

On peut se procurer d'autres exemplaires de ce document auprès du :

Publications  
Direction des communications  
Santé Canada  
Ottawa (Ontario)  
K1A 0K9

La reproduction non commerciale du présent document à des fins éducatives ou de planification est autorisée.  
Prière de mentionner la source.

Publié par  
La Direction générale de la promotion  
et des programmes de santé  
Santé Canada

Also available in English under the title:  
*Building a Stronger Foundation: A Framework for Planning  
and Evaluating Community-Based Health Services in Canada*

N° de cat. H39-351/3-1996F  
ISBN 0-662-80992-0

**POUR ÉTABLIR UNE ASSISE PLUS SOLIDE : CADRE  
DE RÉFÉRENCE POUR LA PLANIFICATION ET  
L'ÉVALUATION DES SERVICES DE SANTÉ  
COMMUNAUTAIRES AU CANADA**

**Margaret I. Wanke<sup>1</sup>  
L. Duncan Saunders<sup>1</sup>  
Raymond W. Pong<sup>2</sup>  
W. John B. Church<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Healthcare Quality and Outcomes Research Centre  
Department of Public Health Sciences  
Université de l'Alberta  
Edmonton (Alberta)

<sup>2</sup> Northern Health Human Resources Research Unit  
Université Laurentienne  
Sudbury (Ontario)

**1995**

# REMERCIEMENTS

Ce rapport a été préparé pour la Conférence fédérale-provinciale-territoriale des sous-ministres de la Santé par le Comité consultatif des ressources humaines en santé (CCRHS).

Sans le concours d'un grand nombre de personnes venant de partout au Canada, la préparation du présent document n'aurait pas été possible. Leur participation aux diverses activités du projet nous a été d'une aide précieuse, et nous tenons à leur exprimer ici toute notre gratitude. Les opinions exprimées dans la présente publication sont celles de les auteurs et ne reflètent pas nécessairement celles de Santé Canada, ou le Comité consultatif des ressources humaines en santé.

## Équipe d'étude

Nous désirons remercier les personnes suivantes pour leur apport aux travaux de l'Équipe d'étude :

D<sup>f</sup> Paul Cappon, vice-président, Enseignement et Recherches, Université Laurentienne

D<sup>f</sup> Michael Rachlis, consultant en projets

Gael Foster, adjoint de recherche, Université de l'Alberta

Richard Robert, adjoint de recherche, Université Laurentienne

Carol Spooner, adjoint de recherche, Université de l'Alberta

## Comité directeur de projet

Nous remercions le Comité directeur de projet du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur les ressources humaines en santé pour les conseils qu'il a bien voulu dispenser tout au long du projet :

Johanne Irwin (présidente), Health and Community Services Agency, Î.-P.-É.

Rick Cameron, Ministère de la santé et de la condition physique, Nouvelle-Écosse

Marjorie Carroll, Santé Canada

D<sup>f</sup> François Champagne, Université de Montréal

Carole Dilworth, Ministère de la santé et des services communautaires, Nouveau-Brunswick

Judith M. Dowler, Santé Canada

Sue Hicks, Ministère de la santé, Manitoba

Brenda Johnson/Harvey Geddes, Ministère de la santé, Alberta

Daniel Poirier, Ministère de la santé et des services sociaux, Québec

Linda Tennant, Ministère de la santé, Ontario

D<sup>f</sup> Peter Tugwell, Université d'Ottawa

Judy Watts, Ministère de la santé et des services sociaux, T. N.-O.

Nous tenons à remercier tout particulièrement Carole Dilworth (Ministère de la santé et des services communautaires du Nouveau-Brunswick), Joanne Doyle (Association of Ontario Community Health Centres), Terry Kaufman (CLSC NDG/MTL-0) et Judy Watts (Ministère de la santé et des services sociaux des T. N.-O.) pour avoir coordonné la tournée dans leur province ou territoire.

## **Participants à la visite sur le terrain**

Plus de 80 personnes ont participé à la visite de 22 organisations et programmes de santé communautaire dans six provinces et un territoire. Nous remercions sincèrement tous les participants pour leurs observations. La liste des principaux agents de liaison pour chaque organisation visitée est présentée ci-dessous.

### ***Nouveau-Brunswick***

Carole Dilworth, conseillère principale en évaluation, Ministère de la santé et des services communautaires Nouveau-Brunswick, Fredericton  
D<sup>r</sup> Gordon Ferguson, directeur exécutif, NB Extra-Mural Hospital, Fredericton  
Barbara Smith, directrice adjointe des soins infirmiers, McAdam Community Health Centre, McAdam

### ***Québec***

Terry Kaufman, directeur exécutif, CLSC Notre-Dame-de-Grâce/Montréal Ouest, Montréal  
Michele Laverdure, directrice exécutive, CLSC Saint-Hubert, Saint-Hubert  
Paul Leguerrier, directeur exécutif, CLSC Hochelaga-Maisonneuve, Montréal  
Saul Panofsky, directeur exécutif, CLSC St-Louis-de-Parc, Montréal

### ***Ontario***

Denise Albrecht, directrice exécutive, Centre de santé communautaire Côte-de-Sable, Ottawa  
Sonny Arrajado/Joanne Doyle, directeurs exécutifs, Association of Ontario Community Health Centres, Toronto  
David Hole, directeur exécutif, Services communautaires du Sud-est d'Ottawa, Ottawa  
Dr. Perry Kendall, ancien médecin-fonctionnaire, Metro Toronto Department of Public Health, Toronto  
Wendy Pinder, directrice des services, Lakeshore Area Multi-Service Project, Etobicoke  
Rev. Clint Rohr, Woolwich Community Health Centre, St. Jacobs

### ***Manitoba***

Jeanette Edwards, directrice exécutive, Health Action Centre, Winnipeg  
Patti Sullivan, directrice exécutive, Klinik Health Centre, Winnipeg

### ***Saskatchewan***

Monica Kohlhammer, directrice, Rural Health and Development, Saskatoon District Health Board, Saskatoon

## ***Alberta***

Gladys Procyshen, ancienne directrice générale, Wetoka Health Unit, Wetaskiwin

Stan Rice, directeur général, Prince Albert Health District, Prince Albert

Sharon Tell, ancienne directrice des Services de soins à domicile, Leduc-Strathcona Health Unit, Sherwood Park

Sharon Thurston, coordinatrice des Services de santé, Boyle-McCauley Community Health Centre, Edmonton

## ***Territoires du Nord-Ouest***

Louise Fillatre, directrice exécutive associée, Mackenzie Regional Health Service

(y compris le Rae Community Health Centre), Yellowknife

Stephen Van Dine, consultant en planification stratégique, Ministère de la santé et des services sociaux des Territoires du Nord-Ouest, Yellowknife

## **Groupe de discussion**

Lois Borden, directrice exécutive, District Support Branch, Ministère de la santé de la Saskatchewan

Jeanette Edwards, directrice exécutive, Health Action Centre, Winnipeg

Eno Egbo Egbo, vice-président du Conseil, Regent Park Community Health Centre

D<sup>F</sup> John Hastings, professeur émérite, Université de Toronto, président élu, Association canadienne de santé publique

Terry Kaufman, directeur exécutif, CLSC NDG/MTL-O

Sharon Martin, coordonnatrice régionale, Vancouver Regional Health

D<sup>F</sup> Michael Rachlis, consultant en projets

D<sup>F</sup> Martin Serediuk, directeur de programme, Health Services Administration, Department of Public Health Sciences, Université de l'Alberta (animateur de la discussion)

Linda Tennant, gestionnaire, Politique sur les ressources humaines de santé, Ministère de la santé de l'Ontario; membre du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur les ressources humaines en santé

## **Réviseurs de l'ébauche préliminaire du cadre de référence**

Carole Dilworth, conseillère principale en évaluation, Planification et Évaluation, Ministère de la santé et des services communautaires, Nouveau-Brunswick

Jeanette Edwards, directrice exécutive, Health Action Centre, Winnipeg

Terry Kaufman, directeur exécutif, CLSC NDG/MTL-O

Penny Lightfoot, directrice, Population Health and Research, Public Health Services, Capital Health Authority, Edmonton

D<sup>F</sup> Micheal Rachlis, consultant en projets



# TABLE DES MATIÈRES

<b>RÉSUMÉ</b> . . . . .	vii
<b>1 INTRODUCTION</b> . . . . .	1
<b>2 APERÇU DU PROJET</b> . . . . .	3
2.1 Objet . . . . .	3
2.2 Méthodologie . . . . .	3
2.3 Résumé des conclusions des composantes 1 et 2 . . . . .	5
2.4 Difficultés posées par l'élaboration d'un cadre de référence . . . . .	7
<b>3 QU'ENTEND-ON PAR « SERVICES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES »?</b> . . . . .	9
3.1 Définition . . . . .	9
3.2 Principes . . . . .	11
3.3 Services de santé communautaires « de base » . . . . .	13
<b>4 CADRE DE RÉFÉRENCE</b> . . . . .	17
<b>5 ESTIMATION DES BESOINS EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE</b> . . . . .	22
5.1 Quels sont les besoins de la population en matière de santé? . . . . .	22
5.2 Quelles sont les préoccupations et les préférences de la communauté? . . . . .	23
5.3 Quelle est la capacité de la communauté? . . . . .	23
<b>6 PLANIFICATION</b> . . . . .	25
6.1 Quels résultats les SSC visent-ils? . . . . .	25
6.2 À quels processus les SSC devraient-ils avoir recours pour obtenir les résultats souhaités? . . . . .	30
6.3 Quelles structures faut-il établir pour les SSC? . . . . .	33
<b>7 QUESTIONS DE MISE EN OEUVRE</b> . . . . .	44
<b>8 QUESTIONS D'ÉVALUATION</b> . . . . .	45

<b>9</b>	<b>APPLICATION DU CADRE DE RÉFÉRENCE</b> . . . . .	53
9.1	Estimation des besoins en santé communautaire . . . . .	53
9.2	Planification . . . . .	54
9.3	Mise en oeuvre . . . . .	55
9.4	Évaluation . . . . .	56
<b>10</b>	<b>CONCLUSION</b> . . . . .	58
	<b>RÉFÉRENCES</b> . . . . .	61
	<b>ANNEXE A : Glossaire</b> . . . . .	69
	<b>ANNEXE B : Indicateurs de l'évaluation des besoins</b> . . . . .	78
	<b>ANNEXE C : Indicateurs de planification et d'évaluation</b> . . . . .	106
	<b>FIGURE 1 : Cycle de gestion</b> . . . . .	18
	<b>FIGURE 2 : Résultats, processus et structures visés par les étapes de planification et de l'évaluation</b> . . . . .	21

# RÉSUMÉ

## INTRODUCTION

L'examen en profondeur dont ont fait l'objet les systèmes de santé provinciaux et territoriaux au cours des dix dernières années a suscité un regain d'intérêt pour les modèles communautaires de prestation de services de santé comme solution de rechange aux soins en établissement. Quoique le Canada possède un régime de soins de santé bien développé, le taux d'institutionnalisation y figure parmi les plus élevés au monde. Il est reconnu que les services de santé englobent beaucoup plus que les seuls soins en établissement, et qu'ils comprennent également les auto-soins, (initiatives personnelles en matière de santé), les services de prévention de la maladie et de promotion et de protection de la santé, le soutien communautaire, les soins primaires ambulatoires et les services de réadaptation. Il est de plus en plus évident que le cadre communautaire conviendrait mieux à bon nombre de malades actuellement traités dans des établissements et que, de fait, ces malades préféreraient recevoir leurs services dans le contexte de leur vie quotidienne.

Bien que les responsables des politiques reconnaissent et défendent depuis longtemps le principe d'un meilleur équilibre entre le secteur « institutionnel » et le secteur communautaire du système de santé, en réalité, peu de données existent pour confirmer qu'un virage substantiel a été amorcé au Canada. Dans la plupart des provinces, les services de santé communautaires demeurent un ensemble fragmenté de services marginalisés. La vision de l'Organisation mondiale de la santé d'un système de soins de santé primaires qui soit « la cheville ouvrière et le foyer principal du système de santé » (OMS, 1978, p. 3) reste toujours un objectif insaisissable au Canada. Même dans les provinces qui ont expérimenté des modèles intégrés et globaux de prestation de services communautaires, le budget total des services de santé consacré à ces modèles ne représente toujours qu'une fraction des sommes dépensées dans le secteur institutionnel.

Le système de prestation des services de santé est une industrie qui nécessite d'importants effectifs. Le personnel représente au moins 70 p. 100 des coûts du système. En santé communautaire, comparativement au secteur institutionnel, les ressources humaines jouent un rôle particulièrement prépondérant et absorbent une part encore plus grande du budget, en raison de la moindre importance des infrastructures et des technologies de pointe dans ce secteur. L'orientation favorisant les services de santé communautaires influe inévitablement sur la façon dont les ressources humaines sanitaires sont conceptualisées, utilisées, gérées et réglementées. De même, la façon dont ces ressources sont employées influe sur les modes de prestation et l'efficacité des services de santé communautaires.

