concrètes	Mesures concrètes entreprises	Élément complètement intégré	Non applicable	Argumentaire, mesures entreprises et éléments de contexte
	0	1	2	3	4		
Q9. L'orientation du projet vise explicitement à réduire les ISS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q10. Les objectifs de l'intervention sont cohérents avec l'analyse du problème des ISS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q11. Les moyens et les stratégies d'actions retenues pour réduire les ISS s'appuient sur les meilleures pratiques disponibles*.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Lexique</div>							
Q12. D'éventuelles retombées non souhaitées * sur les ISS ont été anticipées.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">Lexique</div>							

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

1. PLANIFICATION DU PROJET les éléments auxquels réfléchir et répondre	N'a pas été considéré	Réflexion amorcée	Proposition mesures concrètes	Mesures concrètes entreprises	Élément complètement intégré	Non applicable	Argumentaire, mesures entreprises et éléments de contexte
	0	1	2	3	4		

IMPLICATION DES PARTENAIRES ET DU PUBLIC CIBLE

Q13. Les principaux partenaires intersectoriels concernés par l'intervention ont été impliqués dès le début, au moment de la planification.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Q14. Des intervenants terrain possédant une expérience spécifique dans le domaine de la lutte contre les ISS ont été impliqués dès le début, au moment de la planification.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Q15. Des personnes des différents sous-groupes cibles ont été impliquées dès le début, au moment de la planification.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Q16. Les divers avis, les visions opposées potentielles et les rapports de pouvoir entre les différents partenaires impliqués dans le processus de décision autour des enjeux sur les ISS ont été présentés et discutés.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

ÉVALUATION GLOBALE

Examinez l'ensemble des réponses et commentaires que vous avez fournis pour cette étape. Maintenant, attribuez-vous une note globale pour cette étape en lien avec les actions entreprises pour mieux prendre en considération les ISS. Tout simplement répondre vert, **jaune** ou **rouge**. La catégorie jaune est une catégorie particulièrement large, il peut être utile d'identifier les possibilités d'amélioration au sein de cette catégorie. Cette cote vous donnera une indication du gradient-ISS de votre projet à cette étape particulière.



BILAN DE L'ÉTAPE



PISTES D'AMÉLIORATION À PRIORISER

Selon le contexte culturel et historique des milieux d'appartenance des sous-groupes cibles, les contextes organisationnels, vos ressources humaines et financières et les systèmes de valeurs partagés ou non, entre les acteurs concernés par le projet.

PISTE D'AMÉLIORATION 1

Personne responsable

Échéancier

PISTE D'AMÉLIORATION 2

Personne responsable

Échéancier

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

2. MISE EN OEUVRE DU PROJET les éléments auxquels réfléchir et répondre	N'a pas été considéré	Réflexion amorcée	Proposition mesures concrètes	Mesures concrètes entreprises	Élément complètement intégré	Non applicable	Argumentaire, mesures entreprises et éléments de contexte
	0	1	2	3	4		

ORGANISATION ET PILOTAGE DE L'ACTION

Q17. Des mesures visant à encourager et outiller les intervenants à se mobiliser pour la réduction des ISS ont été déployées.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Q18. L'action proposée prend en compte le contexte culturel et historique des milieux d'appartenance des sous-groupes cibles.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Q19. Des **mesures incitatives*** visant à encourager les différents sous-groupes cibles à participer à la mise en oeuvre de l'intervention ont été déployées.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Q20. Des méthodes de travail permettant de prendre en compte le point de vue et de favoriser les contributions des sous-groupes cibles ont été utilisés.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Lexique

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

2. MISE EN OEUVRE DU PROJET les éléments auxquels réfléchir et répondre	N'a pas été considéré	Réflexion amorcée	Proposition mesures concrètes	Mesures concrètes entreprises	Élément complètement intégré	Non applicable	Argumentaire, mesures entreprises et éléments de contexte
	0	1	2	3	4		

Q21. Les rôles, tâches et responsabilités spécifiques à la réduction des ISS de tous les acteurs impliqués dans l'intervention sont clairement définis.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Q22. La personne responsable de l'intervention ainsi que les membres de son équipe ont pris tous les moyens pour acquérir les connaissances pour mener avec confiance les activités visant la réduction des ISS.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Q23. La personne responsable de l'intervention, les personnes qui interviennent et les partenaires ont pensé à la manière d'assurer une vigilance quant à d'éventuelles retombées non souhaitées, pouvant notamment contribuer à augmenter ou perpétuer les ISS.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

LEADERSHIP

Q24. Le leadership est partagé entre les différents acteurs impliqués dans l'intervention sur les aspects en lien avec les ISS.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

2. MISE EN OEUVRE DU PROJET les éléments auxquels réfléchir et répondre	N'a pas été considéré	Réflexion amorcée	Proposition mesures concrètes	Mesures concrètes entreprises	Élément complètement intégré	Non applicable	Argumentaire, mesures entreprises et éléments de contexte
	0	1	2	3	4		
Q25. La personne responsable de l'intervention est consciente des ISS et exerce un rôle de leadership par la mobilisation des acteurs sur la réduction des ISS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>ADAPTATION ET ACCESSIBILITÉ DE L'ACTION</i>							
Q26. Les processus de l'intervention notamment les outils de communication, sont adaptés au niveau de littératie* de chaque sous-groupe cible.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q27. Des moyens ont été mis en oeuvre pour faciliter la participation des sous-groupes cibles et s'adapter aux contraintes suivantes : accessibilité physique, accessibilité géographique, accessibilité financière, acceptabilité de l'action* .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q28. Les sources potentielles de stigmatisation* et de discrimination ont été prises en compte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Lexique

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

ÉVALUATION GLOBALE

Examinez l'ensemble des réponses et commentaires que vous avez fournis pour cette étape. Maintenant, attribuez-vous une note globale pour cette étape en lien avec les actions entreprises pour mieux prendre en considération les ISS. Tout simplement répondre vert, jaune ou rouge. La catégorie jaune est une catégorie particulièrement large, il peut être utile d'identifier les possibilités d'amélioration au sein de cette catégorie. Cette cote vous donnera une indication du gradient-ISS de votre projet à cette étape particulière.



BILAN DE L'ÉTAPE



PISTES D'AMÉLIORATION À PRIORISER

Selon le contexte culturel et historique des milieux d'appartenance des sous-groupes cibles, les contextes organisationnels, vos ressources humaines et financières et les systèmes de valeurs partagés ou non, entre les acteurs concernés par le projet.

PISTE D'AMÉLIORATION 1

Personne responsable

Échéancier

PISTE D'AMÉLIORATION 2

Personne responsable

Échéancier

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

3.POUVOIR D'AGIR les éléments auxquels réfléchir et répondre	N'a pas été considéré	Réflexion amorcée	Proposition mesures concrètes	Mesures concrètes entreprises	Élément complètement intégré	Non applicable	Argumentaire, mesures entreprises et éléments de contexte
	0	1	2	3	4		

Q29. L'intervention vise à renforcer le **pouvoir d'agir*** des sous-groupes cibles.

Q30. Des activités sont entreprises pour améliorer les compétences, la participation, l'estime de soi et/ou le développement de la conscience critique des sous-groupes cibles et ainsi leur permettre d'agir sur ce qui est important pour eux en participant à ce projet.

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

ÉVALUATION GLOBALE

Examinez l'ensemble des réponses et commentaires que vous avez fournis pour cette étape. Maintenant, attribuez-vous une note globale pour cette étape en lien avec les actions entreprises pour mieux prendre en considération les ISS. Tout simplement répondre vert, jaune ou rouge. La catégorie jaune est une catégorie particulièrement large, il peut être utile d'identifier les possibilités d'amélioration au sein de cette catégorie. Cette cote vous donnera une indication du gradient-ISS de votre projet à cette étape particulière.



BILAN DE L'ÉTAPE



PISTES D'AMÉLIORATION À PRIORISER

Selon le contexte culturel et historique des milieux d'appartenance des sous-groupes cibles, les contextes organisationnels, vos ressources humaines et financières et les systèmes de valeurs partagés ou non, entre les acteurs concernés par le projet.

PISTE D'AMÉLIORATION 1

Personne responsable

Échéancier

PISTE D'AMÉLIORATION 2

Personne responsable

Échéancier

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

4. ÉVALUATION les éléments auxquels réfléchir et répondre	N'a pas été considéré	Réflexion amorcée	Proposition mesures concrètes	Mesures concrètes entreprises	Élément complètement intégré	Non applicable	Argumentaire, mesures entreprises et éléments de contexte
	0	1	2	3	4		

PLANIFICATION ET MISE EN OEUVRE DE L'ÉVALUATION

Q31. Le dispositif de suivi de la mise en oeuvre de l'intervention inclut spécifiquement le suivi des actions portant sur les ISS.

Q32. Un plan d'évaluation ciblant notamment les actions sur les ISS a été développé dès l'étape de planification de l'intervention.

Q33. Les partenaires impliqués dans le projet ont participé à la conception et à la réalisation du plan d'évaluation portant notamment sur la réduction des ISS.

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

4. ÉVALUATION les éléments auxquels réfléchir et répondre	N'a pas été considéré	Réflexion amorcée	Proposition mesures concrètes	Mesures concrètes entreprises	Élément complètement intégré	Non applicable	Argumentaire, mesures entreprises et éléments de contexte
	0	1	2	3	4		

Q34. Des personnes des différents sous-groupes cibles concernés par l'intervention ont participé à la conception et à la réalisation du plan d'évaluation, portant notamment sur la réduction des ISS.

Q35. Les méthodes de collecte de données sont adaptées aux différents niveaux de littératie des répondants ciblés par l'évaluation (ex.: outils, moyens, questionnaires).

RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION

Q36. L'évaluation s'interroge sur la capacité de l'intervention à réduire les ISS.

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

4. ÉVALUATION les éléments auxquels réfléchir et répondre	N'a pas été considéré	Réflexion amorcée	Proposition mesures concrètes	Mesures concrètes entreprises	Élément complètement intégré	Non applicable	Argumentaire, mesures entreprises et éléments de contexte
	0	1	2	3	4		
Q37. L'évaluation comprend des indicateurs qui permettent de déterminer les effets de l'intervention sur les différents sous-groupes cibles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q38. L'évaluation s'interroge sur d'éventuels effets non souhaités de l'intervention sur la production, l'accroissement ou la perpétuation des ISS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q39. Les recommandations formulées à la suite de l'évaluation incluent des ajustements à faire au projet au regard de la réduction des ISS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

4. ÉVALUATION les éléments auxquels réfléchir et répondre	N'a pas été considéré	Réflexion amorcée	Proposition mesures concrètes	Mesures concrètes entreprises	Élément complètement intégré	Non applicable	Argumentaire, mesures entreprises et éléments de contexte
	0	1	2	3	4		
Q40. Les recommandations formulées à la suite de l'évaluation ont impliqué les différents partenaires, dont des personnes des sous-groupes cibles.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q41. Il existe une procédure de suivi des effets à long terme permettant de connaître le maintien ou non des bénéfices ou résultats de l'intervention qui sont en lien avec les changements au regard des ISS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

ÉVALUATION GLOBALE

Examinez l'ensemble des réponses et commentaires que vous avez fournis pour cette étape. Maintenant, attribuez-vous une note globale pour cette étape en lien avec les actions entreprises pour mieux prendre en considération les ISS. Tout simplement répondre vert, **jaune** ou **rouge**. La catégorie jaune est une catégorie particulièrement large, il peut être utile d'identifier les possibilités d'amélioration au sein de cette catégorie. Cette cote vous donnera une indication du gradient-ISS de votre projet à cette étape particulière.



BILAN DE L'ÉTAPE



PISTES D'AMÉLIORATION À PRIORISER

Selon le contexte culturel et historique des milieux d'appartenance des sous-groupes cibles, les contextes organisationnels, vos ressources humaines et financières et les systèmes de valeurs partagés ou non, entre les acteurs concernés par le projet.

PISTE D'AMÉLIORATION 1

Personne responsable

Échéancier

PISTE D'AMÉLIORATION 2

Personne responsable

Échéancier

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

5. PÉRENNISATION les éléments auxquels réfléchir et répondre	N'a pas été considéré	Réflexion amorcée	Proposition mesures concrètes	Mesures concrètes entreprises	Élément complètement intégré	Non applicable	Argumentaire, mesures entreprises et éléments de contexte
	0	1	2	3	4		
Q42. Des activités propices à la poursuite des activités et de leurs effets sur la réduction des ISS ont été prévues dès la planification du projet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q43. Des moyens ont été pensés ou entrepris pour stabiliser les ressources organisationnelles dédiées aux activités de l'intervention visant la réduction des ISS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Q44. Le fonctionnement de l'organisation responsable de l'intervention a été ajusté pour faciliter la prise en compte des ISS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

ÉVALUATION GLOBALE

Examinez l'ensemble des réponses et commentaires que vous avez fournis pour cette étape. Maintenant, attribuez-vous une note globale pour cette étape en lien avec les actions entreprises pour mieux prendre en considération les ISS. Tout simplement répondre vert, jaune ou rouge. La catégorie jaune est une catégorie particulièrement large, il peut être utile d'identifier les possibilités d'amélioration au sein de cette catégorie. Cette cote vous donnera une indication du gradient-ISS de votre projet à cette étape particulière.



BILAN DE L'ÉTAPE



PISTES D'AMÉLIORATION À PRIORISER

Selon le contexte culturel et historique des milieux d'appartenance des sous-groupes cibles, les contextes organisationnels, vos ressources humaines et financières et les systèmes de valeurs partagés ou non, entre les acteurs concernés par le projet.

