



National Collaborating Centre
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

ÉTUDE DE CAS
La Montréal



ACQUISITION DES COMPÉTENCES EN LEADERSHIP DANS LE DOMAIN DE LA SANTÉ PUBLIQUE

**TIRER PROFIT DES CHANGEMENTS EN MATIÈRE DE
PRESTATION DES SOINS DE SANTÉ AU QUÉBEC**

Coordonnées

Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé (CCNDS)

Université St. Francis Xavier

Antigonish, N-É B2G 2W5

ccnnds@stfx.ca

tél. : (902) 867-5406

téléc : (902) 867-6130

www.ccnnds.ca

Twitter: @NCCDH_CCNDS

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé est hébergé par l'Université St. Francis Xavier.

Veuillez citer les informations contenues dans le document comme suit :

Centre de collaboration nationale des déterminants. (2012). *Combler l'écart entre la recherche et la pratique :*

Acquisition des compétences en leadership dans le domaine de la santé publique - Tirer profit des changements en matière de prestation des soins de santé au Québec. Antigonish, N-É: Centre de collaboration nationale des déterminants, l'Université St. Francis Xavier.

La production de ce document a été rendue possible grâce à une contribution financière de l'Agence de la Santé Publique du Canada par le biais d'un financement accordé au Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé.

Les opinions exprimées ici ne représentent pas nécessairement les points de vue de l'Agence de la Santé Publique du Canada. Ce document est disponible en intégralité au format électronique (PDF) sur le site Web du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé à l'adresse : www.ccnnds.ca.

The English version of this report is available at www.nccdh.ca under the title *Bridging the gap between research and practice: Building leadership competency in public health - Taking advantage of changes in health delivery in Québec.*

REMERCIEMENTS

Ce texte est le fruit du travail de recherche de l'auteure Diana Daghofer, de Wellspring Strategies Inc.

L'élaboration de la présente étude de cas n'aurait pu se faire sans la contribution du personnel de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie et de ses partenaires, qui ont été interviewés en vue d'orienter la préparation du contenu.

- Dr^e Jocelyne Sauvé, directrice de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie
- Gylaine Boucher, gestionnaire, Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences

Le personnel du Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé, notamment Claire Betker et Sume Ndumbe-Eyoh, ont orienté les travaux tout au long des diverses étapes du projet en plus de passer en revue la version définitive de l'étude de cas.

Sarah Viehbeck, de l'Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada, a effectué l'examen par les pairs en tant que personne externe.

A PROPOS DE CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé est une de six Centres nationaux de collaboration (CCNs) en santé publique. Fondée en 2005 et financé par l'Agence de santé publique du Canada, les CCNs produisent de l'information pour aider les professionnels de la santé publique d'améliorer leur réponse aux menaces de santé publique, les maladies chroniques et des blessures, maladies infectieuses, et les inégalités de santé.

Le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé est centré sur les facteurs sociaux et économiques qui influencent la santé des Canadiens. Le Centre applique et partage des connaissances et des données probantes avec les organisations et les praticiens en santé publique pour influencer les déterminants qui sont interdépendants et faire progresser l'équité en santé.



Au sujet de l'étude de cas

Le présent texte fait partie d'une série de quatre études de cas illustrant l'application des déterminants sociaux de la santé dans le domaine de la santé publique et se rapportant chacune à un lieu géographique différent au Canada. Les études de cas ont servi d'outils d'échange du savoir dans le cadre d'un atelier coprésidé par le Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé et l'Institut de la santé publique et des populations des Instituts de recherche en santé du Canada. L'atelier a eu lieu à Toronto, en Ontario, les 14 et 15 février 2012.

On a élaboré les quatre études de cas afin de faciliter l'apprentissage voire la mise en œuvre des processus abordés lors de l'atelier. Le texte comprend une description du contexte, des difficultés surmontées, des efforts déployés et de l'application possible de la démarche au travail en santé publique.

Le processus suivi pour élaborer les études de cas est expliqué dans le document intitulé *Combler l'écart entre la recherche et la pratique: méthodologie d'élaboration d'études de cas*.