À l'heure où les responsables des politiques dans les provinces et les territoires font le point sur les progrès accomplis dans la transition vers la prestation de services de santé communautaires, plusieurs questions d'intérêt fondamental se posent :

Dans quelle mesure a-t-on mis en place un système complet de prestation de services de santé communautaires?

Dans quelle mesure les résultats visés par les services de santé communautaires sont-ils atteints?

A-t-on recours aux meilleures approches en matière d'organisation et de gestion des ressources humaines?

La présente étude, entreprise pour le compte des sous-ministres fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé, visait à élaborer un cadre d'orientation (planification) et d'évaluation souple permettant de répondre à ces questions, tout en reconnaissant les besoins particuliers des secteurs de compétence canadiens à leur stade respectif de la réforme des soins de santé.

## MÉTHODOLOGIE

L'étude comportait trois phases cruciales de collecte et d'analyse de renseignements, entreprises en tant qu'étapes préliminaires à l'élaboration du cadre de référence.

- i. Examen systématique des questions relatives aux ressources humaines dans les services de santé communautaires. Ce volet prévoyait une recension de la documentation visant à mettre en évidence les corrélations entre les modalités (c'est-à-dire, les principales dimensions) des ressources humaines sanitaires et les résultats souhaités des services de santé communautaires. Les cinq résultats suivants ont été considérés : *efficacité et qualité des services, efficience économique, équité, habilitation de la communauté et du consommateur et qualité de la vie au travail*. Six modalités relatives aux ressources humaines ont été étudiées :

continuum des ressources humaines sanitaires (c'est-à-dire, recours aux auto-soins, aux prestataires informels et aux prestataires formels);

rôles des prestataires de services (c'est-à-dire, substitution, élargissement et diversification des rôles);

acquisition des compétences (c'est-à-dire, formation et éducation des prestataires);

modèles de composition des effectifs et de rémunération des prestataires;

réglementation statutaire des professions de la santé;

gestion des effectifs en santé.

- ii. Examen systématique des questions organisationnelles liées aux services de santé communautaires. Ce volet prévoyait une appréciation critique de la documentation disponible sur les rapports entre les modalités organisationnelles et les résultats recherchés. Les cinq modalités organisationnelles suivantes ont été étudiées :

direction;

méthodes de prestation des services;

modèles de financement;

aire de recrutement des services;

organisation et gestion des services.

- iii. *Visites sur le terrain.* Vingt-deux organisations ou programmes de services de santé communautaires ont été visités dans sept provinces et territoires. Ces visites ont complété la recherche documentaire en permettant le recueil de renseignements fondés sur l'expérience pratique de prestataires de services de santé communautaires évoluant dans différents modèles de prestation de services.

Les résultats de ces trois initiatives sont présentés dans des documents complémentaires annexés au présent rapport.

À la suite des recherches documentaires et des visites, nous avons élaboré un cadre de planification et d'évaluation des services de santé communautaires avec la participation de Canadiens et de Canadiennes ayant une vaste expérience dans le domaine. Leurs observations ont été recueillies au cours d'une séance d'une journée organisée en groupes de discussion et par le biais des révisions apportées aux diverses ébauches du cadre de référence.

## TERMINOLOGIE ET CADRE DE RÉFÉRENCE

Au Canada, le concept de *services de santé communautaires* a évolué à partir de diverses perspectives au cours des vingt-cinq dernières années, perspectives qui témoignent du large éventail de modèles de prestation appliqués un peu partout au pays et qui englobent les centres de santé communautaires, les centres locaux de services communautaires (CLSC), les programmes de soins à domicile, les organisations de soins médicaux primaires et les organismes de santé publique. Bien qu'il n'y ait pas de définition universelle des services de santé communautaires, selon l'opinion généralement reçue, il s'agit de services dispensés le plus près possible des lieux où les gens vivent et travaillent, et en dehors des hôpitaux et des autres établissements de soins. La définition utilisée dans le présent document suit de près celle de *soins de santé primaires* adoptée par l'Organisation mondiale de la santé :

*« Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer [...]. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire. Les soins de santé primaires [...] visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet. » (OMS, 1978, p. 3).*

Il est important de souligner ce que sont les soins de santé primaires et ce qu'ils ne sont pas.

Ce qu'ils ne sont pas :

« ce ne sont pas des soins médicaux primaires;  
ce ne sont pas uniquement des soins médico-sanitaires au niveau du premier contact[...] »

Ce sont :

« ils s'adressent à tous, notamment à ceux qui en ont le plus besoin;  
ils doivent être au niveau du foyer et de la famille et ne pas être limités aux établissements de santé;  
ils supposent une liaison continue avec les individus et les familles. » (OMS, 1988, p. 18)

Le cadre d'orientation et d'évaluation est fondé sur un cycle de gestion continu faisant intervenir les quatre activités fondamentales suivantes :

estimation des besoins communautaires;  
planification;  
mise en oeuvre;  
évaluation des services de santé communautaires.

Les phases du cycle relatives à la planification et à l'évaluation sont articulées autour des résultats, des processus et des structures de services de santé communautaires. On peut ainsi étudier les résultats obtenus grâce aux services de santé communautaires et intégrer les stratégies de service et les approches en matière de ressources qui ont été jugées les plus appropriées du point de vue de l'obtention des résultats souhaités.

Le cadre de référence propose quatre grands **résultats** visés par les services de santé communautaires : l'efficacité des services, l'efficience économique, l'équité et l'habilitation de la communauté et du consommateur. Vu l'importance accordée dans la présente étude aux questions relatives aux ressources humaines sanitaires, nous avons inclus un cinquième résultat *intermédiaire*, soit la qualité de la vie au travail. Dans la partie du document portant sur la planification, nous proposons des énoncés d'objectifs pour chacun de ces résultats. Dans la partie traitant de l'évaluation, nous proposons des questions d'évaluation et les méthodes de mesure y afférentes. Les indicateurs permettant de mesurer ces objectifs sont présentés en appendice.

Lors des recherches documentaires et des visites sur le terrain, nous avons constaté qu'il y avait des corrélations empiriques ou expérimentales entre un certain nombre de dimensions (c'est-à-dire, des **processus** et des **structures**) en matière d'organisation et de ressources humaines de santé et l'obtention des résultats prévus. Dans la composante du cadre de référence portant sur la planification, nous présentons des énoncés d'objectifs faisant intervenir des structures et des processus « optimaux ». Dans la composante relative à l'évaluation, nous proposons des questions d'évaluation en rapport avec ces énoncés d'objectifs. Les questions d'évaluation permettent de déterminer dans quelle mesure les objectifs ont été atteints (c'est-à-dire, de savoir si les structures et les processus employés étaient optimaux). Des indicateurs spécifiques sont également présentés en appendice.

Le cadre de référence doit être utilisé comme un point de départ par ceux qui envisagent de procéder à une évaluation de leur système communautaire de services de santé ou qui désirent en améliorer la conception. Comme les divers secteurs de compétence n'en sont pas au même stade de développement et que leurs besoins sont différents, il est impossible de concevoir un cadre de référence valable pour tous les cas. Les objectifs et les questions d'évaluation, de même que les indicateurs plus précis figurant dans les appendices, doivent plutôt être considérés comme un guide permettant d'adapter les activités futures aux besoins de chaque secteur de compétence. Le document propose également des étapes et les points à prendre en considération dans l'application du cadre de référence.

## CONCLUSION ET PRINCIPALES ORIENTATIONS

Il est difficile de dire à quel moment un modèle existant de prestation de services intègre vraiment le concept et les principes d'un système communautaire *substantiel* de prestation de services de santé, comme énoncé par l'Organisation mondiale de la santé dans sa définition des *soins de santé primaires*. L'étude n'avait pas pour objet d'évaluer différents modèles de prestation de services communautaires (p. ex., les centres de soins communautaires, les centres locaux de services communautaires (CLSC) et les organisations de soins de santé intégrés (HMO)), mais plutôt d'élaborer un cadre de référence permettant d'effectuer ce genre d'évaluations. Comme les études antérieures avaient mis en évidence des variations extrêmes à l'intérieur d'un même modèle, nous avons convenu d'identifier les dimensions pertinentes des modèles (c'est-à-dire, les *modalités*) qui sont considérées comme les plus appropriées pour parvenir aux résultats désirés. Par conséquent, les modalités relatives aux ressources humaines sanitaires et à l'organisation, comme les rôles des prestataires, la gestion des effectifs sanitaires, la direction, les méthodes de prestation des services et les modèles de financement, ont été incorporées au cadre de référence.

Toutefois, à partir du moment où les caractéristiques souhaitables des modèles communautaires de prestation des services sont précisées, il est possible de tenter des comparaisons entre divers modèles. Par exemple, certains modèles examinés au cours de l'étude se rapprochent étroitement du concept des services de santé communautaires défini et prôné dans le présent cadre de référence (p. ex., les CLSC), tandis que d'autres modèles ne possèdent que quelques-unes des caractéristiques désirées (p. ex., les modèles qui ont une aire de recrutement définie, dans laquelle la prestation des services est dominée par des prestataires à discipline unique travaillant sous un régime de rémunération par capitation). Ces derniers modèles, bien que pouvant constituer un sous-ensemble d'un système communautaire de prestations de services de santé, ne possèdent pas les caractéristiques d'intégralité et de cohésion à un degré aussi poussé que le système substantiel défendu dans le présent document.

Les principales orientations suivantes sont recommandées à l'égard des services de santé communautaires au Canada :

i. **Des services de santé communautaires qui soient complets, intégrés et substantiels.**

Afin de réaliser la vision de l'Organisation mondiale de la santé de services de santé communautaires qui soient la « cheville ouvrière et le foyer principal » du système de santé, il est nécessaire de reconnaître la grande dissimilitude, mais aussi la complémentarité des approches et des objectifs des secteurs institutionnel et communautaire. Le secteur des services communautaires tire sa force de son approche holistique et sociale à l'égard des besoins de la population et des individus en matière de

santé, et de l'importance qu'il accorde à la collaboration avec les partenaires naturels de la communauté face aux déterminants fondamentaux de la santé. Par contraste, la force du secteur institutionnel réside dans le développement et la mise en oeuvre de solutions technologiques spécialisées à des problèmes de santé spécifiques. Pour que le système de santé d'ensemble devienne plus efficace, nous proposons que les deux secteurs en question se voient accorder un statut égal et complémentaire vis-à-vis de la nature multi-dimensionnelle des problèmes de santé de notre société.

Depuis des années, la population de la plupart des régions du Canada bénéficie de services de santé communautaires, qui lui sont offerts par le truchement d'un ensemble complexe d'organisations et de programmes fragmentés, au nombre desquels figurent les organismes ou les ministères responsables de la santé publique, les programmes de soins à domicile, les cliniques de soins médicaux primaires, les organismes de services sociaux, les départements responsables de la santé mentale et les diverses formes de centres de santé communautaire répartis un peu partout au pays. La coordination entre les différents prestataires de services est souvent déficiente, ce qui laisse le consommateur seul devant une multitude de mécanismes d'aiguillage, de prestataires de services et de centres de soins. En outre, certains services de santé communautaires ne sont pas dispensés de façon uniforme sur l'ensemble d'une province ou d'un territoire donné.

Le concept préconisé dans le cadre de référence implique une plus grande exhaustivité et une intégration plus poussée des services de santé communautaires offerts aux consommateurs dans des centres de quartier faciles d'accès. De même, le système des services de santé communautaires devrait couvrir l'ensemble de la province ou du territoire.

ii. **En ce qui concerne l'organisation et les ressources humaines, application d'approches qui contribuent aux résultats visés par les services de santé communautaires.**

Les recherches documentaires et les visites des différents programmes et organisations ont démontré que nos façons de conceptualiser et de dispenser les services de santé communautaires sont perfectibles. Bien qu'aucun modèle canadien de prestation ne soit recommandé pour l'ensemble des régions, nous croyons qu'un modèle souhaitable de prestation des services de santé communautaire devrait être complet, intégré et substantiel. À cette fin, il devrait posséder les treize caractéristiques suivantes relatives à la gestion des ressources humaines et à l'organisation :

une **définition claire** de la «**communauté**», fondée sur le territoire géographique ou les besoins communs;

une **gamme complète de services coordonnés de promotion de la santé, de prévention, de soins curatifs primaires, de réadaptation et de soutien communautaire** visant à combler les besoins permanents de la communauté en question et les besoins particuliers des clientèles à haut risque et vulnérables;

des **équipes intégrées, interdisciplinaires et polyvalentes de prestataires** assurant une coordination des cas pour chaque client ou famille ayant des besoins aigus;

des prestataires de services et des stratégies d'intervention **choisis par la clientèle;**

un **financement des organismes de service fondé sur la population** et adapté aux besoins en matière de santé;

la rémunération des prestataires de services **non fondée sur l'acte;**

l'instauration d'un **partenariat entre les consommateurs et les prestataires de services** pour la planification, l'application et l'évaluation du système de prestation des services de santé (c'est-à-dire, participation plus que symbolique des consommateurs aux prises de décision);

un **partenariat efficace avec d'autres organisations communautaires** pour veiller à ce que des mesures soient prises à l'égard des déterminants sociaux et physiques de la santé et à ce que les services de santé servent de prolongement et de complément aux autres services communautaires;

un continuum de ressources humaines prévoyant le recours aux **auto-soins et aux prestataires formels et informels de services**, ainsi que des mesures de soutien adéquates;

le recours aux **prestataires de services de santé les plus efficaces et les plus rentables sur le plan économique;**

des **mesures de formation et d'éducation** à l'intention des prestataires de services de santé (auto-soins, prestataires formels et prestataires informels) qui concordent avec la philosophie, les objectifs et les démarches propres à la prestation de services de santé communautaires (c'est-à-dire, vaste connaissance de la santé et de ses déterminants, approches fondées sur le recours à des équipes interdisciplinaires et place importante accordée aux mesures de promotion et de prévention et aux interventions précoces);

des **politiques législatives, organisationnelles et professionnelles** qui permettent le recours à d'autres prestataires de services s'ils sont plus rentables et qui ne restreignent pas inutilement les pratiques professionnelles concurrentielles et créatrices;

des **modes de gestion positifs et souples.**

# 1 INTRODUCTION

L'examen en profondeur dont ont fait l'objet les systèmes de santé provinciaux et territoriaux ces dix dernières années a suscité un regain d'intérêt pour les modèles communautaires de prestation de services de santé comme solution de rechange à la prestation des soins en établissement. Ce changement est étroitement associé à d'autres tendances dans le pays, notamment à des mesures de régionalisation et de décentralisation, à une redéfinition des rôles des prestataires de soins, à une plus grande participation de la communauté aux prises de décision et à la création de partenariats plus étroits entre les prestataires de soins d'une part, et entre le système de santé et les autres secteurs de la société d'autre part (Santé et Bien-être social Canada, 1993).