PISTE D'AMÉLIORATION 1

Personne responsable









Échéancier

PISTE D'AMÉLIORATION 2

Personne responsable

Échéancier

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

Bilan global de l'équipe au regard des ISS 	 Commentaires	 Pistes d'amélioration
Planification du projet 		
Mise en oeuvre du projet 		
Pouvoir d'agir 		
Évaluation 		
Pérennisation 		

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

[Retour à la page d'introduction...](#)

Définitions des termes et notions utiles au remplissage de la grille

Inégalité sociales de santé *[Retour à la page...](#)*

Les inégalités sociales de santé font référence à des écarts de santé associés à des avantages ou à des désavantages sociaux (p. ex. revenu, niveau de scolarité, inclusion sociale). Ces écarts sont injustes et évitables et il est possible de les atténuer. Les inégalités sociales de santé se répartissent selon le gradient social. Les expressions « inégalités sociales de santé » et « iniquités de santé » s'utilisent parfois de manière interchangeable (http://nccdh.ca/images/uploads/Glossary_FR_Feb_26.pdf). Le gradient social évoque un continuum, c'est-à-dire le fait que l'état de santé est corrélé avec le statut socio-économique des individus (par exemple, le niveau d'éducation ou de revenu). Le gradient social sert à décrire le phénomène par lequel ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d'une meilleure santé que ceux directement en dessous d'eux, et qui eux-mêmes sont en meilleure santé que ceux qui sont juste en dessous et ainsi de suite, jusqu'aux plus bas échelons (Guide INPES, 2010 : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1333.pdf>).

Population cible et sous-groupes cibles *[Retour à la page...](#)*

La population ciblée par une intervention se compose de sous-groupes qu'il convient de distinguer afin d'adapter son action à chacun d'eux. Pour être efficace, une intervention doit prévoir des activités pour chacun des sous-groupes cibles. Ceci signifie notamment que l'on ne s'adressera pas de la même façon à tous les sous-groupes cibles, qui diffèrent par la langue, le niveau d'instruction, le niveau socioéconomique, etc. Par exemple, une intervention qui vise la population cible des enfants d'un quartier x doit répondre aux différents besoins des sous-groupes cibles identifiés, comme les enfants 0-5 ans des familles migrantes, les enfants des familles monoparentales ou encore les enfants des familles de groupes socioéconomiques de niveau moyen. Ainsi, une intervention qui a pour objectif de réduire les inégalités sociales de santé ne visera pas à rejoindre exclusivement les plus pauvres, mais bien l'ensemble des divers groupes concernés par la problématique de santé dans la population à laquelle l'on s'adresse, tout au long du gradient social, en modulant l'intensité de l'intervention selon le niveau socioéconomique et en fonction des besoins.

Pouvoir d'agir - Empowerment *[Retour à la page...](#)*

L'*empowerment* est un processus ou une approche qui vise à permettre aux individus, aux communautés, aux organisations d'avoir plus de pouvoir d'action et de décision sur des éléments importants de leur vie et plus d'influence sur leur environnement. Dans le cadre de l'élaboration de cet outil de réflexion, le cadre que propose Ninacs a été utilisé pour définir le pouvoir d'agir, dont voici les grandes lignes (Ninacs, W., 2003). L'empowerment individuel s'opère sur quatre plans : la participation, les compétences, l'estime de soi et la conscience critique.

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

- la participation se manifeste par une progression qui évolue d'une assistance muette à l'exercice d'un droit de parole (incluant le droit de la refuser), suivi par celui de se faire entendre et culminant par le droit de participer aux décisions. La participation renvoie également à la capacité croissante de contribuer et d'assumer les conséquences de sa participation, ce qui implique la capacité d'agir de façon rationnelle et la propension à s'engager;
- les compétences comprennent les connaissances et les habiletés permettant, d'une part, la participation et, d'autre part, l'exécution de l'action, et elles peuvent se traduire tant par l'acquisition de nouvelles compétences que par la réévaluation de celles déjà possédées;
- l'estime de soi mène l'individu à se percevoir comme possédant une capacité d'agir lui permettant d'atteindre des objectifs personnels ou collectifs;
- la conscience critique correspond au développement d'une conscience collective (l'individu n'est pas seul à avoir un problème), d'une conscience sociale, qui permet à l'individu de réduire son sentiment de culpabilité en comprenant que ses problèmes (individuels ou collectifs) sont influencés par la façon dont la société est organisée. L'aboutissement de la conscience critique est la conscience politique et l'acceptation d'une responsabilité personnelle pour le changement (la solution des problèmes d'ordre structurel passe par le changement social, c'est-à-dire par l'action politique).

Déterminants sociaux de la santé *Retour à la page...*

Les déterminants sociaux de la santé sont des facteurs interdépendants d'ordre social, politique, économique et culturel qui créent les conditions dans lesquelles les personnes naissent, vivent, grandissent, apprennent, travaillent, s'amuse et vieillissent. L'interaction entre les déterminants sociaux de la santé amène ces conditions à se transformer et à changer au fil du temps et de la vie, influençant la santé des individus et des groupes de différentes façons. La répartition inéquitable de ces déterminants entre les groupes sociaux est à l'origine de la construction et de la reproduction des inégalités sociales de santé au sein d'un même pays ou entre divers pays. (http://nccdh.ca/images/uploads/Glossary_FR_Feb_26.pdf)

Universalisme proportionné *Retour à la page...*

Cette approche consiste à offrir à l'ensemble de la population un certain nombre de services universels, puis à intensifier l'action en fonction des besoins spécifiques des personnes selon les difficultés auxquelles elles sont confrontées (Marmot Review (2012). Fair society, healthy lives, Strategic review of health inequalities in England post- 2010). Ainsi, l'approche ne se centre pas uniquement sur les personnes les plus pauvres.

Meilleures pratiques *Retour à la page...*

Les meilleures pratiques sont des activités qui reposent sur des preuves scientifiques, sur la vaste expérience communautaire et sur des connaissances culturelles. Elles font aussi référence aux interventions développées à partir de critères reconnus pour augmenter leur potentiel d'efficacité. Les interventions en matière de santé seront plus efficaces si elles sont fondées sur les meilleures pratiques (<http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/ipchls-spimmvs/glossary-glossaire-fra.php>).

MIEUX PRENDRE EN CONSIDÉRATION LES INÉGALITÉS SOCIALES DE SANTÉ : OUTIL RÉFLEX-ISS

Mesures incitatives *Retour à la page...*

Les mesures incitatives visent à inciter les sous-groupes cibles à participer : ex. formation certifiée, compensation financière, repas offerts aux participants, certificat de participation, halte-garderie disponible, remboursement du transport.

Retombées non souhaitées *Retour à la page...*

Conséquences imprévues qui vont à l'encontre du but recherché : ex. accroissement des inégalités sociales de santé, accroissement de la stigmatisation, dégradation de l'état de santé du groupe cible, changement d'attitude négative de la population générale ou de certains acteurs envers le groupe cible.

Littératie en santé *Retour à la page...*

La littératie en santé est « la capacité d'avoir accès à de l'information, de la comprendre, de l'évaluer et de la communiquer de manière à promouvoir, à maintenir et à améliorer sa santé dans divers milieux au cours de la vie ». Selon l'approche intersectorielle pour améliorer la littératie en santé des Canadiens et Canadiennes, une personne ayant un bon niveau de littératie en santé doit être en mesure de : 1) comprendre et exécuter des directives en matière d'autosoins, notamment l'administration de traitements curatifs médicaux quotidiens complexes, 2) planifier son mode de vie et y apporter les modifications nécessaires pour améliorer sa santé, 3) prendre des décisions adéquates et éclairées en matière de santé, 4) savoir comment et quand avoir accès à des soins de santé, au besoin, 5) partager avec d'autres des activités favorisant la santé et 6) faire face aux problèmes de santé dans son milieu et la société en général (http://www.cpha.ca/uploads/progs/literacy/examples_f.pdf).

Acceptabilité de l'intervention *Retour à la page...*

Le résultat d'un processus par lequel les parties concernées construisent ensemble les conditions minimales à mettre en place pour qu'un projet, programme ou politique s'intègre de façon harmonieuse, et à un moment donné, dans son milieu naturel et humain. Elle renvoie aussi à la nécessité d'agir en respectant le contexte culturel et l'histoire du milieu dans lequel prend place l'intervention (http://www.cpeq.org/files/guides/guide_bonnespratiques_web.pdf, p.2)

Stigmatisation *Retour à la page...*

Des comportements, des habitudes de vie, des conditions de vie ou d'autres caractéristiques personnelles se trouvent accolés à une évaluation morale contribuant à définir de « bonnes » ou de « mauvaises » maladies, de « bons » ou de « mauvais » malades. Le processus de stigmatisation repose, entre autres, sur l'idée que ces personnes sont responsables de leur problème ou maladie, du moins en partie, et donc dignes de blâme étant donné leur comportement. Ainsi, les individus qui fument, boivent de l'alcool, mangent des aliments trop riches ou ont des relations sexuelles non protégées sont jugés négativement et blâmés lorsque leur santé en souffre ou même simplement parce qu'elle pourrait en souffrir (http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1637_DimensionEthiqueStigmatisation_OutilAideReflexion.pdf).

Recueil de pratiques prometteuses pour contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé en maladies chroniques



Développé dans le cadre du projet FORCES

« Mieux planifier pour réduire les iniquités en santé »

Rédaction

Mariève Lafontaine-Messier, courtière de connaissances

Sarah Dutilly-Simard, agente de planification, programmation et recherche
Direction de santé publique de la Montérégie, CISSS de la Montérégie-Centre

Sous la direction de

Martine Bouchard, directrice générale adjointe au soutien, administration et performance
et directrice qualité, évaluation, performance et éthique, CISSS de la Montérégie-Est

Ginette Lafontaine, adjointe à la planification, l'évaluation et la recherche
Direction de santé publique de la Montérégie, CISSS de la Montérégie-Centre

Julie Loslier, médecin-conseil
Direction de santé publique de la Montérégie, CISSS de la Montérégie-Centre

Kareen Nour, chercheure
Direction de santé publique de la Montérégie, CISSS de la Montérégie-Centre

Ce document est disponible seulement en version électronique sur l'extranet de l'Agence www.extranet.santemonteregie.qc.ca, section santé publique

Reproduction ou téléchargement autorisés à des fins non commerciales avec mention de la source :

LAFONTAINE-MESSIER, M. et S. DUTILLY-SIMARD, *Recueil de pratiques prometteuses pour contribuer à la réduction des inégalités sociales de santé en maladies chroniques*. Sous la direction de BOUCHARD, M., LAFONTAINE, G., LOSLIER, J. et NOUR, K., CISSS de la Montérégie-Centre, Direction de santé publique de la Montérégie, et CISSS de la Montérégie-Est, 2015, 31 p.

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans intention discriminatoire et uniquement dans le but d'alléger le texte.

Janvier 2015

Ce guide vise à inspirer des activités mieux adaptées aux besoins des personnes en situation de pauvreté, et ce, sur l'ensemble du continuum de soins et services en maladies chroniques, de la prévention au traitement. **Il s'inscrit dans une perspective de réduction des inégalités sociales de santé.**



C'est bien connu, les maladies chroniques représentent le plus grand fardeau, tant en ce qui concerne les coûts associés pour le système de santé, que les effets sur la santé des individus (Lévesque et coll., 2010).

Sachant que les personnes en situation de pauvreté peuvent avoir plus de difficulté à adopter de saines habitudes de vie de même qu'à avoir accès aux services de santé, celles-ci sont plus à risque de développer certaines maladies chroniques (Lévesque et coll., 2010).

Le présent document se veut un recueil de quelques pratiques pour répondre aux besoins de cette clientèle atteinte ou à risque de maladies chroniques. Il présente quelques pratiques réalisées au Québec, ou ailleurs, qui ont été évaluées et qui présentent des résultats prometteurs.

Pourquoi des activités adaptées aux personnes en situation de pauvreté (PESP)?

Les PESP ont généralement plus de difficulté à accéder aux services de santé et de services sociaux, lorsqu'on les compare à des personnes plus favorisées. Voici quelques éléments qui peuvent expliquer ce constat :

- Forte précarité financière
- Niveau d'éducation plus bas
- Littératie plus faible
- Éloignement géographique sans transport accessible (dans un contexte de ruralité)
- Culture sociale qui n'est pas portée sur la consultation médicale
- Peur d'être jugé
- Motivation plus faible
- Faible sentiment d'être capable de changer, de se prendre en main
- Manque de soutien de l'entourage

Pour bien prendre en compte ces caractéristiques propres aux PESP, il est important d'offrir des activités adaptées à cette clientèle particulière afin de faciliter leur accès aux services de santé et de services sociaux.

Faciliter l'accès aux services pour les PESP

Les pratiques présentées dans ce guide visent à agir **sur les services en maladies chroniques, afin d'améliorer l'accès à ces services pour les PESP** dans une perspective de prévenir, guérir la maladie ou soutenir la personne.

Afin de présenter des pratiques cohérentes avec cet objectif, un modèle d'accessibilité aux soins, faisant le parallèle entre les caractéristiques des services de santé et celles des personnes, a été choisi (présenté à la page suivante). Celui-ci définit l'accès aux services comme (au centre du modèle dans les boîtes bleues) : la possibilité d'identifier le besoin de santé, de percevoir la nécessité d'obtenir des services, de chercher les services, de trouver les services, de les utiliser, d'obtenir des retombées durant et à la suite de cette utilisation.