Les autres études de cas de la série sont:

- Argumentation à l'interne pour l'équité en santé : l'expérience de Winnipeg
- Une collectivité forte : l'approche du Nouveau-Brunswick pour vaincre la pauvreté
- Améliorer l'équité en santé à Saskatoon : de l'information à l'action

Il est possible de consulter tous les documents à l'adresse www.ccnds.ca

Introduction

Les changements apportés à la prestation des services de santé posent des défis constants au Canada. En novembre 2005, le Québec a adopté le projet de loi 83 visant à modifier la Loi régissant les services sociaux et de santé. Ce projet de loi a apporté de profonds changements aux structures de santé. De nouveaux Centres de santé et des services sociaux (CSSS) ont vu le jour et ont été fusionnés aux établissements de première ligne (Centres locaux de services communautaires ou CLSC) avec les établissements de soins de longue durée. Par conséquent, la promotion de la santé et la prévention des maladies, qui relevaient historiquement de la responsabilité des petits établissements de première ligne dont le mandat consistait à répondre aux besoins de la collectivité et à mener des activités de prévention ont été intégrées aux organismes de prestation des services de santé dotés d'une structure plus importante et principalement actifs dans le domaine des soins de santé. Les services de santé publique devaient dorénavant être offerts par les gestionnaires qui n'avaient généralement pas ou peu d'expérience en santé publique.

Dre Jocelyne Sauvé, Directrice de santé publique pour la région de La Montérégie, a vu une occasion à saisir dans ce qui semblait être un recul. Par l'entremise 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, elle a pu élaborer, puis mettre en œuvre un programme de formation en santé publique à l'intention des principaux directeurs responsables de la santé publique dans les CSSS nouvellement créés. Par la suite, l'Institut national de santé publique du Québec (l'INSPQ) a adopté le programme, ce qui se révèle une excellente façon d'insuffler une perspective de santé de la population au niveau de la prestation des services. Une approche analogue peut-elle être utilisée afin de promouvoir l'équité en santé auprès des dirigeants en santé publique?

L'adoption du projet de loi 83 qui modifie la *Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* a conduit à d'importants changements en ce qui a trait à la gestion des services sociaux et de santé au Québec. Les nouveaux Centres de santé et de services sociaux (CSSS) étaient dorénavant responsables de fournir tous les services de santé, y compris les services de santé publique. Afin de créer les CSSS, il a fallu fusionner trois Centres locaux de services communautaires (CLSC) et de nombreux – parfois jusqu'à une douzaine – centres de soins de longue durée et d'établissements hospitaliers. Plusieurs de ces établissements étaient responsables d'une population qui comptait entre 200 000 et 350 000 personnes. Ceci rendrait l'atteinte des objectifs en santé publique plus difficile, étant donné que les activités de promotion de la santé et de prévention des maladies seraient maintenant intégrées dans des organismes dotés d'une structure plus importante actifs principalement dans le domaine des services de soins de santé.

Après l'instauration du projet de loi 83, la proportion des dépenses en santé publique a chuté, passant de 20 % de ce qu'elle était dans le budget des services sociaux et de la santé des CLSC, à 2 % dans les nouveaux CSSS. Il y avait manifestement un problème. La santé publique peut maintenant être reléguée au second plan des priorités de tels grands centres. Dans le même temps, les changements permettaient d'insuffler une véritable perspective basée sur l'ensemble de la population au niveau de la planification de la prestation des services dans tous les établissements locaux.

Le problème/ L'enjeu

Afin que les CSSS puissent vouer leurs efforts sur la santé publique, une mutation de la culture organisationnelle – d'une culture uniquement

axée sur la réponse aux demandes particulières d'une clientèle en quête de services de santé, à une culture tenant compte des besoins en santé de l'ensemble de la population – devait être opérée. Il était nécessaire de modifier entièrement l'approche pour la survie et la mise en œuvre des principales fonctions en matière de santé publique et pour les faire valoir à l'échelle locale. Afin de répondre à l'ensemble de ces besoins dans le respect des contraintes financières, il était essentiel de prendre des décisions en s'appuyant sur les meilleures données probantes possibles et d'équilibrer les priorités compte tenu de l'éventail complet de services de santé, qu'il s'agisse des services axés sur la prévention aux services de soins palliatifs.