Bien que le Canada dispose d'un système avancé de soins de santé, il présente également l'un des taux les plus élevés au monde d'institutionnalisation des soins. On pourrait soutenir que l'institutionnalisation entraîne une centralisation, une spécialisation et une hiérarchisation inutiles, de même qu'une prépondérance trop grande des soins curatifs. Toutefois, il est devenu évident que les services de santé englobent beaucoup plus que les seuls soins en établissement, et qu'ils comprennent également une foule d'autres services et activités, entre autres, les auto-soins, la prévention des maladies, la promotion et la protection de la santé, le soutien communautaire, les soins ambulatoires, les soins aux malades chroniques et les services de réadaptation. Il est de plus en plus reconnu que le cadre communautaire conviendrait mieux à bon nombre de malades actuellement traités dans des établissements et que, de fait, ces malades préféreraient recevoir leurs services dans le contexte de leur vie quotidienne.

Même s'il n'y a pas de définition universelle des services de santé communautaires, l'opinion généralement reçue veut qu'il s'agisse de services dispensés le plus près possible des lieux où les gens vivent et travaillent, et en dehors des hôpitaux et des autres établissements assimilés. Reposant sur la croyance selon laquelle la plupart des besoins en matière de santé peuvent être satisfaits dans un cadre communautaire et qu'ils n'exigent pas d'interventions professionnelles de grande envergure, le concept des services de santé communautaires met au premier plan la décentralisation du processus décisionnel et de la prestation des services, la participation de la communauté et des consommateurs, le recours à une approche holistique fondée sur le travail d'équipe, l'utilisation plus rationnelle des ressources sanitaires, une plus grande responsabilité de l'individu face à son propre bien-être, l'initiative personnelle et une approche axée sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie. Toutefois, l'évaluation précise des divers avantages — économiques et autres — des modèles communautaires reste problématique.

Le système de prestation des services de santé est une industrie qui nécessite d'importants effectifs. Le personnel représente au moins 70 p. 100 des coûts du système. En santé communautaire, comparativement au secteur institutionnel, les ressources humaines jouent un rôle particulièrement prépondérant et absorbent une part encore plus grande du budget, en raison de la moindre importance des infrastructures et des technologies de pointe dans ce secteur. L'orientation favorisant les services de santé communautaires influe inévitablement sur la façon dont les ressources humaines sanitaires sont conceptualisées, utilisées, gérées et réglementées. De même, la façon dont ces ressources sont

employées influe sur les modes de prestation et l'efficacité des services de santé communautaires. Ce n'est donc pas une coïncidence si, en marge des modifications profondes que subit le système de santé, de nombreux rapports clés émanant de conseils de premiers ministres, de commissions d'examen des soins de santé et de groupes d'étude recommandent un réexamen ou une réforme des effectifs du secteur de la santé (Angus, 1991). Les restrictions financières imposées ces dernières années ont suscité des appels réclamant que l'on utilise la *bonne personne* dans le *bon service*, au *bon endroit* et au *bon moment*.

## 2 APERÇU DU PROJET

### 2.1 Objet

Afin de mieux comprendre la nature des services de santé communautaires et d'élaborer un cadre de référence utile pour la conception et l'évaluation des initiatives, le Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur les ressources humaines de santé a demandé qu'une étude soit effectuée sur les questions entourant l'organisation et les ressources humaines. L'étude visait à développer un cadre d'orientation et d'évaluation souple fondé sur des objectifs analogues à ceux énoncés dans le document *Planification pour la santé : vers une prise de décision éclairée* (Santé et Bien-être social Canada, 1993) :

- amélioration ou maintien de l'état de santé de la population canadienne;
- efficacité;
- intégration et coordination;
- habilitation des citoyens par leur participation à la gestion du système de santé;
- souplesse;
- équité;
- amélioration du rapport coût-efficacité.

Cette initiative tient compte des besoins de planification et d'évaluation des divers secteurs de compétence canadiens, qui en sont à des stades différents de la réforme des soins de santé et qui ont des priorités différentes en matière de santé.

### 2.2 Méthodologie

Le projet comporte trois grandes composantes :

**Composante 1 : Examen systématique des questions relatives aux ressources humaines dans les services de santé communautaires.** Ce volet prévoyait la recension des renseignements documentaires disponibles sur l'utilisation rentable et efficace des ressources humaines dans les services de santé communautaires.

**Composante 2 : Examen systématique des questions organisationnelles liées aux services de santé communautaires.** Ce volet prévoyait la recension des renseignements et des preuves documentaires sur la qualité et l'efficacité des dimensions organisationnelles pour les services de santé communautaires.

**Composante 3 : Terminologie et cadre de référence pour l'évaluation et l'orientation des services de santé communautaires.** Ce volet consistait à préciser ce que l'on entend par *services de santé communautaires* et à élaborer un cadre de référence pour la planification et l'évaluation de ces services. Le cadre élaboré s'appuie tant sur les résultats des recherches documentaires menées au cours des deux premières étapes de l'étude que sur les expériences réalisées par des organisations de services de santé communautaires partout au Canada. Le présent document est le compte rendu de cette troisième composante.

Des recherches documentaires antérieures sur les modèles existants de prestation de services de santé communautaires avaient révélé qu'il y a autant de variations à l'intérieur d'un même modèle qu'entre les différents modèles. Par exemple, un modèle de *centre de santé communautaire* peut présenter des différences considérables non seulement entre les secteurs de compétence du Canada, mais aussi à l'intérieur d'une même province ou d'un même territoire. Lorsque l'on conçoit ou que l'on évalue un modèle communautaire de services de santé, il importe de déterminer quelles sont les dimensions du modèle qui sont importantes pour l'atteinte des résultats souhaités. Nous avons donc convenu, d'entrée de jeu, de nous concentrer sur les *modalités* (c'est-à-dire, les dimensions), plutôt que sur des modèles organisationnels particuliers.

Les recherches documentaires effectuées dans le cadre des deux premières composantes de l'étude avaient pour but de déterminer le degré de corrélation qui existe entre certaines modalités (ou dimensions) en matière de ressources humaines et d'organisation et l'obtention de résultats spécifiques. Les six modalités étudiées relativement aux ressources humaines représentent des enjeux importants pour les planificateurs des ressources humaines, les responsables des politiques et les chercheurs :

- continuum des ressources humaines sanitaires;
- rôles des prestataires et substitution, élargissement et diversification de ces rôles;
- éducation, formation et acquisition de connaissances et de compétences;
- modèle de composition des personnels et de rémunération des prestataires;
- gestion des effectifs du secteur de la santé.

Les cinq modalités organisationnelles suivantes ont été étudiées :

- direction;
- méthodes de prestation des services;
- modèles de financement;
- aires de recrutement des services;
- organisation et gestion des services.

Les modalités ci-dessus relatives aux ressources humaines et à l'organisation ont été évaluées par rapport aux résultats spécifiques suivants :

- efficacité des services;
- rentabilité économique;
- équité;
- habilitation de la communauté et des consommateurs;
- qualité de la vie au travail.<sup>1</sup>

---

1 Les termes utilisés dans les composantes 1 et 2 pour désigner les résultats sont différents, mais les concepts demeurent les mêmes (p. ex., efficacité économique = optimisation des ressources)

Afin de combler les lacunes appréhendées dans la recherche documentaire et de mettre à profit l'expérience pratique des organisations existantes de services de santé communautaires, nous avons effectué une tournée de 22 organisations communautaires choisies, réparties dans six provinces et un territoire du Canada. À ces visites est venue se greffer une séance d'une journée organisée en groupes de discussion, dont les membres comptaient une vaste expérience dans les services de santé communautaires. Cette séance nous a permis de recueillir les observations de ces personnes au sujet de l'élaboration du cadre de référence.

Les résultats des composantes 1 et 2 de l'étude, ainsi qu'un résumé des conclusions de la tournée, sont présentés dans des documents complémentaires annexés au présent rapport sur la troisième composante. Bien que ces documents forment un tout en soi, chacun d'eux fait partie intégrante de l'étude globale et, ensemble, ils offrent au lecteur une analyse exhaustive et circonstanciée.

## **2.3 Résumé des conclusions des composantes 1 et 2**

### **Ressources humaines de santé**

Quatre éléments clés d'orientation ont été définis lors de notre recherche documentaire sur les ressources humaines de santé :

La mise en place de services de santé communautaires efficaces, holistiques et axés sur la clientèle passe nécessairement par une reconceptualisation des ressources humaines de santé. La vision classique de ressources humaines tendant à être presque exclusivement centrées sur des prestataires de services formels ayant reçu une formation poussée doit céder le pas à une représentation dans laquelle les ressources humaines sont perçues comme un continuum, allant des personnes qui se maintiennent en bonne santé à celles qui administrent des soins à leurs parents ou à leurs amis malades ou invalides, et des travailleurs sanitaires du milieu, presque exclusivement formés sur le tas, aux spécialistes hautement qualifiés.

Par rapport à bon nombre d'autres pays, le Canada est loin derrière en ce qui concerne la substitution des ressources humaines de santé. Le recours aux infirmières cliniciennes y est relativement rare, sauf dans les localités isolées et dans le Grand Nord. Jusqu'à tout récemment, la profession de sage-femme ne bénéficiait pas de la reconnaissance officielle. En fait, c'est souvent un phénomène de substitution inverse que l'on observe au Canada. Des praticiens hautement qualifiés ou ayant reçu une formation poussée assument des fonctions qui avaient été jusque-là remplies adéquatement par des prestataires de niveau inférieur.

Le système actuel de réglementation des professions doit être réformé pour que l'on puisse concevoir et mettre en oeuvre une politique en matière de ressources humaines de santé qui favoriserait la prestation efficace et rentable des services de santé communautaires. Les recherches documentaires démontrent qu'une réglementation inappropriée des professions peut entraîner une augmentation des coûts, ainsi que des déséquilibres dans la répartition des effectifs ou des pénuries de personnel.

L'efficacité des praticiens qui dispensent des services de santé communautaires et la qualité de leur vie professionnelle pourraient être améliorées par diverses mesures d'éducation et de gestion. De même, la façon dont les prestataires de services sont organisés, déployés et

rémunérés peut avoir une influence sur la qualité et la rentabilité de leurs services. Toutefois, il n'y a pas de formule magique ni de solution simple à tous les problèmes. Comme les services de santé communautaires englobent un large éventail de services et de modèles, les responsables des politiques doivent expérimenter différentes approches, en se servant des leçons apprises par d'autres programmes et administrations comme guide et source d'inspiration.

## **Modalités organisationnelles**

La recherche documentaire sur les modalités organisationnelles a permis de délimiter les principaux éléments d'orientation suivants :

En règle générale, la documentation est de peu d'utilité dans la détermination des structures de direction optimales pour la prestation des services de santé communautaires. Les mécanismes traditionnels de reddition des comptes et de renforcement du contrôle des modèles de prestation par les communautés ne semblent pas avoir été très efficaces. Il y aurait lieu, semble-t-il, d'accorder plus d'attention à l'identification des préférences des consommateurs lorsqu'il s'agit d'établir leur mode de participation aux décisions concernant les services de santé.

La recherche documentaire fait ressortir une tendance soutenue en faveur d'une plus grande utilisation des modèles de prestation qui mettent l'accent sur des approches d'intégration, de polyvalence des services et de recours à des équipes interdisciplinaires. Ces modèles s'avèrent, en général, plus rentables que les services comparables assurés par les prestataires de services uniques et les prestataires institutionnels. Ceci est particulièrement vrai lorsque l'on compare le modèle organisationnel que constitue le centre de santé communautaire à l'exercice de la médecine en solo rémunéré à l'acte.