L'accès aux services y est illustré comme le résultat de l'interaction entre les caractéristiques de la population et **les caractéristiques des services**, soit :

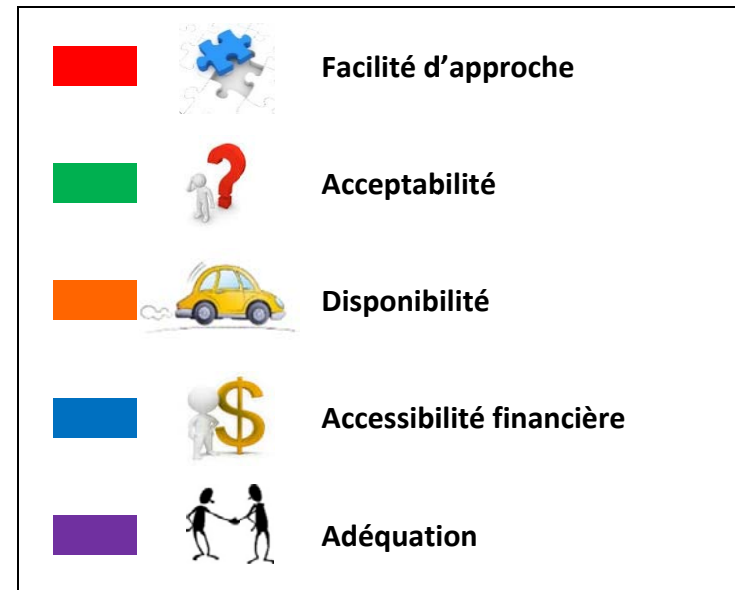
- 1) La facilité d'approche
- 2) L'acceptabilité
- 3) La disponibilité
- 4) L'accessibilité financière
- 5) L'adéquation

Ce sont sur ces 5 caractéristiques que portent les pratiques identifiées tout au long de ce guide, tout en ayant un accent particulier sur les inégalités sociales de santé et les besoins particuliers des PESP atteintes ou à risque de maladies chroniques.

Un guide en 5 sections

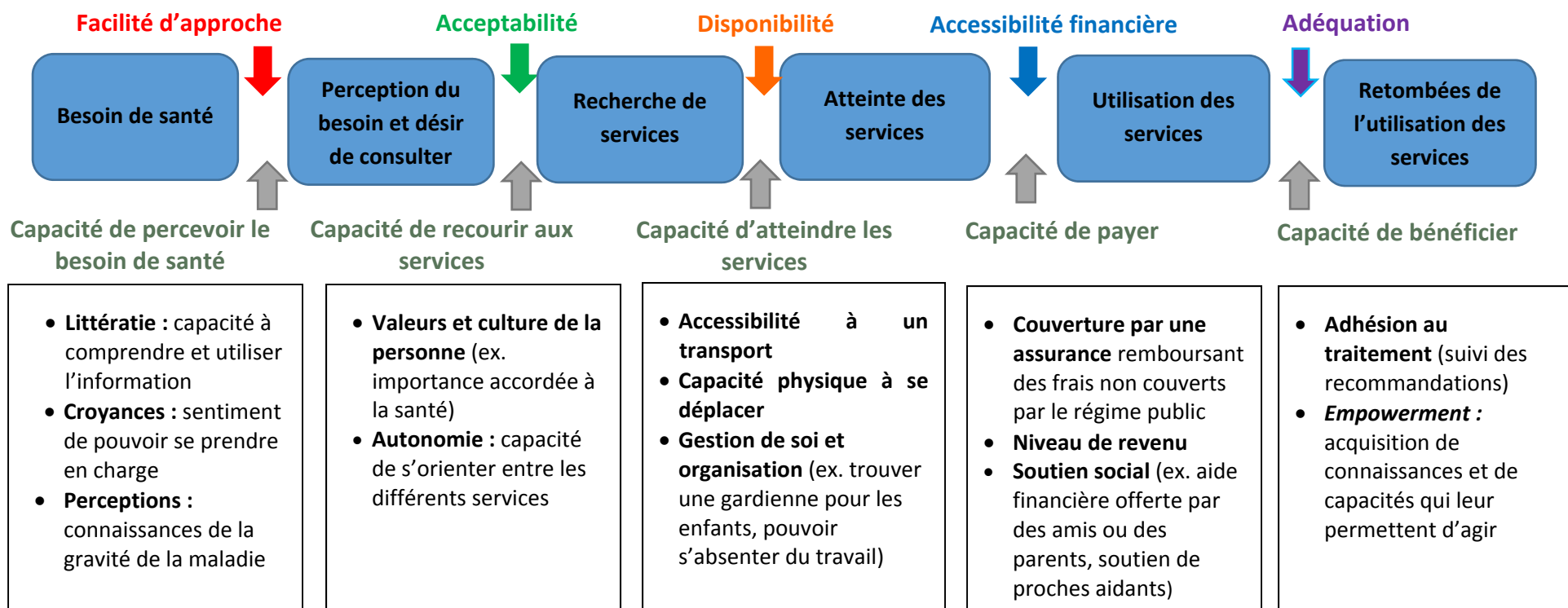
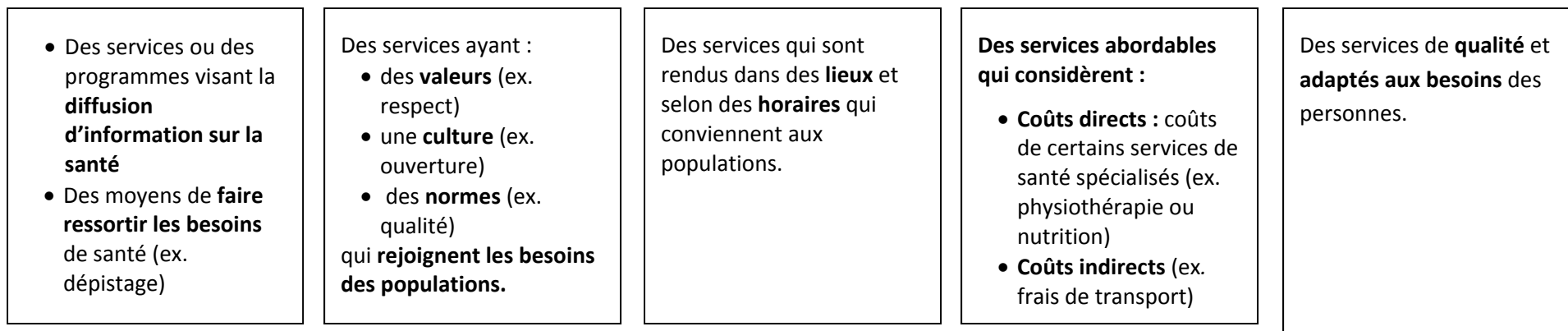
Le guide se divise en 5 sections, identifiées grâce au code de couleur apparaissant plus bas. Chaque pratique est détaillée au moyen d'une fiche (1 page) et classée dans la section correspondant à la principale caractéristique de services qu'elle peut influencer.

Toutefois, certaines pratiques de nature plus transversales peuvent toucher à différentes caractéristiques de services. S'il y a lieu, l'identification de caractéristiques secondaires se fait par l'utilisation de l'icône correspondante sur la fiche de la pratique.



Modèle d'accessibilité aux soins (adapté de Lévesque, Harris et Russell, 2013)

Caractéristiques des services de santé



Caractéristiques de la population



Cette section présente des pratiques permettant d'intervenir sur la **facilité d'approche** des services. Cette dimension est complémentaire à la **capacité des personnes à percevoir les besoins de santé** et d'identifier les services existants pour y répondre.

Les pratiques présentées dans cette section peuvent donc toucher :

- L'utilisation d'une approche de proximité soit une intervention

• 'activités de sensibilisation ou de dépistage dans des lieux fréquentés par des populations vivant loin des services de santé ou qui les fréquentent peu;

- La prise en compte du niveau de littératie des personnes dans la diffusion d'information concernant la santé.

Liste de projets :

Primary Care connect : se concentre sur la prévention, la détection précoce et la gestion des soins thérapeutiques en accordant la priorité à l'éducation et à l'information de la population.

Approche de proximité à Place de la Rive :

– repérage des cas de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), incitation à cesser de fumer et soutien à l'autogestion.



Public cible : Personnes à risque de souffrir d'une maladie chronique

Une initiative impliquant des établissements de médecine familiale (Ontario)

Le modèle *Primary Care Connect* se concentre sur la prévention, la détection précoce et la gestion des soins thérapeutiques en accordant une grande priorité à l'éducation et à l'information de la population.

L'initiative cible les personnes qui courent le risque de souffrir d'une affection vasculaire, mais qui n'ont pas de symptômes et qui ne demandent pas d'aide médicale. Les patients repérés au cours d'un examen des dossiers de santé électroniques sont invités à se rendre dans un milieu clinique pour une évaluation de santé et une investigation vasculaire. S'il y a des signes d'affection vasculaire, le patient peut choisir de s'inscrire à un programme de traitement individualisé, qui prévoit cinq rendez-vous de suivi répartis sur neuf mois, ou opter pour les interventions cliniques qui s'avèrent nécessaires.

Ce programme est géré par des infirmières qui collaborent avec des médecins de famille, des spécialistes, des pharmaciens et des nutritionnistes afin d'identifier et de traiter les patients vulnérables.

Un cadre de transfert des connaissances homologué, Primary Care Connect, a été conçu avec la collaboration de Diversified Health Canada et facilite la mise en application de cette pratique dans d'autres milieux.

Des données ont été saisies pour 1 329 patients et, avec en moyenne 3,4 visites en clinique :

- Les profils des facteurs de risque s'étaient grandement améliorés;
- Les risques cardiovasculaires des patients pour les 10 prochaines années avaient diminué de 20 %;
- Les services de soins actifs étaient moins sollicités;
- Des témoignages personnels indiquent que les participants sont plus conscients de leur propre santé;
- On estime à 65 % la probabilité que la présence de ce programme soit plus rentable pour le réseau de la santé, que son absence.

Reconnaissance

Accrédité en 2013 comme pratique prometteuse par Agrément Canada



[Pour en savoir plus](#)



- Les PESP courent davantage de risque de souffrir de maladies chroniques.
- Le niveau de défavorisation devrait être un des critères de repérage utilisés au cours des examens de dossiers électroniques.



Public cible : Résidents d'un HLM - familles en situation précaire et évoluant dans un important contexte de pauvreté, marginalité et criminalité

Une initiative du CSSS de la Vieille-Capitale (Québec)

Le CSSS de la Vieille-Capitale a développé une offre de services intégrés, et de qualité, à partir des besoins réels de la population locale, tout en assurant une présence continue dans le milieu de vie, soit le HLM de la Place de la Rive.

- Une pluralité d'acteurs s'est unie pour développer une stratégie d'intervention de proximité : le CSSS de la Vieille-Capitale, l'Office municipal d'habitation de Québec (OMHQ), le Carrefour des enfants de Saint-Malo, la Corporation d'animation de l'Ouvre-Boîte du quartier et de nombreux résidents et résidentes;
- Il s'agit de créer un réseau de services, agissant surtout en amont des problématiques de santé, soit en promotion et en prévention. Ces partenaires se sont unis afin de faire de la Place de la Rive, un milieu de vie favorable à la santé : les services incluent de l'aide aux devoirs, des ateliers de cuisine, des projets d'accès à l'emploi et de nombreuses activités sociales et sportives dans le HLM;
- Cette approche innovante s'appuie sur une présence multisectorielle dans le milieu de vie, sur des échanges structurés et paritaires d'informations entre les partenaires internes, sur la mise en place d'actions concertées multisectorielles visant l'amélioration du milieu de vie et du mieux-être des résidents, sur la mise en confiance et sur le dialogue avec ceux-ci.

L'approche de proximité à la Place de la Rive a amélioré le mieux-être des résidents en permettant à ces derniers de développer un sentiment de sécurité plus grand ainsi qu'un sentiment d'appartenance en constante évolution.

- Le travail d'information, de sensibilisation et de prise de conscience effectué par les intervenants a permis aux résidents de se réapproprier leur espace de vie;
- Une réduction du nombre de plaintes enregistrées à la suite d'incidents a été notée (réduction de 28 % des déplacements vers le HLM du service de police de la ville de Québec);
- Le sentiment de sécurité des résidents dans leur milieu s'est amélioré;
- Dans la cour, où les parents étaient craintifs de laisser jouer leurs enfants, il y a maintenant des modules de jeu et des activités familiales qui sont organisées.

Reconnaissance

Lauréat du prix Innovation – Promotion et prévention de l'AQESSS.



Il est reconnu que les déterminants sociaux sont fortement liés aux facteurs de risque des maladies chroniques. Travailler à améliorer les conditions de vie des personnes aura, selon toutes probabilités, un impact sur l'adoption de saines habitudes de vie et la prévalence des maladies chroniques.



Public cible : Fumeurs et victimes de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)

Une initiative du CSSS de la Pommeraie (Québec)

Les cliniques DÉPART ont été mises en place pour repérer des cas de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), inciter la clientèle à cesser de fumer et lui offrir un support à l'autogestion.

Cette clinique mobile se déplace au besoin dans toutes les cliniques médicales sur le territoire du CSSS de La Pommeraie pour y évaluer des personnes qui répondent à certains critères précis et souhaitent arrêter de fumer. Elle compte sur une équipe interdisciplinaire composée d'une infirmière clinicienne, d'une inhalothérapeute et d'une clinicienne en arrêt tabagique.

- Le repérage de la clientèle se fait à partir du dossier médical des cliniques;
- Les personnes identifiées sont invitées par leur médecin de famille à participer à la clinique DÉPART sur une base volontaire;
- La clinique DÉPART rencontre les usagers volontaires dans leur clinique médicale ou groupe de médecine familiale, leur évitant d'avoir à se déplacer.

L'utilisateur est évalué par l'infirmière clinicienne, puis rencontre l'inhalothérapeute pour passer un test de spirométrie (capacité pulmonaire) dont les résultats seront transmis au médecin traitant. Des rencontres d'accompagnement individuelles sont ensuite proposées par la clinicienne en arrêt tabagique.

- La clinique a permis le repérage de 26 cas MPOC;
- Le quart des personnes qui ont reçu un diagnostic MPOC a effectué un arrêt tabagique;
- La clinique volante permet une proximité physique importante avec les usagers qui ont de la difficulté à se déplacer.