Contexte

En partant du principe qu'il fallait des dirigeants dotés d'un potentiel en leadership au niveau local afin de protéger les services de santé publique, Dr^e Sauvé a axé son programme de formation sur les compétences en leadership et sur le développement des connaissances en santé publique. Un grand nombre des cadres supérieurs dans les organismes de prestation de services de santé ne possédaient que peu de connaissances et n'avaient pas la moindre formation en santé publique. Dr^e Sauvé a réussi à obtenir une bourse dans le cadre du programme de formation axé sur la recherche pour cadres qui exercent dans le domaine de la santé (FORCES), ce qui lui a permis de réaliser un projet d'intervention dans un contexte de recherche. Ainsi, elle a pu :

- Déterminer les compétences et les connaissances requises par les gestionnaires locaux pour nécessaires à l'accomplissement de leurs nouvelles fonctions (par le biais d'un examen de la documentation spécifique)

- Déterminer les meilleures stratégies de développement des compétences et de transfert des connaissances dans le cadre d'une formation pratique pour les cadres supérieurs (par le biais d'un deuxième examen de la documentation spécifique, axé, cette fois, sur les stratégies d'application des connaissances)
- Élaborer et faire approuver aux organismes locaux un plan de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation des stratégies identifiées.

Les principaux acteurs intervenants dans la mise en place des activités et des services de santé publique dans les CSSS étaient les membres de la haute direction responsables du plan d'action local en matière de santé publique. Afin de pouvoir pleinement assumer leurs responsabilités, ces hauts dirigeants avaient besoin d'acquérir des compétences et des outils nécessaires pour mesurer et interpréter l'état de santé des populations locales. Ils devaient également déterminer les meilleures pratiques permettant de combler le déséquilibre entre les besoins en soins de santé et les services de santé publique. Par ailleurs, un autre défi consistait à encrer systématiquement à la lumière des données probantes les pratiques administratives dans la culture organisationnelle afin de pouvoir évaluer les interventions proposées et d'en assurer le suivi.

Mise en œuvre du programme de formation

D^re Sauvé ne se trouvait pas en situation d'autorité par rapport aux onze directeurs généraux des CSSS. Elle devait donc capter l'attention des directeurs principaux de manière à ce qu'ils décident volontairement de suivre le programme de formation. Pour ce faire, elle a travaillé

assidûment pour prouver sa grande compétence en tant que spécialiste en santé publique auprès de ses collègues. Elle s'est également assurée que son équipe soit très attentive aux demandes du personnel et des directeurs généraux de chacun des CSSS, en mettant leur expertise en santé publique au service des besoins locaux.

D^re Sauvé a rencontré personnellement chacun des directeurs afin d'établir une relation de confiance et un lien personnalisé. Tout au long du processus, elle a veillé à entretenir des communications claires et transparentes. Le principal facteur de réussite du programme a consisté à promouvoir l'idée selon laquelle, si les gestionnaires excellaient dans leurs fonctions, les directeurs généraux des organismes pourraient plus facilement faire face à leurs responsabilités et, fait plus important, les populations locales pourraient en bénéficier.

La confiance, l'expertise, les relations, le leadership et la transparence ont été la clé du succès.

Faire face aux défis

Malgré tout, on a dû faire face à certains défis au cours du processus, qui sont les suivants :

Concurrence entre les activités préventives et curatives – L'amalgamation des services de première ligne avec les établissements de longue durée et avec les hôpitaux aurait pu compromettre certaines fonctions de santé publique au niveau local, compte tenu de la pression considérable qui pesait sur les services médicaux à l'époque, ce qui est encore le cas aujourd'hui. Même s'il s'agit d'un problème récurrent, la population et les décideurs peuvent atténuer tout conflit apparent en soulignant auprès du secteur de la santé, les objectifs communs entre les services préventifs et curatifs. La plupart des auditoires se



sentent interpellés par des messages clairs et concis sur les avantages liés à la prévention. Notre système de soins de santé actuel offre un service équitable, une fois « qu'on y a eu accès ». Si on étend le concept à l'ensemble du système de santé, il est possible de démontrer que la prévention n'est pas inutile, mais qu'elle peut véritablement faire toute une différence en créant une population en bonne santé et promouvant de l'équité en matière de santé.

■ Une communauté de pratique viable – Une vraie communauté de pratique aide à forger un lien d'interdépendance entre le palier régional et local, ce qui s'est révélé être un réel défi en Montérégie. En effet, les valeurs, les objectifs et les opinions divergentes en matière d'intervention de divers acteurs qui ne relevaient pas de l'autorité administrative de l'Office régional de la santé.

Lors de l'examen de la documentation spécifique, Dre Sauvé a pu mettre en exergue certains critères essentiels en matière d'application des connaissances : une structure officielle, des

échanges en personne, une interaction continue entre les spécialistes et les non-spécialistes, de même que la formulation des préoccupations et des intérêts communs. Pour répondre à ces critères, un mécanisme de coordination de la santé publique à l'échelle régionale existant a été étendu et est devenu une « communauté de pratique ». C'est dans ce contexte que des discussions avec les cadres supérieurs ont eu lieu afin de résoudre les problèmes, lesquelles se sont soldées par le renforcement du programme et des liens entre les gestionnaires.