Afin d'atteindre à une plus grande équité dans les services, le recours à des modèles de financement basés sur la population et prévoyant des rajustements pour tenir compte du niveau des besoins en matière de santé est justifié. La mise en oeuvre d'une telle approche exigera le développement d'un indicateur valable pour mesurer l'état de santé de la population, ainsi que des mécanismes fiables pour le recueil des données nécessaires à une connaissance exacte de la santé de la population.

Une définition claire de l'aire de recrutement des services est essentielle à la prise de décisions qui tiennent compte des besoins de l'ensemble de la population en matière de santé. Une question importante qui n'est pas encore résolue est celle de la détermination de ce qui constitue une aire de recrutement optimale.

## **2.4 Difficultés posées par l'élaboration d'un cadre de référence**

Plusieurs caractéristiques importantes inhérentes à la prestation des services de santé communautaires font obstacle à l'élaboration d'un cadre d'orientation et d'évaluation. Ces caractéristiques rendent particulièrement difficiles la définition et l'application d'indicateurs appropriés pour la mesure de l'efficacité des services.

### **Contexte général**

Les services de santé communautaires sont administrés dans le cadre d'une définition globale de la santé qui met l'accent sur une notion positive, plutôt que négative, du bien-être. Malheureusement, l'évaluation des aspects positifs de la santé est loin d'être aussi simple que la mesure des aberrations de santé.

Le système de santé ne fait que commencer à comprendre la complexité des liens qui unissent la santé humaine, le patrimoine génétique et les facteurs de l'environnement social et physique. Il est reconnu que le potentiel santé de chaque individu est lié à un ensemble très complexe d'influences internes et externes. Les solutions simples et directes aux menaces traditionnelles qui pèsent sur la santé ne représentent peut-être plus la meilleure manière de faire face aux défis complexes actuels.

Les services de santé communautaires visent à prendre en compte tout autant le contexte global de la santé que les problèmes de santé de nature spécifique. Pour contrer les principaux déterminants de la santé et leurs effets, il faut qu'une étroite alliance soit établie avec d'autres organisations communautaires et des ministères gouvernementaux. Bien qu'elle soit hautement souhaitable et nécessaire, l'approche polyvalente rend extrêmement difficile toute tentative visant à attribuer uniquement à un service de santé communautaire particulier des modifications données dans l'état de santé.

### **Limites dans l'application des conclusions de la recherche documentaire**

Les enjeux rattachés au contexte global de la prestation des services de santé communautaires expliquent, dans une large mesure, notre peu de connaissances sur les stratégies les plus efficaces et les plus appropriées que devrait adopter le système de santé pour aborder ces problèmes complexes. Il existe très peu d'études valables sur le sujet, et les résultats des études dont nous disposons sont extrêmement difficiles à généraliser. Par conséquent, on en est actuellement réduit à formuler des hypothèses sur les nombreux indicateurs nécessaires pour établir la politique ou évaluer les résultats des services de santé communautaires. Lorsqu'une approche est mise en oeuvre sans qu'il y ait de preuves de son efficacité ou de la possibilité d'en généraliser l'application, il est essentiel d'en contrôler et d'en évaluer les effets connexes attendus.

### **Horizon lointain des approches en matière de prévention et de promotion**

L'application d'une approche en matière de promotion de la santé et de prévention de la maladie suppose une volonté d'efficacité à long terme. Il est beaucoup plus difficile d'effectuer une estimation du nombre de problèmes de santé qui ne se sont *pas* manifestés en raison d'une intervention particulière que de dénombrer les cas qui se sont effectivement déclarés. Plus l'horizon temporel s'éloigne, plus il devient difficile d'établir une corrélation entre la prestation de services

et l'obtention de résultats donnés concernant l'état de santé. L'évaluation des méthodes de prévention de la maladie et de promotion de la santé est particulièrement problématique lorsque le contexte politique et la situation de réforme de la santé évoluent rapidement.

## **Rôles des jugements de valeur**

Comme les restrictions financières contraignent la société à poser des choix difficiles entre diverses formules de services qui se font concurrence, les jugements de valeur posés par la communauté prennent une importance de plus en plus grande dans les décisions relatives à la gestion des services de santé. On ne peut déterminer les services de santé les «meilleurs» pour la communauté, ni le type et le niveau de service qui conviennent, uniquement à partir de renseignements scientifiques objectifs, même si ces renseignements sont complets. Les prestataires de services de santé communautaires doivent reconnaître et incorporer les rôles complémentaires joués par les considérations objectives et subjectives dans le processus décisionnel. Un cadre de référence pour l'orientation et l'évaluation des services de santé communautaires doit tenir compte tant de l'analyse que font les prestataires des renseignements sanitaires disponibles, que des perceptions et des jugements de valeur de la société à l'égard des problèmes de santé et des préférences en matière de services.

### 3 QU'ENTEND-ON PAR « SERVICES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES »?

Le concept de *services de santé communautaires* a évolué à partir de diverses perspectives au Canada au cours des vingt-cinq dernières années, perspectives qui témoignent du large éventail de modèles de prestation appliqués un peu partout au pays. Les centres de santé communautaires, les centres locaux de services communautaires (CLSC), les programmes de soins à domicile, les organisations de soins médicaux primaires et les organismes de santé publique en sont quelques exemples. Les prestataires de services dans les différents milieux de travail ont leur propre façon de comprendre et de désigner le concept de *services de santé communautaires* défini dans le présent document. D'autres termes sont fréquemment utilisés, notamment *soins de santé primaires*, *soins primaires*, *santé primaire*, *santé communautaire* et *soins communautaires*.

Le concept reste toujours dynamique. Il continue d'évoluer à mesure que les provinces et les territoires s'engagent dans une décentralisation et une intégration plus grandes des services et que les progrès technologiques offrent davantage de possibilités de prestation de services dans un contexte communautaire.

Il est peu probable que, dans le cadre d'un projet comme celui-ci, l'on arrive à établir une terminologie acceptable pour tous. Toutefois, lorsque l'on présente un cadre de référence général susceptible d'être utilisé par divers secteurs de compétence dans tout le pays, il est important de préciser le sens des termes employés. Une description du terme *services de santé communautaires* et des expressions connexes est donc présentée ci-après. En outre, un glossaire réunissant les autres termes utilisés dans le document figure à l'appendice A.

#### 3.1 Définition

La définition de *services de santé communautaires* (SSC) utilisée dans le présent document recouvre un large éventail de services de santé et de services connexes « non institutionnalisés ». Plus simplement, elle désigne les services considérés comme faisant partie du mandat du système de santé, mais qui ne sont pas des services traditionnels de soins aigus, de soins psychiatriques et de soins de longue durée dispensés dans des établissements. À une exception près, elle est étroitement alignée sur la notion de *soins de santé primaires* définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) :

*« Les soins de santé primaires sont des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer[...]. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contact des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire. Les soins de santé primaires visent [...] à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en*

*assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet* ». (OMS, 1978).

Il est important de souligner ce que sont les soins de santé primaires et ce qu'ils ne sont pas.

Ce qu'ils ne sont pas :

« ce ne sont pas des soins médicaux primaires;  
ce ne sont pas uniquement des soins médico-sanitaires au niveau du premier contact [...] »

Ce sont :

« ils s'adressent à tous, notamment à ceux qui en ont le plus besoin;  
ils doivent être au niveau du foyer et de la famille et ne pas être limités aux établissements de santé;  
ils supposent une liaison continue avec les individus et les familles » (OMS, 1988, p. 18)

Bien que la notion de soins de santé primaires et notre concept de SSC se recoupent en bien des points, les deux termes ne sont pas tout à fait synonymes. On pourrait avancer que les soins de santé primaires ne sont pas tous nécessairement communautaires. Ainsi, la plupart des naissances normales ont toujours lieu dans des établissements de soins. De plus, grâce aux progrès technologiques, l'administration de soins secondaires et même de certains soins tertiaires dans des milieux non institutionnels est de plus en plus une réalité. En conséquence, lorsqu'il est technologiquement possible et rentable de dispenser des services de santé secondaires et tertiaires dans un cadre communautaire, les services en question sont également visés par le concept de SSC.

Compte tenu de cette définition très générale des SSC, il est évident que le concept suppose un *système* d'organisations, de programmes et de services qui, *ensemble*, jouent un rôle fondamental dans le système de prestation de services de santé de chaque province et territoire. Bon nombre d'organisations ou de programmes de services de santé qui prennent appui dans la communauté s'adressent à des sous-groupes particuliers de la population définis selon le problème de santé, la catégorie d'âge (p. ex., les personnes âgées), le sexe (p. ex., les problèmes de santé particuliers aux femmes) et le niveau socio-économique (p. ex., les personnes défavorisées), ou en fonction d'objectifs particuliers (p. ex., la lutte contre les maladies transmissibles, la protection de l'hygiène du milieu). Ces services sont perçus comme des sous-ensembles d'une perspective plus large du concept de SSC, une perspective qui englobe une gamme complète de services de promotion, de prévention, de soins curatifs primaires, de réadaptation et de soutien de la communauté.

Le concept peut être précisé davantage si on le décompose en ses différents éléments constituants :

**Communautaire** — Les résultats des entrevues réalisées lors des visites sur le terrain indiquent clairement que plusieurs perspectives contribuent à une compréhension de ce qui confère à un service sa caractéristique dite *communautaire*, notamment a) la propriété collective des SSC et b) la prestation des services dans le cadre de la vie quotidienne des gens (c'est-à-dire, plus près des lieux où les gens vivent, travaillent, s'instruisent et se détendent, et par le biais d'approches adaptées aux besoins culturels et à la situation linguistique). La *communauté* peut être définie de l'une des deux manières suivantes : comme un territoire géographique ou en fonction d'une problématique d'« unité commune ». On peut trouver des exemples de ces deux types de définition dans les différentes catégories de modèles organisationnels observables au Canada.

**Santé** — Les définitions de la santé adoptées par l’OMS sous-tendent le concept des SSC :

*« La mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d’une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d’autre part, évoluer avec le milieu ou s’adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; il s’agit d’un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. » (OMS, 1984); « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d’infirmité. » (OMS, 1948).*

**Services** — Le terme *services* est utilisé de préférence à *soins*, car il évoque un éventail d’activités plus large que les seules fonctions cliniques généralement associées à ce dernier terme.<sup>2</sup> La priorité accordée à la santé et à ses déterminants exige la mise en oeuvre de stratégies de promotion, de protection et de prévention destinées non pas nécessairement à des personnes réclamant des soins particuliers, mais à la population en général. Par exemple, la plupart des services de protection de l’hygiène du milieu ne sont pas fournis directement aux personnes les plus susceptibles d’en retirer des avantages, mais plutôt — et c’est le cas des services d’éducation et d’inspection — aux personnes dont les activités ont des répercussions sur la santé du grand public (p. ex., les restaurateurs et les urbanistes municipaux). Le terme *soins*, dans le sens classique qui lui est attribué au sein du système de santé, est incompatible avec les interventions de portée collective appliquées par ces prestataires de services et autres pourvoyeurs de services de promotion de la santé et de développement de la communauté.

## 3.2 Principes

Le concept de SSC présuppose un certain nombre de caractéristiques, dont nous avons dressé l’inventaire à la suite de l’examen de documents publiés et inédits qui tentent de développer le concept de SSC ou de soins de santé primaires. Ces caractéristiques sont présentées comme des principes régissant de manière générale le fonctionnement des SSC. Elles constituent également un point de départ pour l’identification des éléments qui pourraient entrer en ligne de compte dans la conception ou l’évaluation des SSC.

---

2 Le terme « soins » est celui qui a été utilisé dans les composantes 1 et 2. La décision de remplacer ce terme a été prise à la suite des observations formulées par les membres des groupes de discussion de la composante 3.

## PRINCIPES DES SERVICES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES

<b>Universalité</b>	En tant que fondement du système de santé, les SSC sont universellement accessibles aux individus, aux familles et aux communautés, à un coût que le système de santé puisse assumer.
<b>Environnement approprié</b>	Les SSC sont dispensés dans le contexte de la vie quotidienne des gens. Dans la mesure où les ressources disponibles le permettent, les services sont donc : dispensés le plus près possible des lieux où les gens vivent, travaillent, s'instruisent et se détendent; fournis dans le contexte familial et communautaire de chaque individu; adaptés à la réalité culturelle; adaptés à la situation linguistique; physiquement accessibles.
<b>Continuum</b>	Les SSC englobent tout le continuum des services de santé primaires, notamment les services de promotion de la santé, de prévention de la maladie, de soins curatifs primaires, de réadaptation et de soutien. Lorsqu'il est jugé que le milieu institutionnel convient mieux à la prestation de services de santé secondaires et tertiaires spécialisés, les SSC, en tant que premier niveau de contact au sein du système de santé, sont la principale voie d'accès aux services institutionnels en question.
<b>Équité</b>	Tout en offrant une gamme de SSC de base à l'ensemble des résidents, les prestataires visent également de façon particulière les individus, les familles et les communautés les plus exposés à un risque réel ou potentiel pour la santé.
<b>Focalisation sur la santé</b>	Bien que tout un continuum de services de santé primaires soit offert, les SSC mettent l'accent sur le maintien de la santé des individus, des familles et des communautés et sur la prise en compte des déterminants de la santé par l'intermédiaire d'une approche socio-écologique (voir le glossaire).
<b>Interdisciplinaire</b>	Les SSC sont assurés par des équipes de prestataires qui partagent des objectifs communs, déterminés par les besoins de l'individu et de la collectivité, et à la réalisation desquels chaque membre de l'équipe contribue, de manière coordonnée, selon ses compétences et ses aptitudes, et dans le respect des fonctions des autres (adapté de l'OMS, 1985 cité dans Abelson et Hutchison, 1994, p. 40).
<b>Intersectoriel</b>	Compte tenu que le système de santé formel n'est que l'un de plusieurs facteurs qui déterminent la santé des individus et de la population, les prestataires de SSC travaillent de concert avec les autres organisations communautaires à la détermination et à la résolution des problèmes de santé et des questions connexes.
<b>Axé sur la population</b>	Les SSC sont dispensés dans un territoire géographique ou à un sous-groupe précis de la population, ce qui suppose une planification et une évaluation des services axées sur la population.
<b>Souplesse</b>	Les SSC sont réceptifs aux besoins et aux préoccupations des individus, des familles et des communautés desservis et font activement intervenir les consommateurs et les citoyens dans la direction, la gestion et l'évaluation des services.