Selon Agrément Canada, « Les résultats recueillis jusqu'à présent laissent entrevoir des perspectives des plus positives en termes d'impact sur la santé de la clientèle recrutée dans le cadre des cliniques DÉPART ».

Reconnaissance

Accréditée en 2013 comme pratique exemplaire par Agrément Canada



[Pour en savoir plus/Voir aussi](#)



Une clinique volante est une stratégie intéressante pour les PESP, puisqu'elle permet d'aller les dépister dans leur communauté. Cette clinique pourrait se rendre dans d'autres lieux (organismes communautaires, complexes résidentiels, milieu de travail, etc.)



Acceptabilité

Cette section présente des pratiques permettant d'intervenir sur l'**acceptabilité** des services. Cette dimension est complémentaire à la **capacité des personnes de recourir aux services**.

Les pratiques présentées dans cette section peuvent donc toucher l'adaptation des services offerts en fonction du statut socio-économique, des différences culturelles ou des croyances propres à certains groupes de la population

Liste de projets :

The Smoking Matters Project : mobiliser les intervenants des organismes communautaires à offrir des services en cessation tabagique à leurs clients.

The Expert Patients Program : accompagner des patients pour leur permettre d'augmenter leur confiance en eux, d'améliorer leur qualité de vie et de gérer leur condition plus efficacement.



Public cible : Fumeurs fréquentant des organismes communautaires

Une initiative de Association of Children's Welfare Agencies (ACWA)
(Australie)

Le *Smoking Matters project* consiste à travailler avec des organismes communautaires pour mobiliser les intervenants de ces organismes à offrir des services en cessation tabagique à leurs clients.

- Le projet vise à mettre en place des services de cessation tabagique dans des organismes communautaires en :
 - ✓ Augmentant la capacité du personnel à parlé de tabagisme avec la clientèle;
 - ✓ Soutenant les organismes communautaires pour changez leurs politiques organisationnelles en matière de tabac (ex. : éviter que les intervenants fument avec les clients).
- Le projet inclut :
 - ✓ Une formation offerte par l'ACWA aux intervenants des OC sur le *counseling* en cessation tabagique;
 - ✓ De la documentation (ressources écrites).

L'évaluation du projet : Trois mois après la formation, un sondage a été mené auprès des intervenants formés pour évaluer leur niveau de confiance, de connaissances et de compétences pour traiter du tabagisme, ainsi que les changements apportés dans leurs pratiques personnelles.

Trois mois après la formation des intervenants :

- 100 % d'entre eux se disaient suffisamment confiants pour aborder le tabagisme avec leur clientèle;
- 100 % d'entre elles les connaissances adéquates quant aux risques à la santé du tabagisme;
- la plupart d'entre eux se disaient assez compétents pour aborder le tabagisme et offrir des conseils en cessation tabagique à leur clientèle;
- 97 % des intervenants étaient d'accord qu'il était important d'aborder le tabagisme avec leur clientèle;
- Certaines organisations avaient modifié leurs politiques, ex. : avoir désigné une aire pour les fumeurs, soutenir financièrement les clients et les membres du personnel qui veulent arrêter de fumer.



Les organismes communautaires sont fortement impliqués auprès des personnes en situation de pauvreté. Leurs intervenants peuvent contribuer à améliorer les habitudes de vie de ces personnes.



Public cible : Les adultes de 18 ans et plus atteints d'une maladie chronique

Une initiative du National Health Service (NHS) (Angleterre)

Avec un soutien approprié, les personnes atteintes d'une maladie chronique ont la capacité de bien gérer leur condition. Ce programme cherche donc à accompagner ces patients pour leur permettre d'augmenter leur confiance en eux, d'améliorer leur qualité de vie et de gérer leur condition plus efficacement.

Ce programme est offert en 6 cours hebdomadaires à tous ceux qui en manifestent le besoin. Les cours sont offerts par deux tuteurs souffrant eux-mêmes d'une maladie chronique et abordent les thématiques suivantes :

- Faire face à la douleur et à la fatigue extrême
- Affronter la dépression
- Utiliser des techniques et des exercices de relaxation
- S'alimenter sainement
- Communiquer avec famille, amis et professionnels
- Planifier pour le futur

À la suite d'une étude réalisée auprès de 1000 participants au programme, les participants :

- Étaient plus confiants que les symptômes de leur maladie chronique n'affectent pas leur vie de tous les jours;
- Se sentaient mieux préparés pour leurs rendez-vous médicaux;
- Se rendaient moins souvent chez leur médecin;
- Se rendaient moins souvent à l'urgence.

Selon une évaluation du *National Primary Care Research and Development Centre (NPCRDC)*, le programme augmente le sentiment d'auto-efficacité des patients (sentiment de confiance en leur capacité de changer de comportement) et entraîne une réduction des séjours de plus d'une journée à l'hôpital.



Le manque de confiance en sa capacité de prendre sa santé en charge est un élément freinant le recours aux soins de santé pour les PESP. Ce cours permet d'agir principalement sur cet aspect.



Cette section présente des pratiques permettant d'intervenir sur **la disponibilité des services**. Cette dimension est complémentaire à la **capacité des personnes d'atteindre les services**.

Les pratiques présentées dans cette section peuvent donc toucher :

- Les caractéristiques des établissements où les services sont rendus (emplacement, distribution, facilité d'accès aux bâtiments, heures d'ouverture, etc.);
- Les caractéristiques urbaines (service de transport);
- Les modes de dispensation des services (téléphonie, consultation virtuelle, etc.).

Liste de projets :

Service de Messagerie Texte pour Arrêter le Tabac (SMAT) :

The Gold Standard Program : vise à former des intervenants, dans différents milieux, afin qu'ils puissent offrir des interventions en cessation tabagique aux patients identifiés comme défavorisés.

Suivi clinique intelligent à domicile (télésoins) : approche de soins et de services à domicile qui regroupe un ensemble d'activités cliniques réalisées à l'aide des technologies de l'information et des communications : l'enseignement, la surveillance, les traitements, l'évaluation et le partage de l'information.



Public cible : Fumeurs qui ont accès à un service de téléphonie mobile

Une initiative de la Fondation canadienne du cancer (Québec)

Le SMAT est un service de messagerie instantanée qui offre un soutien personnalisé favorisant l'abandon du tabac.

Ce système utilise la messagerie instantanée (*textos*) pour aider un fumeur à écraser pour de bon. Selon les forfaits choisis, le service envoie à la personne inscrite :

- 70 messages sur une période de 24 semaines à partir de la date d'arrêt précisée;
- Une phase de préparation si désirée (10 messages);
- Des messages supplémentaires personnalisés selon le profil de la personne (étudiant, travailleur, *etc.*);
- Des messages supplémentaires pour la gestion des envies et des rechutes quand l'abonné envoie les mots-clés suivants :
 - ✓ Envie : a tenté de fumer
 - ✓ Oups : ont fumé quelques cigarettes
 - ✓ Rechute : à recommencer à fumer

Le service est disponible partout au Canada, il suffit de s'inscrire en ligne. Tout intervenant en contact direct avec une personne manifestant le désir d'arrêter de fumer peut recommander ce service interactif. L'intervenant devrait apporter de l'aide à la personne pour faciliter son inscription en ligne.

- Trois mois après la fin du programme, entre 22 % et 25 % des usagers n'avaient pas recommencé à fumer;
- Le service double les chances que, jusqu'à 7 semaines après sa fin, un ex-fumeur n'ait pas repris la cigarette (comparativement à un fumeur n'ayant pas reçu le service);
- 87 % des participants aux projets pilotes ont jugé le service utile et 94 % le recommanderaient à des amis.



[Pour en savoir plus](#)



Ce type de service permet de contrer les barrières d'accessibilité géographiques, psychologiques et sociales en offrant un soutien quotidien, rapide et adapté aux difficultés de cessation des fumeurs en situation de pauvreté. Le service est gratuit.



Public cible : Adultes de 18 ans et plus

Une initiative du National Cancer Institute (Danemark)

Le *Golde Standard Program (GSP)* vise à former des intervenants, dans différents milieux, afin qu'ils puissent offrir des interventions en cessation tabagique aux patients identifiés comme défavorisés.

- Des formations de *counseling* en cessation tabagique sont offertes par le *National Cancer Institute* aux intervenants des milieux suivants :
 - Unités de soins primaires (milieu hospitalier)
 - Pharmacies (à proximité)
 - Communauté (ex. organismes communautaires, cliniques dentaires)
- Les intervenants sont formés à offrir un programme de *counseling* pour la cessation tabagique qui consiste en 5 rencontres s'étalant sur 6 semaines.
- Le programme inclut des interventions adaptées en fonction de la sévérité des habitudes tabagiques du patient :
 - ✓ *Counseling* individuel ou de groupe (12 participants/groupe)
 - ✓ Éducation du participant et conseils motivationnels
 - ✓ Prévention des rechutes (symptômes de sevrage)
 - ✓ Pharmacothérapie (au besoin)/thérapie de remplacement de la nicotine

- 34 % des participants étaient abstinents après les 6 semaines d'intervention;
- Les auteurs de l'étude ayant évalué le GSP ont recommandé d'offrir des services de *counseling* individualisés et de plus forte intensité auprès des fumeurs défavorisés afin d'augmenter leurs chances de parvenir à cesser de fumer.



[Pour en savoir plus](#)



Le fait que les services en cessation tabagique soient offerts dans différents lieux permet de contrer les barrières géographiques d'accès aux services pour les PESP. De plus, l'idée d'offrir des services plus intenses, tels que des consultations de plus longue durée, semble prometteuse pour le maintien de l'arrêt tabagique pour les fumeurs en situation de pauvreté.

Le projet découle des constats suivants :

- La clientèle a de la difficulté à avoir accès à un médecin de famille;
- Il y a une pénurie grandissante de personnel infirmier;
- Il y a un manque de transport
- Les services doivent être adaptés à la clientèle vulnérable dans un territoire étendu;
- La clientèle non desservie par un médecin de famille est une grande consommatrice de services hospitaliers.

Dans ce contexte, l'idée des télésoins apparaît comme une avenue intéressante pour mieux desservir la clientèle.

- Les télésoins permettent à des usagers dont l'état est vulnérable et qui présentent des pathologies chroniques souvent multiples d'avoir accès à un professionnel de la santé tous les jours;
- On constate une diminution de 34 % du nombre de visites à l'urgence et de 66 % des hospitalisations;
- Globalement, on note une économie de 41 % des coûts associés au suivi en télésoins par rapport aux méthodes traditionnelles;
- En plus d'augmenter l'accessibilité des soins, l'objectif de gestion de sa maladie par l'utilisateur est atteint, permettant de diminuer le recours aux services hospitaliers.

- L'utilisateur collecte ses informations et les transmet quotidiennement par l'intermédiaire de son ordinateur ou sa tablette électronique
- L'utilisateur est formé sur l'utilisation de la station-patient (logiciel) et des appareils de mesure qui lui seront prêtés gratuitement;
- L'infirmière de suivi au CLSC reçoit, analyse et traite ces informations;
- En cas de besoin, l'infirmière contacte l'utilisateur et effectue un suivi avec le médecin.

Ces activités sont réalisées à l'aide des technologies de l'information et des communications et impliquent l'utilisation de périphériques.

Accrédité en 2014 comme pratique exemplaire par Agrément Canada



Les PESP ont généralement besoin d'une intensité de suivi plus élevée que d'autres groupes de la population. Les télésoins permettent de répondre à ce besoin. Ils permettent également de répondre à certains problèmes de transport qui rendent plus difficile l'atteinte des services par les PESP.



Accessibilité financière

Cette section présente des pratiques permettant d'intervenir sur **l'accessibilité financière des services**. Cette dimension est complémentaire à la **capacité des personnes de payer les services**.

Les pratiques présentées dans cette section peuvent donc toucher :

- Les ressources nécessaires pour accéder aux services (temps, argent, déplacements);
- Les ressources d'appui et de soutien qui aident les usagers à gérer leurs maladies;
- Des stratégies de réduction des coûts pour favoriser l'accès à certains soins.

Liste de projets :

Accompagnement-transport bénévole : jumelage entre un conducteur bénévole et une personne aînée qui permet un mode de transport convivial, abordable (gratuit) et adapté aux besoins des personnes âgées.

Étudiants des cégeps et des universités pour des services professionnels à moindre coût : certains cégeps ou universités offrent des services de santé à coûts réduits ou gratuits dans le cadre de stage de formation de leurs étudiants.

Centre de soutien aux proches aidants : service qui répond aux besoins des proches aidants et les soutient dans leurs tâches quotidiennes.



Public cible : Personnes âgées en perte d'autonomie

Une initiative du CSSS Cavendish (Québec)

Les services d'accompagnement-transport bénévole sont offerts par des organismes de la communauté et prennent la forme d'un jumelage entre un conducteur bénévole et une personne âgée. En plus d'être considérés comme sécuritaires, ces services représentent un mode de transport convivial, abordable (gratuit) et adapté aux besoins des personnes âgées (TCAIM, 2009).

Deux guides sont disponibles pour mettre en place ce service :

- ✓ Un guide, de type organisationnel, destiné aux responsables d'organismes liés à la gestion d'un service d'accompagnement-transport bénévole dans la communauté;
- ✓ Un guide de pratique pour former les bénévoles à l'accompagnement-transport.

Le service comprend de l'accompagnement vers :

- 1) Les services médicaux, paramédicaux et psychosociaux (ex.-hôpital, clinique médicale, etc.);
- 2) Les activités domestiques (ex. banque, épicerie, pharmacie, etc.)
- 3) Les activités de socialisation (ex. centre de jour, dîner et autres activités communautaires ou de participation citoyenne);
- 4) Les activités de loisir (ex. restaurant, musée, bibliothèque, cinéma).