■ Soutien continu des CSSS locaux – Il importait d'obtenir le soutien des directeurs généraux, en faisant preuve d'influence et en communiquant avec eux. Ceux-ci se sont aperçus que la formation du personnel présente des avantages. Ils ont également compris que, pour réussir dans le domaine de la santé publique, ils devaient posséder les habiletés requises dans ce nouveau champ de compétence. Les directeurs généraux ont reconnu l'expertise du service de santé publique et appuient

activement le rôle qu'ils jouent en matière de transfert des connaissances du développement des compétences de leurs gestionnaires. Dr^e Sauvé avait obtenu leur appui grâce à ses huit ans de travail dans la région.

■ **Formation adaptée continuellement aux besoins locaux** –

C'est toujours un défi de faire en sorte que le parcours d'apprentissage des participants puisse être ajusté par rapport aux besoins changeants, aux intérêts organisationnels, aux contextes professionnels en mutation et aux changements dans l'environnement externe. Un mécanisme d'évaluation continue de la satisfaction de la formation a été mis en place. Les efforts sont maintenant voués au développement d'une approche plus exhaustive afin d'évaluer la pertinence du programme de compétences en matière de leadership en santé publique ainsi que les stratégies proposées, et de mesurer le degré de réussite en ce qui a trait au transfert des connaissances et aux objectifs d'apprentissage ciblés.

■ **Mobilité du personnel** – Une fois formés, les gestionnaires se servaient de leurs nouvelles habiletés pour se pourvoir ailleurs des postes plus intéressants. Au moment de rédiger la présente étude de cas, plus de la moitié des cadres supérieurs détenant des postes de responsabilité en gestion de la santé publique avaient changé d'emploi depuis le début de la formation. En ce moment, de nouveaux gestionnaires entrent en fonction tous les trois ou quatre mois, ce qui crée un écart entre les habiletés des nouveaux gestionnaires et celles des gestionnaires en fonction depuis plus longtemps. Compte tenu de l'importance de cet écart, on peut difficilement déterminer la formation plus apte à répondre aux besoins de l'ensemble du personnel.

■ **Disponibilité du personnel** – Les gestionnaires de la santé sont des gens très occupés. Ils ne pouvaient donc pas toujours participer aux séances de formation. Advenant une absence, une personne du service de santé publique communiquait avec le gestionnaire en question pour voir s'il n'était pas possible de l'accompoder, afin de récupérer le retard et ainsi être prêt à réintégrer le groupe le cours suivant.

■ **Flux de financement viable** – Pour assurer la viabilité, Dr^e Sauvé était d'avis que les fonds pour ce genre de projet devaient provenir du programme régional de formation des cadres. Outre une faible subvention de départ, aucun financement dans le cadre du programme de formation n'a toutefois été octroyé au projet. Les fonds proviennent directement du budget du service de santé publique régional.

■ **Développement des compétences intégré dans les stratégies de formation** –

Les liens forgés entre les professionnels travaillant au sein des organismes, les chercheurs et les professeurs d'université peuvent donner la possibilité aux praticiens et aux chercheurs d'échanger de manière constante. Les universités sont impliquées dans le processus de formation par le biais de *l'Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences en santé publique et en gestion par approche populationnelle*, dont il est fait état ci-dessous. Il importe néanmoins de souligner qu'il s'avère toujours difficile d'obtenir la participation des chercheurs individuels d'une manière durable.



Acquisition des compétences en leadership en matière d'équité en santé auprès des gestionnaires

Le leadership, tant du point de vue des organismes que de celui des systèmes, joue un rôle clé dans la progression efficace de l'équité en santé, et est justement une aptitude manquante, selon 75 % des praticiens interrogés¹. En Montérégie, la plupart des leçons apprises dans la formation des gestionnaires en santé selon « l'art et la science » de la santé publique peuvent servir à développer des aptitudes en leadership en matière d'équité en santé :

- **Leadership** – il y a des champions naturels et des leaders d'opinion à tous les échelons du système de santé. Trouver ou soutenir un champion de l'équité en santé qui occupe un poste de direction peut faire progresser le dossier de manière exponentielle. À tous les échelons, on peut en outre trouver des personnes déjà formées qui comprennent l'équité en santé et qui sont prêtes à faire connaître le concept à leurs collègues en acceptant spontanément d'agir. Il faut savoir qui sont ces personnes, encourager et féliciter leurs actions ainsi que reconnaître leur travail périodiquement.