### 3.3 Services de santé communautaires « de base »

Les types de services fournis par les organisations de SSC peuvent être définis à partir d'un certain nombre de perspectives. Par exemple, les organisations de SSC peuvent catégoriser leurs services en fonction des dimensions sanitaires considérées, des problèmes en cause, des stratégies de service utilisées ou du type de prestataires, ou encore, comme on le voit le plus souvent, selon une combinaison de ces différents éléments.

**Dimensions de la santé et du bien-être** — Les prestataires de SSC préconisent un concept holistique de la santé, en vertu duquel toutes les dimensions de la personne qui concourent à la réalisation des ambitions et à la satisfaction des besoins entrent en ligne de compte. Ces dimensions sont d'ordre physique, mental, social et spirituel.

**Problèmes de santé** — Les SSC peuvent être articulés autour des problèmes qui posent des défis réels ou potentiels à la santé des individus, des familles et des communautés. Ces défis peuvent être associés aux stades de la vie (p. ex., la santé maternelle et infantile, la croissance et le développement sains, la santé des adolescents, la santé des adultes et la santé des personnes âgées), et/ou aux problèmes de santé qui suscitent le plus d'inquiétudes dans la communauté (p. ex., l'alcool et les drogues, le sida, la violence, les traumatismes, la nutrition, l'usage du tabac).

**Stratégies de service** — Les stratégies appliquées par les prestataires de SSC pour lutter contre les problèmes de santé peuvent être regroupées de la façon suivante :

**Promotion de la santé** — *processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci* (Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, 1986). Au nombre des types de stratégies de promotion de la santé qui peuvent être utilisées dans les programmes de SSC, mentionnons l'action sociale, le développement communautaire, l'éducation et l'élaboration de politiques publiques saines;

**Prévention** — *activités visant à prévenir la mortalité, la morbidité, l'invalidité ou le dysfonctionnement, ou à en enrayer la progression*. Parmi les diverses stratégies de prévention, mentionnons la prestation de services de soins préventifs (p. ex., l'immunisation et l'oestrogénothérapie de remplacement), la détection précoce des maladies (p. ex., le dépistage des troubles du développement et des cancers), les mesures d'intervention d'urgence (p. ex., les services d'écoute téléphonique en vue de prévenir les suicides), les mesures d'intervention auprès des jeunes enfants (p. ex., les programmes d'acquisition de compétences parentales, les programmes axés sur le développement des enfants à haut risque), l'éducation sanitaire et le counseling (p. ex., l'éducation nutritionnelle et l'éducation sexuelle), la surveillance de l'état de santé (p. ex., la surveillance des maladies transmissibles) et l'application des lois destinées à combattre la maladie (p. ex., l'inspection des établissements de restauration dans le cadre de la lutte contre les infections d'origine alimentaire);

**Services de soins curatifs primaires** — *activités visant à régler des problèmes de santé ou des états déterminés*. Il s'agit, entre autres, de différents services d'évaluation et de traitement des maladies aiguës ou chroniques, des services d'urgence qui peuvent être assurés sans danger dans le milieu communautaire et des services d'aiguillage des malades vers des établissements ou des prestataires spécialisés;

**Réadaptation** — *services visant à améliorer ou à maintenir la capacité des individus à fonctionner de façon aussi autonome que possible.* Différents types d'activités de réadaptation existent, notamment les activités d'évaluation, de traitement, d'éducation, d'aide psychologique et d'adaptation au milieu. Ces activités peuvent prendre place dans les secteurs de service suivants : physiothérapie, ergothérapie, pathologie du langage, audiologie, inhalothérapie et thérapie par le jeu;

**Soutien communautaire** — *types d'aide requise par des individus pour conserver leur autonomie, éviter d'être placés dans un établissement ou pour faire face à une maladie qui peut être dégénérante.* Au nombre des mesures de soutien communautaire qui facilitent l'autonomie et l'aptitude à « faire face », mentionnons la prestation de services de soutien à domicile (p. ex., les popotes roulantes et les services d'aide familiale), l'accès à des appareils fonctionnels (p. ex., fauteuils roulants, déambulateurs, prothèses auditives), les soins palliatifs (notamment l'appui aux membres de la famille et l'accès à des secours spirituels), les services de relève destinés aux prestataires informels de soins et les services d'adaptation des habitations pour les personnes ayant un handicap.

Ces stratégies de service peuvent s'adresser à des individus, des groupes ou des populations (voir le document du Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1994, pour une analyse des stratégies relatives à la santé de la population).

Outre les services susmentionnés, les SSC peuvent compter sur toute une gamme complémentaire de services cliniques et non cliniques, notamment des services de laboratoire, de pharmacie, d'imagerie diagnostique, d'administration et d'information. On assiste de plus en plus à l'intégration aux SSC de services parallèles comme les méthodes de ressourcement et de guérison selon la tradition autochtone, la massothérapie, l'acupuncture, etc., qui viennent se greffer à la panoplie des services plus conventionnels.

**Prestataires de services** — Les services susmentionnés peuvent être assurés par divers prestataires de services allant des personnes qui se soignent elles-mêmes, des bénévoles et des membres de la famille, aux prestataires formels dont le travail est rétribué. De nombreuses organisations de services de santé ont été de tout temps organisées selon les spécialités (soins infirmiers, médecine, réadaptation, pharmacie, etc.).

Pour comprendre les SSC, il est important de savoir que les prestataires de services perçoivent le client comme une personne évoluant dans un cadre familial et communautaire. Dans bien des cas, le prestataire s'intéresse tout autant à ce cadre familial et communautaire qu'à l'individu faisant l'objet de l'intervention. Par exemple, il pourrait être nécessaire de montrer à une personne âgée qui donne des soins la bonne façon de s'y prendre pour soulever le client. Sans une telle formation, la personne soignante pourrait se faire mal au dos et devenir elle-même une cliente du système, ce qui risque d'entraîner, en bout de ligne, l'hospitalisation du client initial.

Comme on l'a mentionné au début de la présente partie, les possibilités de configuration des services sont nombreuses. Il n'y a pas de convergence d'opinions sur la gamme des SSC de base auxquels les Canadiens devraient avoir accès. Toutefois, sur la base de l'examen des services dispensés dans les divers centres de SSC visités dans le cadre de la présente étude et de la déclaration d'Alma-Ata

(1978) de l'OMS sur les soins de santé primaires, il est possible de proposer une liste des services qui constituent le fondement d'un modèle complet et holistique de prestation de SSC. Ces services sont présentés ci-après en ordre alphabétique, sans que l'on ait tenu compte de leur importance relative :

- alimentation
- développement sain des enfants
- hygiène du milieu (en vue de garantir la salubrité des denrées alimentaires et de l'eau, la qualité de l'air et la prise de mesures d'assainissement de base)
- hygiène sexuelle et planification familiale
- lutte contre les maladies transmissibles (afin d'en limiter la propagation)
- mesures de soutien destinées à la communauté
- prévention et traitement des maladies communes et des traumatismes fréquents
- promotion de la santé, sans oublier le développement communautaire
- réadaptation
- santé dentaire
- santé mentale (en dehors des établissements)
- services psychosociaux (questions ne ressortissant pas au système judiciaire)
- services d'urgence (de base)
- soins à domicile, sans oublier les soins palliatifs
- soins prénatals et obstétricaux

À l'heure actuelle, peu de gouvernements canadiens fournissent tout l'éventail des services à partir d'une seule organisation ou d'un lieu unique.

Plusieurs facteurs doivent entrer en ligne de compte lorsque l'on envisage l'éventail et le mode d'organisation des services qui permettront de satisfaire le plus efficacement possible aux principes des SSC.

Les types de clientèles desservies peuvent être groupés en deux grandes catégories :

- a) les personnes dont l'état de santé est généralement bon, mais qui ont besoin, de manière épisodique, de services de promotion, de prévention et de soins curatifs pour demeurer en bonne santé,
- b) les clients qui ont des besoins importants (ou qui sont à risque élevé) et qui doivent faire l'objet de SSC plus spécialisés et (ou) ininterrompus.

On ne sait pas ce qui constitue une répartition correcte des ressources entre ces deux catégories de clientèles. Toutefois, il s'agit là d'une question importante pour des prestataires de SSC qui tenteraient d'offrir un large éventail de services de routine, tout en cherchant à combler par des mesures proactives les besoins sanitaires les plus importants de la collectivité.

En ce qui a trait aux deux catégories susmentionnées de clients, mais plus particulièrement la première (c'est-à-dire, les personnes à haut risque), il ne suffit pas de démontrer que les consommateurs ont accès à la gamme de services ci-dessus. Il est primordial que les services en question soit coordonnés et intégrés en fonction des individus et des familles. Cette coordination et cette continuité des soins sont facilitées par l'organisation des services selon des groupements logiques de clients présentant des besoins similaires (p. ex., les personnes âgées fragilisées).

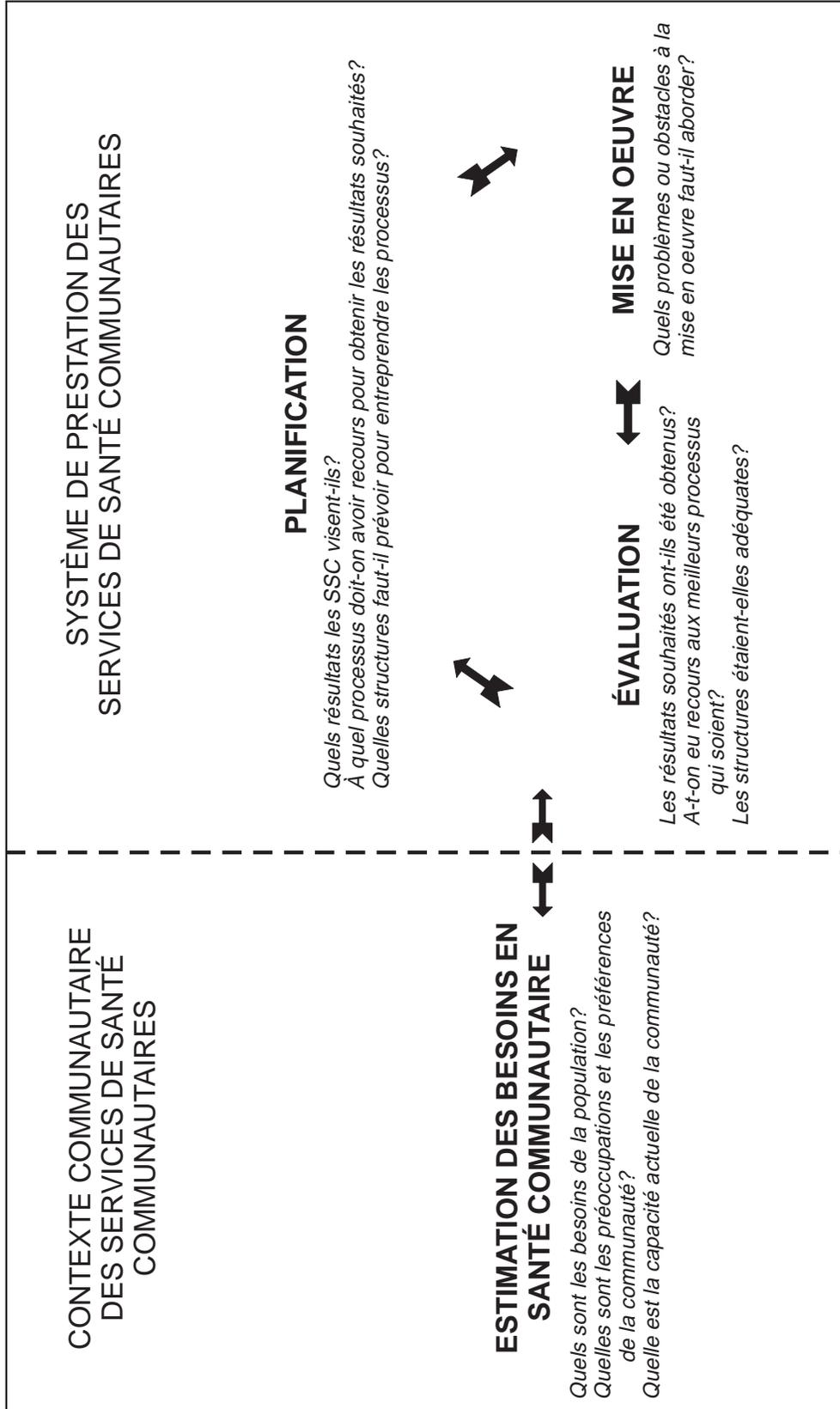
Le profil sanitaire de la communauté variera d'un secteur de compétence à l'autre. Par exemple, les types de problèmes de santé observés pourraient être liés à des facteurs comme le niveau socio-économique global de la communauté, son assise industrielle ou économique principale ou la nature urbaine ou rurale de la population desservie. L'importance relative accordée à chacun des services de base susmentionnés variera donc d'une organisation de SSC à l'autre. De même, d'autres services, si on l'estime nécessaire, pourraient être ajoutés à la liste, selon les besoins de santé identifiés dans chaque communauté.