L'évaluation du FriendshipWork's Medical Escort Program (programme d'accompagnement-transport similaire à celui implanté au CSSS Cavendish) rapporte que :

- les bénévoles offrent non seulement un moyen de transport aux bénéficiaires pour se rendre à un rendez-vous médical, mais également une assistance physique et un soutien émotionnel avant, pendant et après la visite ou l'intervention médicale;
- les bénévoles affirment qu'ils contribuent à réduire l'isolement et la solitude des participants au programme;
- 87 % des bénéficiaires ont exprimé leur satisfaction à l'égard du programme;
- 56% des bénéficiaires affirment que leur participation au programme a contribué à réduire leur anxiété et leur stress relatifs à la planification de rendez-vous médicaux.



[Pour en savoir plus](#)



Ce type de service permet de réduire les coûts liés au transport qui peuvent freiner le recours aux services de santé et aux services sociaux des PESP. Le soutien des bénévoles peut également permettre aux personnes de mieux s'orienter dans les services.

Une initiative du Cégep de Granby et de l'université McGill (Québec)

1) CLINIQUE SANTÉ DU CÉGEP

La clinique santé du Cégep de Granby offre des soins de santé à la population. Parmi les services offerts, on retrouve les prélèvements sanguins, le suivi de la pression artérielle, la prise de signes vitaux, les pansements, la glycémie capillaire, la promotion de la santé. Dans le cadre de la formation en soins infirmiers, la clinique opère grâce à des étudiants en soins infirmiers de 1^{re} et 2^e année ayant reçu une formation. En tout temps, ils sont supervisés par des enseignantes infirmières qualifiées.

- ✓ clinique ouverte en semaine à partir de 8 h;
- ✓ sans prise de rendez-vous;
- ✓ gratuite;
- ✓ besoin de la prescription médicale et d'une carte d'assurance-maladie.



[Pour en savoir plus](#)

2) CLINIQUE DENTAIRE COMMUNAUTAIRE

La clinique communautaire de McGill est un programme à but non lucratif qui opère grâce à des dentistes bénévoles, des étudiants en médecine dentaire de l'université McGill et du personnel de soutien bénévole. Il travaille avec des agences et des groupes communautaires de l'île de Montréal pour offrir des soins dentaires gratuits à des individus défavorisés.



[Pour en savoir plus](#)



Certains services professionnels sont associés à des coûts qui peuvent décourager certaines PESP d'y recourir. Les cliniques universitaires ou des cégeps peuvent donc contribuer à améliorer l'accessibilité à ces services pour les PESP.

Une initiative du CSSS Cavendish (Québec)

Un proche aidant est un membre de la famille ou un ami non rémunéré qui fournit des soins et du soutien régulier à un proche qui a certains problèmes de santé, dont les maladies chroniques. Le centre de soutien aux proches aidants répond aux besoins des proches aidants et les soutient dans leurs tâches quotidiennes.

Comment ça fonctionne?

Le centre de soutien aux proches aidants offre plusieurs services :

- ✓ La *Halte-Répît* fournit des périodes de répît aux aidants en organisant des activités pour les aînés. Ces activités sont animées par le personnel du CSSS, les étudiants et les bénévoles;
- ✓ Le *Foyer des aidants* est un endroit où les aidants peuvent s'arrêter et obtenir de l'information, de l'éducation et du soutien auprès de bénévoles qualifiés qui sont eux-mêmes des proches aidants;
- ✓ Le *Programme d'évaluation et de counseling* à court terme des aidants offre des sessions individuelles à court terme, de 6 à 10 semaines, durant lesquelles sont abordés la capacité d'adaptation, la gestion du stress, l'établissement des limites personnelles, les liens avec les programmes de répît et de soutien, etc.

Le centre est implanté dans un CSSS et repose sur la collaboration entre les travailleurs sociaux, les bénévoles et les étudiants stagiaires.

Les groupes de soutien peuvent avoir un effet positif sur :

- le sentiment de fardeau vécu par certains proches aidants;
- les connaissances et les habiletés;

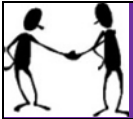
Le répît peut amener une réduction de la perception du fardeau et des symptômes de dépression chez les aidants.



[Pour en savoir plus](#)



- Penser à offrir les services gratuitement;
- Essayer de repérer les personnes isolées socialement qui pourraient bénéficier de ces services.



Adéquation

Cette section présente des pratiques permettant d'intervenir sur l'adéquation, c'est-à-dire le fait d'avoir des services de qualité et adaptés aux besoins des patients.

Cette dimension est complémentaire à la capacité des personnes de bénéficier des services disponibles. Il est maintenant reconnu qu'une meilleure gestion des maladies chroniques par les patients permet d'éviter des complications majeures qui nécessiteraient un recours en 2^e ligne auprès de médecins spécialistes. Il est donc essentiel de s'assurer que les patients bénéficient de l'information et des outils adéquats en lien avec la gestion de leur maladie.

Les pratiques présentées dans cette section peuvent donc toucher :

- ✓ la modification des services pour qu'ils répondent aux besoins particuliers des PESP;
- ✓ le niveau de littératie en santé des PESP;
- ✓ les interactions entre patients et médecins; entre médecins et autres professionnels de la santé (équipes interdisciplinaires de suivi) ou entre médecins traitants et médecins spécialistes;
- ✓ le suivi par des équipes interdisciplinaires.

Liste de projets :

Équipe interdisciplinaire dans la communauté pour l'autogestion des maladies chroniques : suivi intensif offert aux patients atteints d'une ou de plusieurs maladies chroniques pour leur permettre de mieux comprendre et de mieux gérer leur maladie, et ce, dans leur communauté.

Discutons santé/volet professionnels : formation en ligne offerte aux professionnels afin d'améliorer la communication avec l'utilisateur et, ainsi, améliorer l'autogestion de la maladie.

Discutons santé/volet patients : conseils pratiques et pistes d'actions pour que le patient puisse mieux se préparer à ses consultations médicales, y participer plus activement et se responsabiliser face à son état de santé.

Améliorer ma santé à ma façon : programme gratuit conçu pour aider les gens à bien gérer les défis quotidiens posés par le fait de vivre avec une maladie chronique.

Programme Aliment'ACTION : programme qui vise la modification des habitudes de vie problématiques des patients atteints du syndrome métabolique.

Équipe VERS SA Santé : service de première ligne qui vise à améliorer les services offerts aux personnes atteintes de maladies chroniques.

Rapid Access to Consultative Expertise (RACE) program : modèle de soins partagés faisant appel à une technologie téléphonique qui permet à des médecins de famille d'avoir accès rapidement à des spécialistes.

Système d'information gérontogériatrique (SIGG) : dossier électronique.

Public cible : Les patients souffrant de plusieurs maladies chroniques et provenant d'un milieu éloigné des services de santé



Une initiative du CSSS Rocher-Percé (Québec)

Il s'agit d'offrir, aux patients atteints d'une ou plusieurs maladies chroniques, un suivi intensif qui leur permet de mieux comprendre et de mieux gérer leur maladie, et ce, dans leur communauté.

Comment ça fonctionne?

- Une équipe interdisciplinaire (nutritionniste, infirmière clinicienne et kinésiologue) se déplace dans un centre de conditionnement physique de la communauté;
- L'approche respecte le niveau de motivation et les ressources dont dispose l'usager pour gérer sa maladie;
- Un programme de suivi intensif échelonné sur 12 semaines est mis en place et le patient est rencontré par l'équipe interdisciplinaire 2 fois par semaine;
- Les activités de formation traitent des saines habitudes de vie, de la gestion des médicaments, de l'action de la maladie sur le corps, *etc.*;
- Les saines habitudes de vie prônées sont mises en pratique en effectuant des formations au centre de conditionnement physique, à l'épicerie, *etc.*;
- Un suivi clinique est réalisé aux 3 semaines, en collaboration avec le médecin du patient;
- Un suivi de maintien est offert pendant 9 mois.

- Après seulement 2 semaines de suivi, la plupart des patients ont acquis de nouvelles connaissances sur la santé;
- L'intensité de suivi est suffisante pour permettre aux patients d'intégrer un nouveau mode de vie sain;
- Une meilleure utilisation des médicaments, des taux d'hypertension moins élevés, des taux de cholestérol plus bas, des cas de diabète mieux contrôlés, des pertes de poids, entre autres, ont été observés.

Reconnaissance

Accrédité comme pratique exemplaire par Agrément Canada



[Pour en savoir plus/Voir aussi](#)



Les activités d'enseignement sont bien adaptées aux besoins, aux ressources et aux capacités des usagers. Pour les PESP, cela peut faire toute la différence pour les amener à gérer leur maladie. Par ailleurs, le fait que l'équipe interdisciplinaire se déplace dans la communauté permet de répondre à certaines barrières géographiques ou de transport.

Une initiative de Capsana (Québec)

Ce programme de formation en ligne mise sur une meilleure communication entre patients et professionnels de la santé (médecins, infirmières et pharmaciens) pour améliorer la qualité de leurs interactions et contribuer à l'autogestion des maladies par le patient.

Comment ça fonctionne?

La formation vise à permettre aux professionnels d'adapter leur approche communicationnelle afin d'obtenir de meilleurs résultats de soins. Inspirée du Chronic Care Model, cette formation propose trois modules articulés selon l'approche *Convaincre, Planter, Maintenir* (CIM). Elle compte trois modules :

- 1) Convaincre et éduquer à propos du problème de santé, qui consiste à faire cheminer le patient dans la reconnaissance de sa maladie;
- 2) Planter le traitement et soutenir le patient dans sa mise en place : explorer les options de traitement avec le patient;

Maintenir l'adhésion du patient à son traitement : revoir avec le patient les barrières et les manières de les vaincre pour ne pas abandonner son traitement.

Pour une rencontre efficace, les professionnels de la santé doivent développer leurs habiletés communicationnelles. *Discutons Santé* les outils pour mieux prendre en compte le degré de compréhension et de motivation des patients. *Discutons Santé* permet notamment de :

- Reconnaître rapidement la « disposition à se traiter » des patients;
- Adapter l'approche clinique et communicationnelle afin de faire progresser des patients dans l'atteinte des cibles de soins;
- Soutenir le développement de la capacité d'autogestion des patients.

Cette formation est accréditée par Médecins francophones Canada.



· Pour une bonne prise en compte des PESP, un volet supplémentaire devrait être ajouté à cette formation concernant les stratégies communicationnelles qui sont nécessaires pour adapter le discours des professionnels à des niveaux d'éducation et de littératie en santé plus faibles.

Une initiative de Capsana (Québec)

Cette plate-forme web offre des outils conçus pour aider les patients à gérer leurs problèmes de santé et à mieux préparer leurs rendez-vous médicaux. Elle cherche à favoriser une meilleure communication entre les patients et les professionnels de la santé de façon à contribuer à une plus grande autonomie des patients dans la gestion de leur maladie.

Comment ça fonctionne?

La zone « Patients » est divisée en trois sections :

- « **Mes habiletés PIVO** » : présente 4 techniques de communication essentielles à développer pour bien profiter de chaque rendez-vous avec un professionnel de la santé;
- « **Mes rendez-vous** » : accompagne le patient pour effectuer une bonne préparation de ses rendez-vous médicaux en le faisant réfléchir sur les sujets à aborder et les questions à poser au professionnel de la santé;
- « **Mon carnet de santé** » : permet au patient de réunir toute l'information sur sa santé et, ainsi, d'éviter d'oublier certaines données.

Pour favoriser l'utilisation de cet outil par une PESP, un soutien serait nécessaire pour remplir certains formulaires (ex. préparation des rendez-vous). De plus, si la PESP n'est pas dans la possibilité d'imprimer le compte-rendu généré et qu'elle ne possède pas de tablette ou de téléphone intelligent, un accès doit être permis par l'ordinateur du médecin.

Une meilleure préparation aux rendez-vous médicaux aide le patient à s'engager activement dans la gestion de sa maladie et à favoriser une relation de partenariat entre lui et son médecin.



Les PESP peuvent se sentir intimidés face à un professionnel de la santé. Le fait de bien préparer les rendez-vous médicaux contribue à augmenter la confiance en soi du patient et diminue le stress qu'il peut ressentir à ce moment. La préparation augmente l'efficacité des échanges avec le professionnel de la santé, car le patient s'assure de présenter toutes les données pertinentes au suivi adéquat de son problème de santé.



Public cible : Tout patient atteint d'une maladie chronique

Une initiative du Department of Health and Community Services (Terre-Neuve-Labrador)

Ce programme gratuit est conçu pour aider les gens à bien gérer les défis quotidiens posés par le fait de vivre avec une maladie chronique. Il s'agit d'une adaptation provinciale d'un programme d'éducation des patients initialement conçu et breveté par l'Université de Standford en Californie au milieu des années 1980.

Comment ça fonctionne?

Le programme comprend 6 ateliers hebdomadaires de 2 heures et demie chacun.

Les thèmes abordés dans les ateliers sont :

- Bien gérer son sommeil et sa fatigue;
- Adopter une alimentation saine;
- Faire face à la frustration, à la dépression, à la douleur et à l'isolement;
- Entreprendre ou maintenir une vie active;
- Développer des capacités de gestion des problèmes;
- Communiquer avec la famille, les amis et les professionnels de la santé,
- Profiter encore plus de la vie!

Les animateurs sont eux-mêmes aux prises avec une maladie chronique ou ont soutenu un(e) proche souffrant d'une maladie chronique.

** Chaque participant est invité à se faire accompagner par un(e) proche (famille ou ami(e)) qui pourra le soutenir dans la prise en charge de sa santé.