- **Renforcer ce qui est déjà en place** – toutes les branches du système de santé, y compris les soins de courte durée, sont confrontées à des problèmes d'iniquité en santé. En établissant le lien entre les problèmes actuels et les problèmes de santé des populations sous-jacentes, on peut faire le pont entre l'équité en santé et le système de santé. Par exemple, les patients ayant des problèmes cardiaques peuvent se retrouver constamment aux urgences faute de persévérer dans leur programme de réadaptation ou de prendre scrupuleusement leurs médicaments d'ordonnance, que ce soit pour des raisons sociales ou économiques.

- **Adapter le système et créer des outils pour appuyer l'équité en santé** – même si l'on comprend le concept d'équité en santé, il importe d'avoir un système en place pour en soutenir l'application. Il faut intégrer l'équité en santé dans les processus de planification et au sein des indicateurs de rendement, en insufflant une perspective d'équité en santé propre à laisser percevoir les moindres problèmes qui, autrement, seraient peut-être passés inaperçus. Les outils de changement organisationnel sont ceux qui commencent par la description de poste du directeur général et font partie de tous les besoins du personnel, évalués au moyen d'évaluations du rendement, de rapports de santé et, voire même d'accréditation.

- **Bâtir des relations de confiance** – les gestionnaires auront plus de facilité à accepter un concept présenté par un collègue compétent en qui ils ont confiance. Bâtir des relations entre les gestionnaires et les collectivités se révèle un travail de longue haleine. Ce processus exige aussi de montrer que l'on comprend et que l'on appuie les enjeux de chacun. Il faut faire preuve de transparence et de persévérance dans les communications afin de bâtir des relations efficaces.

- **Utiliser de solides arguments économiques** – un travail de prévention efficace permet d'épargner de l'argent. On peut se servir des travaux de recherche, en s'appuyant sur les données locales, pour mettre en exergue les écarts en santé et déterminer les mesures à prendre pour réussir à les combler. Il faut argumenter dans un langage évocateur pour les gestionnaires et les décideurs.

- **S'appuyer sur les réussites en santé publique** – on a démontré à maintes reprises la valeur de la santé publique lors de crises ou d'incidents sanitaires. Il est possible de s'appuyer sur cette compétence pour appliquer des principes de santé publique, comme l'équité en santé, d'une manière pertinente par rapport aux enjeux du système de santé. On peut par ailleurs documenter les réussites et recadrer l'information dans un langage que reconnaissent les gestionnaires du système de santé. La perspective expérimentuelle s'avère intéressante – l'apprentissage par observation d'un hygiéniste du milieu ou d'une infirmière de la santé publique travaillant dans la collectivité permettra de mieux comprendre comment la santé publique peut contribuer à l'efficacité du système de santé en général et à l'avancement de l'équité en santé en particulier.

¹ Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé. (2011). *L'intégration des déterminants sociaux de la santé et de l'équité en santé dans les pratiques de santé publique au Canada : Analyse du contexte en 2010*, Université St. Francis-Xavier, Antigonish, Nouvelle-Écosse.



Le développement des communautés passe par le développement de la santé publique. Il influe directement sur les personnes, tant individuellement que collectivement.

(Traduction libre)

GYLAINE BOUCHER, GESTIONNAIRE, IPCDC

État actuel du projet:

Au départ, le projet visait les cadres supérieurs de la santé publique de la région de La Montérégie seulement. Mais les outils mis au point pour le projet se prêtaient à un usage général. Tous les cadres supérieurs et un bon nombre de gestionnaires intermédiaires des CSSS de La Montérégie suivent une formation continue en matière de leadership en santé publique. Soulignons en outre que la plupart des professionnels travaillant à l'Agence de la santé et des services sociaux de La Montérégie ont suivi un programme de formation adapté à leurs besoins particuliers et à leurs nouvelles fonctions. L'approche dans son ensemble ainsi que les outils disponibles ont suscité l'intérêt de quatre autres régions du Québec.

Afin que le programme puisse être largement accessible, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), l'Université de Montréal, l'Université du Québec à Montréal et l'Université de Sherbrooke, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, les agences de la santé et des services sociaux, les services de santé publique et l'association des établissements de santé, a lancé *l'Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences (IPCDC) en santé publique et en gestion par approche populationnelle*.