## 4 CADRE DE RÉFÉRENCE

Le cadre que nous avons retenu pour la planification et l'évaluation des SSC repose sur les quatre étapes d'un processus continu de prise de décisions : l'estimation, la planification, la mise en oeuvre et l'évaluation. Ce processus, y compris les questions fondamentales à aborder à chaque étape, est décrit dans la Figure 1. Ce même cycle peut être appliqué à différents paliers du système de santé, c'est-à-dire au niveau provincial, territorial ou régional, ou encore, au niveau de l'organisation, des programmes ou des services. Le cadre de référence est principalement axé sur les questions préoccupantes au niveau provincial, territorial, régional ou organisationnel. Il ne traite pas de la planification et de l'évaluation des programmes.

En raison des importantes variations dans le transfert des responsabilités entre les instances canadiennes, il est impossible d'attribuer la responsabilité des questions relevées. C'est à chaque instance qu'il incombera de déterminer qui est le principal responsable de chaque élément précisé (c'est-à-dire, de déterminer à quel niveau la décision stratégique doit être prise ou qui doit traiter la question d'évaluation.

**FIGURE 1. CYCLE DE GESTION**



(Adapté de Saunders, L.D. et M.I. Wanke, 1995 et du Edmonton Health Information Network, 1995)

**Première étape : Estimation des besoins en santé communautaire** - Une estimation globale des besoins de la communauté comprend un examen et une analyse de l'état de santé de la population ainsi que des facteurs influant sur la santé, la façon dont la communauté perçoit les problèmes de santé prioritaires et ses préférences en ce qui concerne les services, ainsi que la capacité actuelle des ressources de la communauté d'aborder les problèmes cernés en matière de santé communautaire. Ce dernier facteur suppose un examen de la disponibilité et de l'utilisation des SSC et des services communautaires connexes, ainsi que des caractéristiques innées de la communauté (c'est-à-dire, l'âge et la stabilité de la communauté, la situation socio-économique).

**Deuxième étape : Planification** - Une fois la première étape terminée et les problèmes prioritaires cernés, les services sont conçus ou remaniés pour aborder ces problèmes. Au cours de cette deuxième étape, les buts, les objectifs et les plans d'action sont établis. Pour ce faire, il faut déterminer les résultats souhaités des services, les processus pertinents à adopter pour régler les problèmes prioritaires, et les structures nécessaires pour appuyer les processus retenus. C'est à cette étape que sont analysés les éléments d'orientation associés aux diverses lignes de conduite. Une autre activité importante de cette étape est l'établissement d'un plan pour l'évaluation de certains résultats, processus et structures bien précis.

**Troisième étape : Mise en oeuvre** - Cette troisième étape comprend la mise en oeuvre des plans d'action afin de réaliser les buts et les objectifs établis au cours de l'étape de la planification. La détermination en temps opportun des obstacles à la mise en oeuvre, ainsi que l'élaboration et l'adoption de stratégies pour surmonter ces obstacles, constituent une préoccupation particulière. À des fins d'évaluation future, les indicateurs déterminés au cours de l'étape de la planification sont surveillés de près tout au long de la mise en oeuvre des services.

**Quatrième étape : Évaluation** - Une fois mis en oeuvre, les SSC sont évalués, puis peaufinés dans le cadre d'un processus continu d'amélioration des services. Au cours de cette évaluation, on analyse la mesure dans laquelle le plan de travail retenu s'est révélé efficace, c'est-à-dire, si les résultats souhaités ont été obtenus, si les meilleurs processus qui soient ont été utilisés, et si les structures convenaient aux processus choisis.

Pour compléter le cycle, on tente d'évaluer l'apport des SSC quant aux répercussions positives sur l'état de santé plus général de la communauté. Toutefois, puisque le système de santé (dont font partie les SSC) ne représente qu'un facteur contributif aux améliorations de l'état de santé de la population, le recours aux déterminants de la santé et aux mesures de l'état de santé examinés dans le cadre du processus d'estimation pour évaluer la rendement du système de santé pose problème. La ligne pointillée de la Figure 1 représente le lien incomplet entre les activités de planification, de mise en oeuvre et d'évaluation des SSC et le contexte plus global dans lequel évoluent les organisations de SSC et sur lequel celles-ci espèrent influencer. Ces indicateurs de la santé de la population sont considérés davantage comme des mesures du rendement de la société dans son ensemble. Dans certains cas, il se peut qu'il existe un lien direct entre les SSC et un résultat au niveau de la santé de la population (p. ex., la lutte contre la rougeole par le truchement d'un programme d'immunisation). En pareils cas, l'évaluation directe de l'impact sur la santé de la population peut être entreprise. Un défi conjoint et constant que doivent relever le système de santé et d'autres secteurs sociétaux est la détermination de meilleures façons d'établir un lien entre des services particuliers et les mesures de l'état de santé de la population.

L'étape de la planification et celle de l'évaluation supposent, l'une et l'autre, l'étude des résultats, des processus et des structures des SSC (adapté de Donabedian, 1966) :

**Résultats** s'entend des *conséquences ou de l'impact des services*. Les résultats souhaités des SSC comprennent l'efficacité (p. ex., l'amélioration de l'état de santé, la satisfaction du consommateur), l'efficacité économique, l'équité et l'habilitation du consommateur.

**Processus** s'entend des *activités ou des démarches qui servent à obtenir les résultats visés*. Ces activités ou démarches peuvent être classées dans les processus de gestion et de prestation des services. Parmi les démarches jugées importantes pour les SSC, il convient de mentionner la prestation de services interdisciplinaires, la collaboration intersectorielle et les soins axés sur le client.

**Structures** s'entend des *divers liens et ressources nécessaires à la prestation des services*, ce qui comprend l'étude du type, de la combinaison et du perfectionnement des compétences des ressources humaines; les niveaux et les mécanismes de financement; le cadre législatif et les politiques; les structures de direction; et les exigences en matière de soutien de l'information.

Les buts et les indicateurs de mesure établis au cours de l'étape de la planification sont le reflet des questions d'évaluation et des indicateurs utilisés au cours de l'étape de l'évaluation. La Figure 2 donne un exemple de la façon dont les considérations relatives aux résultats, aux processus et aux structures sont incorporées aux étapes de la planification et de l'évaluation. Le présent document sert de modèle à partir duquel on peut choisir les buts possibles, les questions d'évaluation et les indicateurs pour les SSC (conformément aux colonnes un et deux). Chacun des secteurs de compétence devra établir les objectifs, plans d'action, questions d'évaluation particulières et plans d'évaluation correspondants (conformément aux colonnes trois et quatre).

Dans les chapitres qui suivent du présent document, chacune des étapes du cycle de gestion est présentée. En raison du mandat du projet, le document est surtout axé sur les étapes de la planification et de l'évaluation du cycle.

**FIGURE 2. RÉSULTATS, PROCESSUS ET STRUCTURES VISÉS PAR  
LES ÉTAPES DE LA PLANIFICATION ET DE L'ÉVALUATION**

	<b>BUTS</b>		<b>INDICATEURS</b>	<b>OBJECTIFS</b>	<b>PLAN D'ACTION</b>
<b>PLANIFICATION</b>	<b>Résultat</b>	<i>Efficacité des services</i> p. ex., les SSC permettent de réduire les risques pour la santé des individus, des familles et de la communauté	p. ex., amélioration constatée dans le comportement de prévention : - pratiques sexuelles sans risques	p. ex., d'ici 19_, la proportion des adolescents de 13 à 18 ans déclarant l'adoption de pratiques sexuelles sans risques passera à _ pour cent.	p. ex., 1. Déterminer les intervenants clés d'ici ____. 2. Élaborer un programme scolaire avec le personnel de l'école d'ici ____. 3. Mettre en oeuvre le programme d'ici ____.
	<b>Processus</b>	<i>Prestation des services</i> p. ex., les prestataires de SSC collaborent avec les autres organisations communautaires afin d'assurer la continuité et la complémentarité des services	p. ex., la perception des autres organisations communautaires concernant l'existence d'une collaboration et son efficacité	p. ex., d'ici 19_, _ pour cent des directeurs d'école indiqueront qu'ils sont satisfaits du niveau et de la qualité de la collaboration avec les prestataires de SSC.	p. ex., 1. Désigner une personne-ressource clé des SSC pour chaque école d'ici ____. 2. Établir des mécanismes de collaboration suivie d'ici ____.
	<b>Structure</b>	<i>Compétences des prestataires</i> p. ex., les prestataires de SSC ont les compétences nécessaires pour remplir leurs fonctions	p. ex., proportion de prestataires informels bien formés	p. ex., d'ici 19_, _ pour cent des enseignants assurant le programme de santé sexuelle auront participé à un cours de formation.	p. ex., 1. Élaborer un cours de formation à l'intention des enseignants d'ici ____. 2. Mettre en oeuvre le cours d'ici ____.
	<b>QUESTIONS D'ÉVALUATION</b>		<b>INDICATEURS</b>	<b>QUESTIONS PARTICULIÈRES</b>	<b>PLAN D'ÉVALUATION</b>
<b>ÉVALUATION</b>	<b>Résultat</b>	<i>Efficacité des services</i> p. ex., les SSC ont-ils permis de réduire les risques pour la santé des individus, des familles et des communautés?	p. ex., amélioration constatée dans le comportement de prévention : - pratiques sexuelles sans risques	p. ex., dans quelle proportion les adolescents de 13 à 18 ans déclarent-ils avoir adopté des pratiques sexuelles sans risques?	p. ex., 1. Concevoir le sondage d'ici ____. 2. Mener le sondage d'ici ____. 3. Analyser et faire connaître les résultats d'ici ____.
	<b>Processus</b>	<i>Prestation des services</i> p. ex., les SSC sont-ils assurés en collaboration avec d'autres organisations communautaires?	p. ex., perception des autres organisations communautaires concernant le niveau et la qualité de la collaboration	p. ex., dans quel pourcentage les directeurs d'école se disent-ils satisfaits du niveau et de la qualité de la collaboration?	p. ex., 1. Concevoir le sondage d'ici ____. 2. Mener le sondage d'ici ____. 3. Analyser et faire connaître les résultats d'ici ____.
	<b>Structure</b>	<i>Compétences des prestataires</i> p. ex., les prestataires informels possèdent-ils les compétences nécessaires pour les fonctions qui leur sont attribuées?	p. ex., proportion de prestataires informels bien formés	p. ex., dans quel pourcentage les enseignants assurant un programme de santé sexuelle ont-ils participé à un cours de formation?	p. ex., 1. Documenter la participation des enseignants aux cours de ____ à ____. 2. Analyser et faire connaître les résultats d'ici ____.

## 5 ESTIMATION DES BESOINS EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Avant de concevoir ou de remanier le système de prestation des SSC, il importe de bien comprendre les plus grands problèmes de santé de la communauté, car c'est ainsi que les décideurs pourront établir l'ordre des priorités devant faire l'objet d'une attention proactive. Les trois questions qu'il faut de poser à ce stade-ci, de même que les dimensions clés des informations nécessaires pour traiter chaque question, sont présentées ci-après. Une liste des indicateurs associés à ces dimensions de l'information et des sources possibles de données figurent à l'appendice B.

### 5.1 Quels sont les besoins de la population en matière de santé?

Trois dimensions de l'information sont importantes lorsqu'on tente de déterminer les besoins en matière de santé d'une population donnée : la composition démographique de la communauté, l'état de santé et les déterminants de la santé. Vous trouverez ci-après un système de classification et une terminologie qui vous faciliteront l'examen des besoins en matière de santé de la population (adaptation de Lightfoot, 1995) :

Les **données démographiques** sont celles qui décrivent la *structure et la dynamique de croissance de la population à l'étude*. Ces éléments influent à la fois sur l'état de santé de la communauté tout entière et sur la nature et l'importance des problèmes de santé qu'éprouvent ses membres. De plus, les données démographiques permettent d'étudier la variation de l'état de santé d'un groupe à l'autre et fournissent les dénominateurs pour la détermination des taux (p. ex., la mortalité).