Les évaluations faites montrent que la pratique peut s'avérer efficace, mais avec des résultats parfois modestes et variables. On a observé des variations allant de petites à modérées dans l'auto-efficacité des participants (plus de confiance face à l'autogestion), dans leur santé psychologique (moins de stress et de dépression) et dans leurs comportements de santé. Beaucoup de ces améliorations avaient duré jusqu'à un an.

Ce programme est aujourd'hui implanté sous différentes versions dans 24 pays à travers le monde, ainsi que dans la plupart des provinces canadiennes.

Accréditée comme pratique exemplaire par Agrément Canada.



Les PESP ont généralement besoin d'un soutien plus personnalisé pour maximiser leurs chances de prendre leur santé en main. La possibilité offerte par cette pratique d'être accompagné d'un(e) proche tout au long du processus d'apprentissage de la prise en charge est donc un facteur-clé. Les PESP peuvent également s'identifier plus facilement auprès d'un animateur qui est également aux prises avec une maladie chronique.

Une initiative du CSSS Champlain – Charles-Le Moyne (Québec)

Ce programme vise la modification des habitudes de vie problématiques des patients atteints du syndrome métabolique.

Comment ça fonctionne?

Le syndrome métabolique est un regroupement de facteurs de risque incluant l'obésité abdominale, un niveau élevé d'acide gras dans le sang (triglycérides), un faible niveau de bon cholestérol, une hyperglycémie à jeun et une pression artérielle élevée. Mis ensemble, ces éléments accroissent le risque de maladies cardiovasculaires et de diabète de type 2 chez un individu.

Chaque patient référé est suivi par une équipe interdisciplinaire coordonnée par le médecin traitant et composée d'une nutritionniste, une kinésologue et une infirmière clinicienne. Le programme présente les caractéristiques suivantes :

- Il comprend des ateliers de groupe et un suivi téléphonique individuel;
- Il s'échelonne sur 12 mois;
- Il comprend trois séances d'évaluation de l'état de santé, de la condition physique et des habitudes alimentaires réalisées au cours du suivi : au début de la démarche, après 3 mois de participation et à la fin de la démarche, soit après une période de 12 mois.

Les retombées du programme sont palpables et prennent principalement la forme d'améliorations de l'état de santé et de la condition physique des patients :

- Amélioration des taux de cholestérol et de glycémie à jeun;
- Augmentation et régularisation de la pratique d'activités physiques;
- Perte de poids;
- Diminution de la circonférence de la taille et de la pression artérielle;
- Changements importants des habitudes alimentaires.

Les résultats positifs ont incité les instigateurs du programme à augmenter le nombre de patients suivis et même à ouvrir le programme à d'autres types de clientèle.

Bons coups de l'AQESSS 2014



La combinaison d'ateliers de suivi téléphonique et de suivi médical offre aux PESP une intensité plus forte, un aspect essentiel pour maximiser les chances de réussite pour cette clientèle particulière.

Équipe VERS SA Santé

Collaboration interdisciplinaire en gestion des maladies chroniques

Public cible : Clientèle atteinte de maladies chroniques

Une initiative du CSSS de Gatineau (Québec)

Il s'agit d'un programme en première ligne qui vise à améliorer les services offerts aux personnes atteintes de maladies chroniques.

VERS : Vitalité, Éducation, Réseautage, Soutien

SA : Support à l'Autogestion

Santé : pour sa Santé

Comment ça fonctionne?

- L'utilisateur et sa famille sont pris en charge par une équipe interdisciplinaire, dont une infirmière et une nutritionniste;
- Le programme offre un service de dépistage, de suivi clinique, d'enseignement et d'autogestion sur une base individuelle;
- Des ateliers thématiques facultatifs sont aussi offerts, animés par une variété de professionnels (kinésiologue, pharmacien, psychologue, médecin);
- Les techniques de l'entretien motivationnel sont utilisées;
- L'utilisateur peut s'inscrire lui-même au programme ou y être référé.

Points forts de la pratique :

- Au suivi éducatif est ajouté un suivi clinique en partenariat avec le médecin traitant;
- L'infirmière clinicienne est autonome pour le suivi clinique et travaille en collaboration avec le médecin traitant;
- Le programme est basé sur la collaboration dans l'ensemble du réseau local de services et sur l'uniformisation des pratiques.

Résultats prometteurs

Ce service permet :

- D'assurer l'accessibilité aux services de première ligne pour la clientèle atteinte de diabète ou de maladies cardiovasculaires;
- De diminuer le recours à l'urgence et à l'hospitalisation;
- D'appuyer le médecin de première ligne dans l'évaluation, le diagnostic et le suivi de ces clientèles;
- De responsabiliser l'utilisateur par rapport à son état de santé et à l'autogestion de sa maladie, de le guider et de le motiver.

Le modèle est adaptable à tout type de maladie chronique.

Reconnaisances

- Reconnue comme pratique exemplaire par Agrément Canada en 2011
- Prix AQESSS 2012
- Mention d'honneur du ministère de la Santé et des Services sociaux en 2012
- Lauréat du Prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux 2013



[Pour en savoir plus](#)

Une initiative de la British Columbia Alliance on Telehealth Policy and Research

RACE est un modèle de soins partagés faisant appel à une technologie téléphonique qui permet à des médecins de famille d'avoir accès rapidement à des spécialistes les aidant à mieux conseiller leurs patients atteints de maladies chroniques.

Comment ça fonctionne?

La technologie de télécommunication utilisée est très simple et basée sur une arborescence téléphonique :

- Le médecin traitant compose le numéro de la ligne téléphonique centralisée;
- Il fait le choix parmi une liste de services spécialisés;
- L'appel est transféré sur le téléphone cellulaire ou le téléavertisseur d'un spécialiste avec qui il discute du questionnement auquel il fait face.

Les conseils fournis par les médecins spécialistes sont reconnus par les systèmes de compensation financière locaux en vigueur dans la province.

** Une boîte à outils précisant les étapes à suivre pour mettre en place une initiative similaire est disponible en ligne : [RACE in a box](#).

- Permet d'offrir 14 services spécialisés;
 - 5 000 appels pendant les premiers trois ans du programme (implanté en 2010);
 - 37 % des patients ont évité des visites à l'urgence;
 - 60 % des patients ont évité de consulter un médecin spécialiste;
 - En 2012, 78 % des appels ont été répondus dans un délai de 10 minutes ou moins et 90 % ont duré moins de 15 minutes;
 - Plus de 95 % des participants recommanderaient la ligne téléphonique à leurs collègues.
-
- Pratique exemplaire par Agrément Canada en 2013
 - Prix de leadership dans le secteur public de l'Institut d'administration publique du Canada/Deloitte
 - Prix Gold Apple pour l'excellence en innovation de l'Association des employeurs de la santé de la Colombie-Britannique



Ce programme diminue le besoin des patients de se déplacer pour des rendez-vous médicaux supplémentaires, et, surtout, leur permet de rester avec leur médecin traitant avec qui ils ont développé un lien de confiance.

Il s'agit d'un dossier électronique en ligne qui a pour but de soutenir le travail interdisciplinaire et le travail en réseau de services intégrés, en permettant les échanges cliniques en temps réel.

Comment ça fonctionne?

Ce dossier électronique est né de la préoccupation de nombreux intervenants terrains impliqués dans la gestion des soins aux personnes âgées d'avoir de meilleurs moyens d'échange entre eux. Ce système a pour but de faciliter les communications entre intervenants de la santé et, ainsi, d'assurer la continuité des services. Les documents cliniques sont archivés, mais accessibles en tout temps.

Le dossier électronique intègre les éléments suivants :

1. Mesure de validation et d'identification du client, système de gestion du consentement, mesures de sécurité et de confidentialité;
2. Système de gestion des demandes de services, avec un formulaire unifié;
3. Profil de l'évaluation globale de l'état de santé physique et psychosociale, profil médicamenteux, profil évolutif de l'autonomie fonctionnelle et profil Iso-SMAF.

Il se distingue d'autres outils informatisés par sa flexibilité, c'est-à-dire qu'il n'est pas spécifique à une discipline ou à une catégorie d'établissements. Il s'adapte à tout type de partenaire et à divers contextes cliniques : suivis à domicile patient, unités de soins, urgence, cabinet du médecin, organismes communautaires, etc.

- En 2004, le SIGG était déjà utilisé dans les Bois-Francs par environ 200 intervenants auprès de plus de 8000 usagers;
- Il constitue un dossier partageable très utile pour les clients qui ont besoin d'une approche interdisciplinaire et qui utilisent plusieurs services du continuum de services;
- Développé initialement pour la clientèle âgée, le SIGG est maintenant utilisé pour des clientèles de tous âges;
- Réduit le temps que les intervenants passent à transcrire de l'information dans le dossier d'un patient, ce qui se traduit au bout du compte en une économie.

Composante de la [pratique prometteuse PRISMA](#), reconnue par Agrément Canada.



Une PESP, vu son niveau d'éducation souvent plus faible, peut avoir de la difficulté à bien communiquer l'information relative à sa santé à chaque intervenant rencontré. Le SIGG permet de contourner ce problème en assurant la disponibilité d'une information à jour pour tous les professionnels impliqués dans le suivi du patient.

Références

- AQESSS. (2014). CSSS Champlain-Charles-Le Moyne : Alléger le fardeau des maladies chroniques – Amélioration des habitudes de vie pour les patients atteints du syndrome métabolique. Repéré à [http://www.aqesss.qc.ca/3857/CSSS Champlain-Charles-Le Moyne Aliment%27Action.aqesss](http://www.aqesss.qc.ca/3857/CSSS_Champlain-Charles-Le_Moyne_Aliment%27Action.aqesss).
- AQESSS. (2014). CSSS de la Vieille Capitale : Là où il fait bon vivre – Stratégie d'intervention auprès d'une population défavorisée. Repéré à [https://www.aqesss.qc.ca/4268/CSSS de la Vieille-Capitale Approche de proximite a Place de la Rive.aqesss](https://www.aqesss.qc.ca/4268/CSSS_de_la_Vieille-Capitale_Approche_de_proximite_a_Place_de_la_Rive.aqesss)
- Casey, M. (2013). Lowering Cardiovascular Risk in Primary Care: Primary Care Connect, the Comprehensive Vascular Disease Prevention and Management Initiative (CVDPMI). Agrément Canada. Repéré à <http://www.accreditation.ca/fr/node/6046>
- Cégep de Granby (2014). La clinique santé du Cégep. Repéré à <http://www.cegepgranby.qc.ca/programmes-detudes-dec-et/dec-programmes-techniques/soins-infirmiers-180a0/la-clinique-sante-du-cegep>
- Centre de recherche et d'expertise en gérontologie sociale (2014). Soutien aux proches aidants. Repéré à <http://www.creges.ca/site/fr/pratiques-de-pointe/soutien-aux-proches-aidants>.
- Constantineau, J. (s.d.). Clinique mobile d'arrêt tabagique. *La Chronique du CSSS La Pommeraie*. CSSS La Pommeraie, Cowansville. Repéré à http://www.santemonteregie.qc.ca/userfiles/file/lapommeraiie/communications/Chroniques/Pub-chronique%20Clinique%20depart_mai2014_fran.pdf.
- CSSS Jardins-Roussillon (2008). Avis et communiqués-Les télésoins permettent une diminution importante du nombre d'hospitalisations et de visites à l'urgence. Repéré à http://www.santemonteregie.qc.ca/jardins-roussillon/presse/communiques/detail/efficacite_telesoins.fr.html#.VKqYo_mG-VA
- Côté, L. (2013). Rapid Access to Consultative Expertise (RACE [accès rapide aux conseils d'experts]) : un modèle novateur de partage des soins. Agrément Canada. Repéré à <http://www.accreditation.ca/fr/node/6756>.
- Department of Health and Community Services. (s.d.). Chronic Disease Self-Management Program for Newfoundland and Labrador. Repéré à http://www.health.gov.nl.ca/health/chronicdisease/improving_health_my_way.html.
- Gagnon, M. (2011). Équipe VERS SA Santé : services de premières lignes en maladies chroniques, diabète et MCV. Agrément Canada. Repéré à <http://www.accreditation.ca/fr/node/6472>.
- Health Council Canada. (2012). PRISMA, programme intégrateur de services de santé. Agrément Canada. Repéré à <http://www.accreditation.ca/fr/node/6091>.
- Hébert, R., Tourigny, A. et Gagnon, M. 2004. Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes. PRISMA. Edisem inc., St-Hyacinthe. Repéré à <http://www.prismaquebec.ca/documents/document/Prisma.livre.pdf>.
- Lévesque, J.-F., Cleret de Langavant, G. et Gagné, V. (2010). Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux. Adopter une approche intégrée de prévention et de gestion des maladies chroniques : recommandations, enjeux et implications. Commissaire à la santé et au bien-être.
- Lorig, K. (2012). Programmes d'autogestion des maladies chroniques de Stanford (CDSMP) au Canada. Agrément Canada. Repéré à <http://www.accreditation.ca/fr/node/6094>.

Neumann, T., Rasmussen, M., Ghith, N., Heitmann, BL. et Tonnesen, H. (2013). The Gold Standard Programme: smoking cessation interventions for disadvantaged smokers are effective in a real-life setting. *Tobacco Control* 22. Repéré à : <http://tobaccocontrol.bmj.com/content/22/6/e9.abstract>.

Noisieux, C. (2013). Clinique DEPART (dépistage et évaluation pour l'arrêt tabagique). Agrément Canada. Repéré à <http://www.accreditation.ca/fr/node/7473>.

O'Brien, J., Salmon, A., Geikie, A., Jardine A. et Oakes, W. (2010). Integrating smoking care in community welfare agencies to reach disadvantaged people: Findings from the Smoking Matters Project. *Health Promotion Journal of Australia* 21(3) : 176-182.