L'initiative comprend quatre volets :

- Compétences en action – le nom donné au programme mis au point par Dr^e Sauvé et qui fait maintenant partie de l'IPCDC
- Un microprogramme pour les praticiens en santé publique de première ligne – un programme en ligne de 16 crédits conçu pour les gestionnaires et les professionnels de la pratique et s'échelonnant sur trois ans

- Un microprogramme en gestion du changement – un cours de 15 crédits distribué en huit modules intégrant un programme sur le changement organisationnel
- Une approche axée sur le développement des communautés – par laquelle les organismes communautaires travaillent en partenariat avec le personnel des CSSS sur des initiatives portant sur la santé des populations

Destiné à doter l'ensemble du personnel travaillant en santé publique des compétences, des habiletés et des connaissances nécessaires à l'instauration du « programme national de santé publique », le programme ne cesse d'évoluer et de s'améliorer. La province a terminé son examen des programmes de formation offerts à l'échelle locale ainsi que son évaluation des compétences requises en santé publique au Québec.

Le Comité de coordination de la santé publique du Québec a consenti à collaborer officiellement au projet. Il regroupe tous les directeurs actifs au niveau de santé publique tout comme le président-directeur général et le directeur général de l'INSPQ. Le sous-ministre de la santé publique en assure la présidence. L'INSPQ voit la formation en santé publique des gestionnaires des services sanitaires comme une occasion pour remettre l'accent sur la santé des populations en ce qui a trait à la prestation des services de santé. Conjointement avec les organismes communautaires, une telle approche collaborative encourage les services de santé à s'engager dans un processus à plus long terme de promotion de la santé et de prévention des maladies.

Si le programme de formation de Dr^e Sauvé couvre de manière générale les compétences en santé publique, il peut servir d'assise sur laquelle échafauder une approche d'équité en santé, ne serait-ce qu'en considération de l'un de ses facteurs de réussite – le leadership.

Facteurs de réussite en Montérégie

- Un dirigeant fort au sein de la santé publique et à la tête du processus, ayant le respect et la confiance des directeurs principaux de la région et usant d'influence plutôt que d'autorité
- Des données probantes colligées dans le cadre de revues exhaustives de la documentation spécialisée
- Un fondement scientifique solide doublé de l'explication et de la considération du contexte politique, social et organisationnel
- Un personnel adéquatement formé faisant profiter ses collègues de la région de son expertise, participant du coup à l'établissement de la crédibilité des initiatives en santé publique
- Une vision initiale explicite soutenue par un dirigeant fort apte à maintenir le cap advenant des réorientations ou des ajustements d'objectifs suivant l'évolution du contexte
- Un plan de communication étayé et hautement persuasif
- Une équipe solide partageant le leadership, afin de susciter la coopération et l'innovation et d'assurer la poursuite du projet advenant le départ du chef de projet
- Une adaptabilité, une souplesse et une créativité au sein l'équipe de direction, particulièrement durant les périodes de transition
- Le Comité de coordination régional comme mécanisme par excellence de transfert des connaissances et de développement des compétences
- Stratégies destinées à maintenir l'engagement des organismes participants

QUESTION À CONSIDÉRER

- Comment pourriez-vous faire usage de la formation ou du développement des compétences pour enrichir une approche d'équité populationnelle dans la prestation des services de santé de votre région?
- Comment vous y prendriez-vous pour résoudre les problèmes soulevés dans la présente étude de cas?
 - La concurrence entre les mesures préventives et curatives
 - L'établissement et le maintien d'une communauté de la pratique qui soit viable
 - Le maintien du soutien des centres de prestation de services locaux

- L'assurance que la formation puisse continuer de répondre aux besoins locaux
 - La gestion de la mobilité et de la disponibilité du personnel pour la formation
 - L'établissement d'un flux de financement viable
 - L'intégration du développement des compétences dans les stratégies de formation continue
- Puisque la formation des gestionnaires s'est révélée efficace en Montérégie, comment appliqueriez-vous les facteurs de réussite pour inculquer un leadership en matière d'équité en santé chez les gestionnaires de votre région?



National Collaborating Centre
for Determinants of Health

Centre de collaboration nationale
des déterminants de la santé

CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

Université St. Francis Xavier Antigonish, N.-É. B2G 2W5

tél. : (902) 867-5406 fax : (902) 867-6130

ccnbs@stfx.ca www.ccnbs.ca