L'**état de santé** est défini en termes généraux et comprend des dimensions physiques, mentales, sociales et spirituelles (voir Organisation mondiale de la Santé, 1994). Toutefois, il est important d'incorporer, dans la mesure du possible, les aspects positifs et négatifs de l'état de santé :

**Potentiel santé** s'entend des mesures visant la condition physique, la capacité de fonctionner et de s'adapter, la résilience, la capacité de relever des défis et l'ingéniosité;

**Aberrations de santé** s'entend des mesures de la mortalité, de la morbidité, de l'invalidité et de l'incapacité de fonctionner dans un rôle.

**Déterminants de la santé** s'entend des *mesures de la biologie humaine; des milieux physique, social, culturel et économique (y compris le système de prestation des services de santé); des comportements et des styles de vie; et de la politique publique*. À des fins de classification, les déterminants peuvent être classés par catégorie selon qu'ils sont individuels ou sociétaux. Toutefois, il est reconnu que nombre des comportements individuels ne sont pas une simple question de choix, mais qu'ils sont plutôt reliés à des facteurs sociétaux.

## 5.2 Quelles sont les préoccupations et les préférences de la communauté?

Deux dimensions de l'information sont jugées importantes : les préoccupations de la communauté en matière de santé et ses préférences en ce qui concerne les services. Il convient de souligner que ces éléments sont le reflet de perceptions subjectives des besoins.

**Préoccupations relatives à la santé** s'entend des perceptions du public concernant ses propres besoins en matière de santé et ceux de sa communauté.

**Préférences en matière de services** s'entend des perceptions de la communauté quant aux types et niveaux de services qui conviennent le mieux à ses préoccupations.

## 5.3 Quelle est la capacité de la communauté?

Un examen de la capacité de la communauté de régler les problèmes de santé cernés fournit d'importants renseignements pour la prochaine étape de la planification. Sont visées par cet examen les dimensions de l'information suivantes : les ressources humaines, en capital, techniques et financières; et la disponibilité et l'utilisation des services. Outre celle des SSC, la disponibilité d'autres ressources et services communautaires connexes est évaluée étant donné qu'il se peut que les problèmes cernés relèvent ou intéressent de nombreux organismes et ministères.

**Ressources humaines, en capital, techniques et financières** s'entend de *la disponibilité de prestataires de services, du capital, des soutiens techniques et du financement pouvant être orientés vers la résolution des problèmes relevés.*

**Disponibilité et l'utilisation des services** s'entend du *type et du niveau de SSC et des services connexes mis à la disposition de la communauté ainsi que des profils réels de consommation de SSC et de services connexes.* Les restrictions quant à l'accès aux services, à leur double emploi et aux lacunes s'y rattachant sont identifiées. Les profils d'utilisation des services, lorsqu'ils sont analysés en fonction de la situation socio-économique, de la race, du sexe et d'autres variables démographiques, fournissent d'utiles renseignements sur la mesure dans laquelle les services sont utilisés par les groupes cibles visés ou non.

Outre les points ci-dessus, certaines données démographiques peuvent être utilisées pour estimer la capacité de la communauté. Par exemple, les migrations, ainsi que l'âge et la structure de la communauté donnent des indications de la mesure dans laquelle la communauté peut se mobiliser pour régler les problèmes relevés. Les considérations géographiques comme la possibilité d'associer des modes de comportement particuliers en ce qui concerne l'accès aux services de santé et aux services connexes chez une communauté rurale, une communauté urbaine ou une communauté isolée.

## Discussion

Le principe de souplesse qui caractérise les SSC exige que la communauté soit perçue comme un partenaire dans la détermination des priorités des services. Le processus d'estimation des besoins suppose une communication bilatérale entre les prestataires de services (qui possèdent des connaissances spécialisées et peuvent effectuer une analyse et une intégration objectives des

données) et le public (dont les perspectives et les jugements de valeur sont essentiels à la sélection d'options concurrentes).

Cependant, une mise en garde s'impose. Il est important, dès le départ, de bien comprendre le niveau de connaissances de la communauté relativement aux problèmes de santé. Lorsqu'il existe des lacunes sur le plan des connaissances ou que les perceptions du risque pour la santé sont inexactes, c'est aux prestataires des SSC qu'il incombe de fournir des renseignements exacts au public. Lorsque les membres de la communauté sont au fait de la situation sanitaire de la population, des services existants et des avantages et inconvénients des solutions de rechange, ils sont plus susceptibles d'être en mesure d'offrir de judicieuses directives quant aux priorités des services et à leurs préférences en la matière.

Puisque les facteurs considérés lors de l'estimation des besoins en santé communautaire sont vastes, l'estimation par le système de SSC ne se fait habituellement pas de façon isolée. Elle suppose plutôt une entreprise communautaire à laquelle participent les membres d'autres organisations communautaires ainsi que le personnel de l'organisation des SSC. Qui plus est, les renseignements de l'estimation des besoins en santé communautaire font partie d'une base de données plus importante renfermant des renseignements courants qui sont utiles aux planificateurs et aux évaluateurs des organisations de santé institutionnelles et non gouvernementales et d'autres services des administrations municipales et provinciales.

## 6 PLANIFICATION

Une fois estimés les besoins en santé, les préoccupations et les capacités de la communauté, les décideurs des SSC doivent concevoir ou remanier leurs programmes et services de sorte à répondre aux besoins cernés. Pour ce faire, ils doivent déterminer les objectifs ou les résultats à réaliser, ce qui guidera le travail des prestataires de SSC.

Dans les sections 6.1 à 6.3, un certain nombre de résultats, de processus et de buts structurels sont proposés. En raison de l'orientation du présent projet, les questions intéressant les ressources humaines de la santé et l'aspect organisationnel cernées dans les études documentaires et au cours des visites sur le terrain sont mises en relief. Pris ensemble, ces buts résument les éléments jugés importants et souhaitables d'un solide système de SSC. C'est à chacune des instances qu'il incombera a) de confirmer les objectifs convenant à ses circonstances particulières et b) d'établir des objectifs et des plans d'action particuliers, de même que des cibles quantifiables et des délais d'exécution.

Outre les énoncés des buts, les constatations générales de la recherche documentaire et des visites sur le terrain de la présente étude sont présentées dans la mesure où elles ont trait aux éléments d'orientation importants du cycle de la planification. Pour des renseignements plus détaillés sur tout élément de planification ou élément d'orientation relevé, on invite le lecteur à consulter les documents d'accompagnement.

### 6.1 Quels résultats les SSC visent-ils?

Cinq résultats (quatre primaires et un intermédiaire) visés par les SSC sont énumérés et abordés ci-dessous. Ils s'inspirent des résultats le plus souvent associés aux SSC dans la documentation. Les voici :

- l'efficacité des services;
- l'efficacité économique;
- l'équité;
- l'habilitation de la communauté et du consommateur;
- la qualité de la vie au travail (résultat intermédiaire).

Exception faite de la qualité de la vie au travail, on a limité les résultats à ceux qui peuvent être exprimés en une *fin* en soi plutôt qu'en un *moyen* à cette fin. Ils sont considérés comme une fin parce qu'il a été possible de les associer à des valeurs sociétales sous-jacentes qui semblent les inspirer. C'est donc dire que les quatre premiers résultats sont perçus comme étant associés aux valeurs sous-jacentes de « qualité », d'« optimisation des ressources », d'« équité » et de « sentiment de maîtrise » respectivement (exprimés en langage de tous les jours plutôt qu'en langage de prestataires). Le résultat intermédiaire, soit la qualité de la vie au travail, est inclus à titre de résultat du fait que l'étude est axée sur la gestion des ressources humaines de santé.

Il est important de faire une distinction entre les mesures de l'état de santé et des déterminants de la santé examinées au cours de l'étape de l'estimation et celles utilisées dans les étapes de la planification et de l'évaluation. *Les indicateurs associés à l'étape de la planification sont directement reliés à la prestation des SSC. Ils intéressent spécifiquement les bénéficiaires des services plutôt que la population dans son ensemble.*

## **BUTS DES RÉSULTATS DES SERVICES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES**

### ***Efficacité des services :***

Les SSC permettent d'améliorer ou de maintenir l'**état de santé** des individus ou des groupes d'individus recevant des services

Les SSC permettent de réduire (ou de maintenir aux niveaux actuels) **les risques pour la santé** auxquels sont exposés les individus, les familles et la communauté

Les SSC permettent d'améliorer ou de maintenir la **capacité** des individus, des familles et des communautés de relever les défis qui se posent relativement à la santé

Les SSC sont **pertinents** pour la modification des circonstances propres aux individus, aux familles et aux communautés

Les consommateurs sont **satisfaits** des SSC

### ***Efficiences économique :***

Les SSC permettent de rationaliser les coûts du système de santé tout en obtenant des résultats positifs relativement à l'état de santé et à la satisfaction du consommateur

Au sein du système des SSC, les coûts sont minimisés par le choix des solutions de rechange aux services et aux prestataires les moins dispendieuses pour obtenir des résultats efficaces

Les SSC permettent de prévenir l'institutionnalisation inutile

### ***Équité :***

Les SSC sont universellement accessibles à tous les membres de la communauté

La possibilité d'accès aux SSC par les individus ou les familles ayant des besoins spéciaux est fonction de l'importance de leur besoin en santé ou de leur risque pour la santé

### ***Habilitation du consommateur et de la communauté :***

La communauté a le sentiment de contrôler et de posséder les SSC

Les consommateurs ont le contrôle sur les décisions touchant leurs services de santé personnels

Les consommateurs possèdent les connaissances nécessaires pour prendre les décisions appropriées au sujet de leurs propres services de santé et de la gestion des SSC

### ***Qualité de la vie au travail (but intermédiaire) :***

Les prestataires formels et informels de services ont un milieu de travail positif et éprouvent une satisfaction professionnelle

## Discussion

### **Premier résultat : Efficacité des services**

**Efficacité des services** s'entend de la *capacité des SSC de donner des résultats positifs chez les individus ou sous-groupes de population ciblés, grâce à des processus de services appropriés et acceptables*. Les buts visés par ce premier résultat comprennent cinq aspects clés : l'état de santé, le risque pour la santé, l'aptitude à la santé, la pertinence et la satisfaction du consommateur.

Les prestataires de SSC sont appelés à regarder au-delà de l'altération de la santé pour trouver des façons de maintenir ou d'améliorer la qualité de vie et le mieux-être. Tout en reconnaissant l'utilité des mesures traditionnelles des résultats relatifs à l'état de santé pour certains SSC (p. ex., la réduction de la mortalité, de la morbidité et de l'invalidité), l'augmentation du corpus de connaissances sur ce qui contribue à la santé et à l'altération de la santé nécessite l'inclusion des mesures des résultats dans le cas des services qui tentent d'influer sur les déterminants sous-tendants de la santé. De plus, les mesures qui visent les objectifs d'un fonctionnement et d'une adaptation améliorés sont importants. Par exemple, les programmes comme ceux qui portent sur les soins à domicile, la santé mentale, la réadaptation et les services sociaux s'efforcent souvent de maintenir ou d'améliorer la capacité des individus de vivre de façon aussi autonome que possible ou de venir à bout des problèmes de santé associés à un état de santé qui est permanent ou qui se détériore, et à de mauvaises conditions environnementales sociales ou physiques. Les mesures visant à saisir ces types de résultats ne sont généralement pas au point. Des buts concernant la réduction des risques et l'augmentation de la capacité ou de l'adaptation sont proposés afin de reconnaître ces importants résultats des SSC.

Puisque les individus et les communautés sont des entités dynamiques, il est important que les SSC abordent les besoins toujours changeants des individus, des familles et des communautés. Pour capturer cet aspect de l'efficacité des services, la pertinence a été retenue comme but afin d'assurer que les « bons services » sont offerts au « bon moment ». À titre d'exemple de cette considération, il convient de mentionner la réaction en temps opportun de l'organisation des SSC aux besoins physiques et psychosociaux des résidents à la suite d'incidents comme une inondation ou des épisodes de violence.

Le principe des SSC d'une collaboration intersectorielle reconnaît que, lorsqu'il s'agit d'obtenir des gains réels relativement à l'état de santé de la communauté, l'influence du système de santé est limitée à moins que les efforts des prestataires de services de santé ne soient conjugués à ceux des autres organisations communautaires et ministères gouvernementaux. Il est probable que certains des objectifs des SSC établis dans le cadre des buts ci-dessus s'alignent étroitement avec les objectifs des organismes communautaires connexes, chaque organisme définissant son apport projeté au but global.

### **Deuxième résultat : efficacité économique**

**Efficacité économique** s'entend de la *mesure dans laquelle on réduit au minimum les coûts tout en obtenant des résultats positifs relativement à la santé*.

La mesure de l'atteinte des buts fixés pour l'efficacité économique repose surtout sur l'évaluation économique. Drummond, Stoddart et Torrance (1987) définissent l'évaluation économique comme étant *l'analyse comparative de lignes de conduite de rechange en fonction de leurs coûts et de leurs*

*conséquences*. Ces auteurs traitent de quatre types d'analyse : l'analyse de la minimisation des coûts, l'analyse coût-efficacité, l'analyse coûts-avantages et l'analyse coût-utilité.