Table de concertation des aînés de l'île de Montréal. (2009). Les moyens de transport et la mobilité des aînés montréalais : intervenir face au vieillissement de la population. Repéré à http://credemontreal.qc.ca/wp-content/uploads/2012/02/20090203_Rapport_Transport_et_Mobilite_TCAIM.pdf

Université McGill. (2013). Clinique dentaire communautaire. Repéré à <http://www.mcgill.ca/dentistry/fr/patients/communautaire%20>

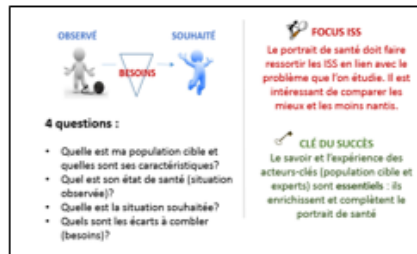
CSSS Rocher-Percé. (2014). Maladies chroniques. Repéré à <http://csssrocherperce.org/programmes-et-services/sante-physique/maladies-chroniques/>

Sites web consultés :

Discutons santé : www.discutonssante.ca

Expert Patients Program : www.selfmanagementuk.org

Messagerie texte SMAT : www.smat.ca



Étape 1 - Déterminer les besoins de santé

Finalité : Produire une liste des besoins de santé priorisés

RAPPEL – Les 4 grandes catégories de besoins

- Besoins exprimés** – Manifestés par la population
- Besoins ressentis** – Perçus par la population
- Besoins normatifs** – Définis par les experts
- Besoins latents (ou non perçus)** – Non reconnus par la population ou les experts

Q1 Quelle est ma population cible et quelles sont ses caractéristiques ? Par exemple :

Population cible

- Habitants des vieux quartiers de Sorel et de Tracy
- Habitants de certaines municipalités défavorisées (St-Gérard de Magella, St-Robert, St-Roch-sur-Richelieu)

Caractéristiques

- Milieu urbain/rural
- Population 0-17 ans plus nombreuse sauf Sorel (65 ans et +)
- Vieux quartiers : plus de locataires (autres municipalités : plus de propriétaires)
- Faible revenu personnel (vieux quartiers et St-Gérard)
- Sous scolarisation (sauf St-Robert)
- Peu ou pas de services dans certaines municipalités
- « La prévention ne fait pas partie de leur culture »

Q2 Quel est son état de santé ? Par exemple :

- Moins bonnes habitudes de vie que les mieux nantis (fumeurs : 38 % vs 15 %; mangent moins de 5 fruits et légumes par jour : 64 % vs 32 %; plus sédentaires : 57 % vs 20 %)
- Plus forte prévalence des maladies chroniques (ex. diabète : 50 % plus de risque)
- Davantage d'incapacités chez les personnes âgées (34 % vs 27 %)
- Davantage de décès avant 75 ans
- Visitent davantage l'urgence de l'hôpital et sont plus souvent hospitalisés

Déterminants sociaux de la santé en cause :

- Sous le seuil de faible revenu
- Sans emploi
- Sans certificat, diplôme ou grade
- Locataires, avec logement nécessitant des réparations majeures
- Déménagements fréquents
- Problèmes de transport

Q3 Quelle est la situation souhaitée ?

Réduire les écarts de prévalence des maladies chroniques et des incapacités entre les moins et les mieux nantis

Q4 Quels sont les écarts à combler ? Par exemple :

Besoin 1

Améliorer les habitudes de vie, surtout le tabagisme et la saine alimentation

Besoin 2

Mieux connaître et utiliser les services de première ligne

Besoin 3

Favoriser l'accès au transport, notamment vers les ressources du système de santé

Étape 2 - Inventorier les ressources et les services disponibles Finalité : Dresser un portrait des ressources déjà en place pour déterminer leur capacité à répondre aux besoins identifiés

Questions-clés :

1. Quels programmes et quels services liés aux besoins identifiés sont disponibles ou déjà offerts sur votre territoire?
2. Ces programmes ou services répondent-ils bien aux besoins de la population?

FOCUS ISS
Quels programmes ciblent particulièrement les personnes en situation de pauvreté et la lutte contre les ISS?

CLÉ DU SUCCÈS
Ne réinventez pas la roue!
« Le but est de chercher à améliorer ou compléter les programmes existants » (Litvak, 2006).

Étape 2 – Inventorier les ressources et les services

Finalité : Dresser un portrait des ressources déjà en place pour déterminer leur capacité à répondre aux besoins identifiés

Q1 Quels programmes et quels services liés aux besoins identifiés sont disponibles ou déjà offerts sur votre territoire?



- Services de cessation tabagique au CLSC
- Promotion d'environnements favorables aux saines habitudes de vie auprès des municipalités, par le CLSC et autres programmes de prévention
- Centres d'enseignement XX (GMF et CLSC)
- Le CSSS donne des services à une forte proportion des personnes défavorisées souffrant de maladies chroniques, mais pas toujours avec une plus grande intensité
- X cliniques médicales, un GMF, la coop de solidarité santé JJ Falardeau,
- Guichet d'accès pour clientèle orpheline (GACO)

- OC Maladies chroniques :
 - Association Info-Air
 - Les Diabétiques Sorel-Tracy
- OC Déterminants sociaux:
 - Action Logement Pierre-De Saurel
 - Association des locataires de HLM Sorel-Tracy
 - Groupe action Vieux-Sorel
 - Groupe de ressources techniques en habitation de la région de Sorel
 - Habitat Pierre-De Saurel
 - Habitations Saint-Maxime (logements aux familles de 3 enfants ou plus)
 - Marché urbain Pierre-De Saurel
 - Collectif de défense des droits de la Montérégie
 - Carrefour communautaire L'Arc en ciel et St-Roch-sur-Richelieu
 - Centre d'action bénévole du Bas-Richelieu
 - L'Ardoise, groupe populaire en alphabétisation
 - La Porte du passant (sécurité alimentaire)
 - La table d'entrepreneuriat collectif du Bas-Richelieu
 - Regroupement des assistés sociaux du Bas-Richelieu
 - Maison la Margelle (populations vulnérables)
- OC auprès des aînés:
- OC auprès des jeunes:
 - Centre récréatif « Au fil des ans »
 - Ateliers Je suis capable (saine alimentation)
 - Maisons des jeunes

Q2 Ces programmes ou services répondent-ils bien aux besoins de la population que nous avons ciblée, soit la population défavorisée ?

Les tableaux 2 x 2 permettent de comparer deux options (besoins ou interventions). Les cases claires représentent les options entre lesquelles on souhaite faire un choix (dans le tableau à droite, 1 vs 2 et 2 vs 3). L'option choisie (1, 2 ou 3) est inscrite dans chaque case claire du tableau. À la fin de cette démarche, l'option ayant été le plus souvent inscrite dans le tableau est celle priorisée pour cette étape.

Pour prioriser, une méthode simple : La comparaison par paire

Importance du besoin

	1	2	3
1			
2			
3			

Étape 3 - Identifier les interventions optimales possibles

Finalité : Adapter les ressources et les services disponibles aux besoins identifiés

Analyser les écarts!

4 questions-clés :

1. Quel est l'écart entre les besoins et les ressources et services offerts?
2. Quelles sont les causes de cet écart?
3. Comment peut-on améliorer ou améliorer les programmes et services actuels pour mieux répondre au besoin identifié?
4. Qui détient les leviers pour réaliser cette action?



FOCUS RS

L'action doit viser entre autres les facteurs à l'origine des RS et cibler les individus, leurs milieux de vie et le contexte global dans lequel chacun évolue



CLÉ DU SUCCÈS

Ne réinventez pas la roue!
« Le but est de chercher à améliorer ou compléter les programmes existants » (Lutvik, 2006).

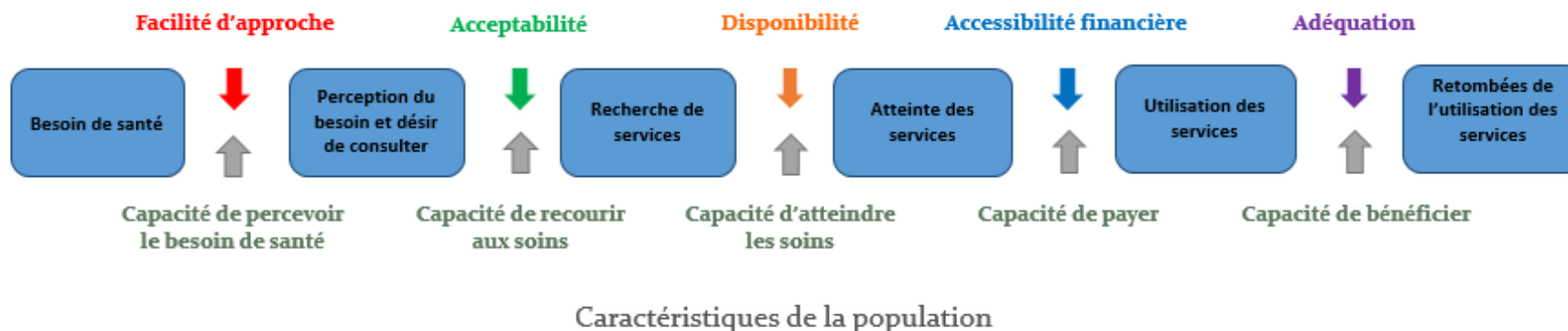
Étape 3 – Identifier les interventions optimales possibles

Finalité : Adapter les ressources et les services disponibles aux besoins identifiés

Q1 Quel est l'écart entre le besoin ciblé et les ressources et services offerts?

Q2 Quelles sont les causes de cet écart?

Caractéristiques des services de santé



Étape 3 (suite) – Identifier les interventions optimales possibles

Finalité : Adapter les ressources et les services disponibles aux

besoins identifiés



CLÉ DU SUCCÈS

Ne réinventez pas la roue!

« Le but est de chercher à améliorer ou compléter les programmes existants » (Litvak, 2006).

Étape 3 - Identifier les interventions optimales possibles
Finalité : Adapter les ressources et les services disponibles aux besoins identifiés

Analyser les écarts!

4 questions-clés :

1. Quel est l'écart entre les besoins et les ressources et services offerts?
2. Quelles sont les causes de cet écart?
3. Comment peut-on améliorer ou bonifier les programmes et services actuels pour mieux répondre au besoin identifié?
4. Qui détiennent les leviers pour réaliser cette action?

FOCUS ISS
L'action doit viser entre autres les facteurs à l'origine des IS et cibler les individus, leurs milieux de vie et le contexte global dans lequel chacun évolue.

CLÉ DU SUCCÈS
Ne réinventez pas la roue!
« Le but est de chercher à améliorer ou compléter les programmes existants » (Litvak, 2006).

Q3 Comment peut-on améliorer ou bonifier les programmes et services actuels pour mieux répondre au besoin identifié ?

Q4 Qui détient les leviers pour réaliser cette action ?

A. FACILITÉ D'APPROCHE :	
B. ACCEPTABILITÉ :	
C. DISPONIBILITÉ :	
D. ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE :	
E. ADÉQUATION :	

Étape 4 - Prioriser les besoins et les interventions

Finalité : Dresser la liste des actions prioritaires

1 question-clé :

« Quelles activités nous permettront d'atteindre le plus efficacement nos buts et objectifs en tenant compte de nos limites en ressources ? » (SPO, 2008)

FOCUS ISS

Les actions prioritaires devraient clairement viser à réduire les ISS. Cette étape devrait se faire de façon participative en portant une attention particulière à l'implication de personnes en situation de pauvreté.

Étape 4 – Prioriser les besoins et les interventions

Finalité : Dresser la liste des actions prioritaires

Q1 Quelles activités nous permettront d'atteindre le plus efficacement nos buts et objectifs en tenant compte de nos limites en ressources ? **Pour chaque paire, indiquez laquelle des deux activités examinées vous apparait correspondre le mieux au critère, puis faites la somme des lettres indiquées.**

Capacité d'intervenir

	A	B	C	D	E
A					
B					
C					
D					
E					

Capacité d'intervenir :

- Efficacité
- Faisabilité
- Imputabilité

Reportez les résultats dans ce tableau. Mettez-les en commun. Ceux-ci devraient vous aider à donner un ordre de priorité aux activités retenues .

		Importance du besoin	
		Élevée	Faible
Capacité d'intervenir	Élevée		
	Faible		

**PROJET FORCES****« Mieux planifier pour réduire les iniquités de santé »**

ATELIER 1 : PERTINENCE ET URGENCE D'AGIR

Questionnaire d'appréciation

Date de l'atelier : Le 2 décembre 2014

SECTION A — PROFIL DU RÉPONDANT**Votre principal milieu de travail**
 Clinique médicale ou GMF Hôpital CLSC Milieu communautaire

 Représentant de la population Autre : _____
Votre type d'activité professionnelle
 Cadre supérieur Gestionnaire de programme Intervenant (préciser) : _____

 Autre : _____
SECTION B – QUALITÉ/INTÉRÊT DE L'INFORMATION PRÉSENTÉE

INDIQUEZ JUSQU'À QUEL POINT VOUS ÊTES EN ACCORD AVEC LES AFFIRMATIONS SUIVANTES (ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE SUR L'ÉCHELLE DE 1 (EN DÉSACCORD) À 10 (EN ACCORD)) :

1. Grâce à ma participation à cet atelier...	Échelle de réponse									
	Désaccord			Neutre				Accord		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Je comprends mieux ce que sont les ISS.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Je comprends mieux le mandat du Comité relatif aux personnes en situation de pauvreté et les ISS.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Je trouve qu'il est <u>important</u> que les différents services de santé tiennent compte les ISS.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Je trouve qu'il est <u>pertinent</u> que les différents services de santé tiennent compte les ISS.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Je pense qu'il est <u>urgent</u> que les différents services de santé tiennent compte les ISS.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Je comprends ce qu'est la responsabilité populationnelle et pourquoi elle est importante dans le cadre des ISS.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Commentaires supplémentaires ou précisions :

2. Concernant les activités réalisées :										
	Désaccord			Neutre				Accord		
J'ai trouvé pertinente et intéressante :										
• La vidéo « Inégaux ».	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
• La présentation du portrait des ISS sur le territoire de Pierre-De Saurel.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
• La présentation du portrait sur la consommation des services de santé sur le territoire de Pierre-De Saurel.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Je comprends mieux l'ampleur des ISS à Pierre-De Saurel.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
J'ai pu donner mes impressions sur les problèmes de pauvreté et d'ISS à Pierre-De Saurel.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
À la fin de l'atelier, tous les membres du Comité ont développé une vision commune du problème des ISS à Pierre-De Saurel.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Commentaires supplémentaires ou précisions :

3. Les animateurs de l'atelier...										
	Désaccord			Neutre				Accord		
Ont présenté clairement l'information.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nous ont aidés à interpréter le sens de l'information présentée.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ont bien répondu aux questions.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Commentaires supplémentaires ou précisions :

4. Appréciation de l'atelier et satisfaction globale :										
	Désaccord			Neutre				Accord		
Je suis satisfait(e) de cet atelier.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
La durée de l'atelier était adéquate.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
J'ai trouvé intéressant que l'information soit présentée par plusieurs animateurs.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Les discussions de groupe m'ont permis de mieux comprendre l'information présentée.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cet atelier a piqué ma curiosité (j'ai envie d'en savoir davantage).	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Commentaires supplémentaires ou précisions :

Veillez remettre ce questionnaire dûment complété à la suite de l'atelier. Merci!

PROJET FORCES



« Mieux planifier pour réduire les iniquités de santé »

ATELIER 2 : FAISABILITÉ

Questionnaire d'appréciation

Date de l'atelier : Le 6 janvier 2015

SECTION A — PROFIL DU RÉPONDANT

Votre principal milieu de travail

Clinique médicale ou GMF Hôpital CLSC Milieu communautaire

Représentant de la population Autre : _____

Votre type d'activité professionnelle

Cadre supérieur Gestionnaire de programme Intervenant (préciser) : _____

Autre : _____

SECTION B – QUALITÉ/INTÉRÊT DE L'INFORMATION PRÉSENTÉE

INDIQUEZ JUSQU'À QUEL POINT VOUS ÊTES EN ACCORD AVEC LES AFFIRMATIONS SUIVANTES (ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE SUR L'ÉCHELLE DE 1 À 10) :

1. Grâce au Photovoix et à la présentation des résultats des groupes de discussion...	Échelle de 1 à 10									
	Désaccord			Neutre				Accord		
J'ai pu réfléchir sur ma perception de la situation des personnes en situation de pauvreté à Pierre-De Saurel.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
J'ai compris les barrières auxquelles les personnes en situation de pauvreté doivent faire face dans le système de santé.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
J'ai identifié certaines améliorations qui pourraient être apportées dans le système de santé afin de répondre aux besoins particuliers des personnes en situation de pauvreté.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

2. Grâce à la formation sur la planification...	Échelle de 1 à 10									
	Désaccord			Neutre				Accord		
Je me sens plus compétent(e) pour faire un processus de planification.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
J'ai compris comment planifier des activités en utilisant le processus en 6 étapes.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
J'ai identifié les éléments qui permettent de bien prendre en compte les populations en situation de pauvreté dans la planification d'activités.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

VERSO →

3. De façon générale, grâce à l'information présentée...	Désaccord Neutre Accord									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Je me rends compte qu'il est faisable de mieux prendre en compte les personnes en situation de pauvreté dans la planification d'activités.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
J'ai une plus grande confiance en ma capacité d'intégrer, dans la planification d'activités, les enjeux vécus par les populations vivant en situation de pauvreté	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
J'ai l'intention d'utiliser le guide de planification lors d'une prochaine démarche de planification.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
J'ai l'intention d'utiliser le guide des meilleures pratiques lors d'une prochaine démarche de planification.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

4. Les animateurs de l'atelier...	Désaccord Neutre Accord									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ont présenté clairement l'information.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nous ont aidés à interpréter le sens de l'information présentée.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ont bien répondu aux questions.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

5. Appréciation de l'atelier et satisfaction globale :	Désaccord Neutre Accord									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Je suis satisfait(e) de cet atelier.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
La durée de l'atelier était adéquate.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Les discussions de groupe m'ont permis de mieux comprendre l'information présentée.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Vos commentaires (ce qui a été utile, moins utile, vos suggestions, etc.)

Veuillez remettre ce questionnaire dûment complété à la suite de l'atelier. Merci!

PROJET FORCES

« Mieux planifier pour réduire les iniquités de santé »



ATELIER 3 : ACTION ET ENGAGEMENT

Questionnaire d'appréciation

Date de l'atelier : _____

SECTION A — PROFIL DU RÉPONDANT

Votre principal milieu de travail

Clinique médicale ou GMF Hôpital CLSC Milieu communautaire

Représentant de la population Autre : _____

Votre type d'activité professionnelle

Cadre supérieur Gestionnaire de programme Intervenant (préciser) : _____

Autre : _____

SECTION B – QUALITÉ/INTÉRÊT DE L'INFORMATION PRÉSENTÉE

INDIQUEZ JUSQU'À QUEL POINT VOUS ÊTES EN ACCORD AVEC LES AFFIRMATIONS SUIVANTES (ENCERCLEZ VOTRE RÉPONSE SUR L'ÉCHELLE DE 1 À 10) :

1. Cet atelier...	Désaccord				Neutre				Accord	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
A clarifié certaines notions présentées depuis le début de la démarche.										
A permis au groupe d'identifier clairement des pistes d'action pour favoriser une meilleure prise en compte des ISS et des populations SED dans la planification des activités du Comité.										

Commentaires supplémentaires ou précisions :

2. Grâce à la présentation des résultats sur l'outil de la responsabilité populationnelle	Désaccord				Neutre				Accord	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Je comprends mieux qu'il est essentiel de tenir compte des ISS pour assumer notre responsabilité populationnelle.										
Je connais mieux les retombées de cette démarche de planification en lien avec l'actualisation de la responsabilité populationnelle.										

Commentaires supplémentaires ou précisions :

3. Grâce à l'exercice pratique sur l'utilisation du guide de planification...	Désaccord Neutre Accord									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
J'ai pu mettre en pratique les notions acquises dans les ateliers précédents.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Je comprends mieux comment réaliser chaque étape de planification.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
J'ai pu identifier des ressources (documentaires, de soutien ou autres) qui m'aideront à intégrer les ISS dans la planification des activités et services en maladies chroniques.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Commentaires supplémentaires ou précisions :

4. Les animateurs de l'atelier...	Désaccord Neutre Accord									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ont présenté clairement l'information.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nous ont aidés à interpréter le sens de l'information présentée	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Ont bien répondu aux questions.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Commentaires supplémentaires ou précisions :

5. Appréciation de l'atelier et satisfaction globale :	Désaccord Neutre Accord									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Je suis satisfait(e) de cet atelier.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
La durée de l'atelier était adéquate.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
J'ai trouvé intéressant que l'information soit présentée par plusieurs animateurs, j'ai pu profiter de la spécialité de chacun.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Les discussions de groupe m'ont permis de mieux comprendre l'information présentée.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Cet atelier a piqué ma curiosité (j'ai envie d'en savoir davantage).	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Commentaires supplémentaires ou précisions :

6. Questions par rapport à la démarche réalisées durant les trois ateliers										
	Désaccord			Neutre				Accord		
Ce projet m'a ouvert les yeux sur l'importance de considérer les ISS dans la planification d'activités.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Les données transmises ont été utiles pour m'aider à comprendre la situation à Pierre-De Saurel.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Les discussions ont recherché l'avis de tous les participants.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
J'ai participé activement tout au long du processus.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
À l'avenir, j'ai l'intention de considérer les ISS dans mes activités professionnelles ou personnelles.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Je prévois me servir des outils qui nous ont été distribués dans le cadre de ce projet :										
• Les napperons présentant les données du territoire	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
• Le guide de planification	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
• Le guide des meilleures pratiques	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Vos commentaires (ce qui a été utile, moins utile, vos suggestions, etc.)

Veuillez nous remettre ce questionnaire dûment complété. Merci!

Annexe 13 Guide d'entrevue individuelle

[Retour à la liste des annexes](#)

Membres du Comité maladies chroniques

Grandes consignes : 1) éviter la monotonie dans la formulation des questions; l'entrevue n'est pas un sondage téléphonique, mais une discussion; 2) écrire des phrases d'introduction ou de transition, ce qui permet de faire plus naturel; 3) les phrases d'introduction ou de transition permettent de guider l'interviewé.

Objectifs de l'entrevue

- Cette entrevue vise à obtenir votre point de vue personnel sur le processus d'accompagnement en planification réalisé par l'équipe FORCES.
- Par « processus d'accompagnement », on fait référence aux trois ateliers auxquels vous avez participé et aux documents qui vous ont été remis.
- On se rappelle que le projet avait pour objectif de mieux prendre en compte les inégalités sociales de santé dans l'offre de services en maladies chroniques.
- Les informations recueillies grâce à cette entrevue d'évaluation vont permettre d'améliorer le contenu ou la forme du processus d'accompagnement, en vue de le réaliser sur d'autres territoires ou avec d'autres comités du CSSS (ou de CISSS).

Déroulement de la rencontre :

- Durée prévue : environ 30 minutes
- Il y a 11 questions ouvertes avec quelques sous-questions.
- Thèmes abordés : appréciation du processus d'accompagnement, composition du Comité en maladies chroniques, continuité de l'action.
- Tous les commentaires restent anonymes et confidentiels. L'analyse sera réalisée par deux professionnels de l'équipe évaluation-recherche de la Direction de santé publique de la Montérégie.

Tout d'abord, je dois vous demander si vous acceptez que l'entrevue soit enregistrée. L'enregistrement est important pour nous aider à faire l'évaluation du projet. Il est confidentiel et votre nom ne sera pas divulgué.

APPRÉCIATION DU PROCESSUS D'ACCOMPAGNEMENT

La première partie de l'entrevue concerne le processus d'accompagnement dans son ensemble.

Par « processus d'accompagnement », on se réfère à la conduite des trois ateliers et la distribution de la documentation, c'est-à-dire les deux guides de meilleures pratiques et les napperons de données. Il s'agit donc de la démarche générale suivie jusqu'ici.

Concernant l'information transmise pendant le processus d'accompagnement :

1. J'aimerais savoir si elle a contribué à **augmenter vos connaissances** sur les 4 points suivants :
 - a. Premièrement, ce qu'on entend par « inégalités sociales de santé »? *(Comprenez-vous mieux de quoi il s'agit? Avez-vous augmenté vos connaissances sur ce concept? et quels sont les points nouveaux pour vous?)*
 - b. Deuxièmement, ce qu'on entend par « personnes défavorisées »? *Quels sont les points nouveaux pour vous?*
 - c. Ensuite, sentez-vous que vous avez augmenté vos connaissances concernant la situation particulière des populations défavorisées à Pierre-De Saurel? *Quels sont les points nouveaux pour vous?*
 - d. Finalement, comprenez-vous mieux les problématiques qui sont vécues par les populations défavorisées en lien avec les maladies chroniques? *Quels sont les points nouveaux pour vous?*
2. Jusqu'à quel point ce processus d'accompagnement a-t-il influencé votre **attitude** face aux populations défavorisées? *(par ex. vous sentez-vous plus ouvert? Avez-vous une plus grande conscience de l'existence d'ISS? Avez-vous développé des préoccupations nouvelles?)*
3. À la suite de ce processus d'accompagnement, jusqu'à quel point vous sentez-vous davantage **capable** :
 - a. **d'identifier des zones d'amélioration** à apporter à l'offre de services en maladies chroniques pour qu'elle tienne bien compte des ISS? Oui / Non / Expliquez pourquoi
 - b. **de planifier des actions prioritaires** qui ciblent particulièrement les personnes défavorisées? Oui / Non / Expliquez pourquoi.
4. Jusqu'à quel point vous sentez-vous davantage en mesure de **réaliser les différentes étapes d'une planification des services** qui assume la responsabilité populationnelle du CSSS en prenant en compte les ISS. Développez votre réponse.

Pour terminer au sujet du processus d'accompagnement, j'aimerais connaître votre appréciation globale du soutien offert

5. De façon générale, comment avez-vous perçu le soutien qu'elles vous ont offert?
6. Pouvez-vous m'indiquer les points forts ou, au contraire, les pistes d'amélioration à considérer sur le plan du soutien?

COMPOSITION DU COMITÉ

7. Selon vous, la composition du Comité vous a-t-elle permis d'avoir différents points de vue utiles à l'élaboration d'une planification des services qui prend en compte les ISS? Pouvez-vous m'indiquer comment cela a été utile?
8. Pensez-vous qu'il manquait des gens qui auraient pu faire partie du Comité? Si oui, lesquels? Si non, pourquoi??
9. De façon plus particulière :
 - a. Jusqu'à quel point la présence de représentants des usagers vous paraît-elle essentielle?
 - b. Jusqu'à quel point la présence de représentants d'organismes communautaires vous paraît-elle essentielle?

CONTINUITÉ DE L'ACTION

10. Avez-vous l'intention de poursuivre votre implication au sein du Comité pour améliorer les services en maladies chroniques pour les personnes défavorisées? Oui / Non / Pourquoi?
11. À la suite de votre expérience au sein du Comité, quels seraient les défis et les possibilités que vous entrevoyez pour qu'un tel processus d'accompagnement soit offert dans d'autres établissements?

L'entrevue est maintenant terminée. Est-ce que vous souhaiteriez faire d'autres commentaires en lien avec les thèmes de l'entrevue?