Toutefois, l'aptitude à effectuer des évaluations économiques officielles dépasse probablement les capacités et les ressources de chacune des organisations de SSC. De telles évaluations supposent de vastes initiatives de recherche. Cependant, ces organisations peuvent s'assurer qu'elles utilisent les processus de services efficaces sur le plan économique identifiés par le truchement d'évaluations officielles (et décrites dans la littérature) et que leurs coûts sont conformes à ceux d'autres organisations comparables (p. ex., les organisations de SSC de taille et de type de population comparables dans d'autres secteurs de compétence).

La prévention de l'institutionnalisation inutile constitue l'une des principales façons de réaliser l'efficacité relativement au système de soins de santé. Pour ce faire, il faut s'attacher à régler les problèmes avant que ceux-ci ne deviennent de grandes préoccupations et fournir un appui aux individus et aux familles aux prises avec des problèmes de santé afin que les malades puissent rester chez eux et dans leur communauté. Non seulement ce but est-il associé à l'efficacité économique, mais il est aussi étroitement lié aux résultats de l'efficacité (c'est-à-dire, la satisfaction du consommateur) et à l'habilitation du consommateur.

### ***Troisième résultat : l'équité***

Santé et Bien-être social Canada (1993) définit le terme **équité** de la façon qui suit : *l'impartialité ou la justice dans la distribution des ressources de santé ou des pouvoirs au sein du réseau de la santé, ou l'impartialité et la justice dans l'accès aux services de santé. L'accès équitable s'entend de la mesure dans laquelle des individus et des groupes peuvent recevoir des SSC adaptés à leurs besoins ou au risque.*

Les principes du besoin et de la justice, comme ils sont décrits par Beauchamp et Childress (1994), laissent supposer que même si les individus ayant des besoins égaux devraient être traités équitablement quant à la satisfaction de leurs besoins, il est jugé équitable de prévoir des niveaux d'accès différents ou une quantité différente de services pour les individus dont le niveau des besoins varie. Tout en garantissant l'accès universel à tous les résidents, les SSC tentent de réaliser l'équité en ciblant les individus et les groupes ayant les plus grands besoins en matière de santé. Grâce à une telle démarche proactive, des améliorations tangibles peuvent être apportées à la situation de la population dans son ensemble.

### ***Quatrième résultat : habilitation de la communauté et du consommateur***

**Habilitation de la communauté et du consommateur** s'entend de *la mesure dans laquelle la communauté participe aux décisions concernant la prestation des services et les consommateurs particuliers exercent un contrôle sur les décisions touchant leur santé.*

Le terme « habilitation » représente le sentiment de contrôle qu'ont les consommateurs et la communauté à l'égard des décisions touchant leur santé. Le rôle que doit jouer le système de santé pour contribuer à l'obtention de ce résultat est de permettre aux individus, aux familles et aux communautés d'acquérir les connaissances et les aptitudes nécessaires pour augmenter le contrôle qu'ils exercent sur leur santé.

Les buts énumérés sous ce résultat font la distinction entre deux rôles que doivent jouer les membres de la communauté relativement à la prestation des SSC - leur rôle et leur engagement collectifs en tant que contribuables et leur rôle en tant que bénéficiaires individuels de services. Les éléments d'orientation reliés à cet objectif de résultat comprennent des questions comme les suivantes :

Quel niveau et quel type de participation la communauté souhaite-t-elle relativement au processus de prise de décisions?

Comment l'organisation des SSC est-elle responsable devant la communauté?

Quel est le niveau de sensibilisation actuel des membres de la communauté en ce qui concerne leur état de santé individuel et collectif, les services existants, les options de service, et leur participation possible au processus de prise de décisions?

Les études documentaires entreprises dans le cadre de la présente étude laissent supposer qu'il s'agit de questions complexes. Il n'y a pas de réponse claire à la question visant à déterminer quel est le meilleur moyen d'assurer la responsabilisation et d'améliorer le contrôle par la communauté des modèles de prestation de services de santé communautaires. Il est recommandé d'accorder plus d'attention à la détermination des préférences des consommateurs en ce qui concerne la participation à la prise de décisions sur le système de prestation des services. Les auteurs des études visées par le présent document ont toutefois indiqué que les consommateurs ont un important rôle à jouer dans les décisions mettant en cause des choix de valeur entre les options de soins concurrentes.

Puisque la capacité de participer utilement au processus décisionnel est tributaire de la possession de connaissances suffisantes pour prendre des décisions judicieuses, l'acquisition des connaissances a été incluse comme but.

### ***Résultat intermédiaire : la qualité de la vie au travail***

**Qualité de la vie au travail** s'entend de *la mesure dans laquelle le bilan des aspects milieu de travail et satisfaction professionnelle est positif pour les prestataires de services de santé.*

La qualité de la vie au travail n'est pas un résultat ultime des SSC. Les autres résultats sont axés sur le consommateur, alors que celui-ci est axé sur le prestataire. Toutefois, puisque la satisfaction du prestataire quant à son milieu de travail constituera probablement un important facteur de l'atteinte des autres résultats et qu'une large place est faite aux ressources humaines de santé dans la présente étude, la qualité de la vie au travail est incluse à titre de résultat intermédiaire.

Il ressort de l'analyse documentaire de la présente étude, que de nombreux auteurs ont constaté que les praticiens oeuvrant dans les secteurs des soins à domicile et de la santé communautaire sont satisfaits de certains aspects de leur travail. Ils estiment que l'autonomie, la souplesse, la liberté de gérer leur travail et les contacts directs avec les clients constituent les aspects les plus enrichissants de leur emploi.

## 6.2 À quels processus les SSC devraient-ils avoir recours pour obtenir les résultats souhaités?

Les processus peuvent être définis comme étant les *activités ou les démarches employées par les SSC pour obtenir les résultats visés*. Ces processus sont classés dans deux catégories : les processus de gestion et les processus de prestation des services.

Dans la présente section, l'importance est accordée à ce que l'on pourrait considérer comme les buts les plus importants de la gestion et de la prestation des services des SSC. Ils représentent les questions jugées pertinentes et intéressantes pour les décideurs responsables de la gestion globale de ces services. De nombreuses initiatives canadiennes et internationales fournissent des lignes directrices pour la gestion ou la prestation des SSC (p. ex., *Australian Community Health Association*, 1993; Conseil canadien d'agrément des services de santé, 1995). Ces sources fournissent des renseignements détaillés à l'intention des gestionnaires et des cliniciens oeuvrant au sein des SSC et sont jugées comme des documents d'appoint.

### **BUTS DES PROCESSUS DES SERVICES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES**

#### ***Gestion :***

Les SSC sont gérés efficacement et de façon efficiente et stratégique  
Les SSC affichent une saine gestion financière

#### ***Prestation des services :***

le système de prestation des SSC comprend une gamme complète de services de prévention, de promotion, de soins curatifs primaires, de réadaptation et de soutien  
les SSC assurent le suivi des soins aux individus et aux familles  
les SSC sont coordonnés parmi des prestataires de services interdisciplinaires  
les prestataires de SSC collaborent avec les autres organisations communautaires pour assurer le suivi et la complémentarité des services  
les SSC sont axés sur le client  
les stratégies d'intervention et les options des SSC offertes aux clients s'inspirent des meilleures données disponibles

## Discussion

### ***Processus de gestion***

**Processus de gestion** s'entend de *la planification, de l'organisation, de la mise en oeuvre, de la surveillance et de l'évaluation des SSC*. Ouvrant dans un milieu économique où l'obligation de rendre compte constitue une préoccupation croissante, les organisations de SSC sont de plus en plus appelées à faire preuve d'une saine gestion des ressources humaines et financières.

Les résultats des analyses documentaires de la présente étude et des visites sur le terrain ont mis en relief l'importance primordiale d'un leadership vigoureux et visionnaire dans la réalisation des résultats souhaités des SSC. Une culture d'entreprise qui insiste sur la créativité, le travail d'équipe, la liberté de gérer son travail, la souplesse, le respect mutuel et la communication ouverte est non seulement perçue comme une culture qui améliore la qualité de la vie au travail, mais aussi considérée comme « la seule façon d'oeuvrer dans le domaine de la santé communautaire ». L'envergure et la complexité des questions abordées et le fait que la prestation des services est si fortement orientée sur le consommateur nécessitent un milieu de travail souple.

Une approche de gestion stratégique est jugée importante lorsque l'on tente de réaliser les résultats que sont l'équité et l'efficacité des services. Cette approche suppose le recours à un cadre de gestion proactif où les besoins de la communauté sont cernés, les buts et les objectifs établis, les plans exécutés efficacement et les services évalués. L'application d'un tel cadre devrait permettre de faire en sorte que les services soient axés sur les individus et les problèmes représentant les besoins les plus importants de la communauté en matière de santé.

### ***Processus de prestation des services***

**Processus de prestation des services** s'entend *des activités et des démarches utilisées par les prestataires de services pour satisfaire les besoins des individus, des familles et de la communauté en matière de santé*.

Les études documentaires et les entrevues au cours des visites sur le terrain ont permis de mettre en relief des démarches particulières importantes pour la réalisation des résultats des SSC. Conformément aux principes des SSC présentés plus tôt, elles comprenaient une approche de services interdisciplinaires et intersectoriels, le suivi des soins, une prestation des services axée sur le consommateur plutôt que sur le prestataire et une pratique reposant sur des preuves. En outre, la définition des SSC utilisée dans le présent document incorpore une gamme complète de services qui comprennent des stratégies de promotion, de prévention, de soins primaires curatifs, de réadaptation et de soutien.

L'Organisation mondiale de la santé donne la définition suivante de l'équipe des soins de santé primaires : *un groupe de personnes qui partage un but et des objectifs communs, déterminés par les besoins de la collectivité, à la réalisation desquels chaque membre de l'équipe contribue, de manière coordonnée, selon ses compétences et ses aptitudes, et dans le respect des fonctions des autres*. (OMS, 1985, citée dans Abelson et Hutchison, 1994, p. 40).

Il existe une quantité considérable de preuves empiriques selon lesquelles l'approche d'équipe interdisciplinaire constitue un outil utile et efficace pour assurer la qualité des soins offerts dans la communauté. La littérature examinée laisse supposer que les modèles intégrés et interdisciplinaires sont moins coûteux et plus rentables que des services comparables assurés par des prestataires de

services uniques et des prestataires d'établissements. Ce phénomène est particulièrement évident lorsqu'on compare le modèle organisationnel du centre de santé communautaire à l'exercice solo d'un médecin rémunéré à l'acte. Toutefois, le problème que pose le corpus de recherches à ce sujet est que celui-ci représente un concept plutôt mal défini d'une « équipe interdisciplinaire ». Ce qui constitue une équipe n'est pas clair, pas plus que ne l'est la façon dont une équipe oeuvrant dans un milieu communautaire diffère d'une équipe travaillant dans un bloc opératoire ou dans un cabinet de dentiste. Ce qui contribue effectivement à la réussite d'une approche d'équipe non plus n'est pas clair.

Les gestionnaires interrogés au cours des visites sur le terrain étaient d'avis que l'intégration interne, même si elle est souhaitable, n'est pas facilement réalisée. Il faut du temps pour élaborer des valeurs communes et pour créer et comprendre le même langage. Il semblerait que l'intégration interne soit facilitée par des contacts périodiques, par des structures de programmes plutôt que par des structures organisationnelles fonctionnelles, par la solution conjointe des problèmes et par la participation de tous les prestataires aux réunions du personnel.

En abordant la question de la coordination des services avec les organisations communautaires fournissant des services complémentaires, les personnes interrogées au cours des visites sur le terrain ont préconisé fortement la formation d'alliances avec les partenaires communautaires *naturels* lorsque les fonctions et les problèmes communs étaient évidents. L'intégration des services de santé et des services sociaux, des services de santé publique, des services de santé mentale, des soins à domicile et des soins médicaux primaires au sein du système communautaire a été jugée importante, alors que l'intégration des SSC avec le secteur institutionnel du système de santé était généralement perçue comme étant nuisible. La plus grande préoccupation exprimée au sujet de cette dernière forme d'intégration était la possibilité que le secteur communautaire soit absorbé par un paradigme « institutionnel » et forcé de s'y conformer, et partant, qu'il perde cette approche de promotion de la santé à la fois holistique et souple qui est nécessaire pour s'attaquer aux racines sociales et environnementales des problèmes de santé. Quoiqu'il en soit, des processus d'étroite liaison et d'aiguillage efficient entre les secteurs communautaires et institutionnels ont été préconisés.

Les personnes interrogées au cours des visites sur le terrain ont défini la prestation des services axée sur les clients de diverses façons : laisser les besoins des clients dicter les services requis au lieu d'invoquer d'autres considérations (comme la réduction du séjour), faire en sorte que le choix et le contrôle du malade soient intégrés au processus de prestation des services, et continuer à assurer un suivi aux clients (à l'opposé de l'approche de la rencontre unique habituellement utilisée dans les hôpitaux).

L'importance que joue la pratique reposant sur des preuves lorsqu'il s'agit d'assurer une prestation des services rentable est de plus en plus préconisée pour tous les prestataires du système de santé. Une initiative majeure particulièrement pertinente pour les médecins et les infirmières cliniciennes des SSC est le *Guide canadien de médecine clinique préventive* (Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique, 1994). Le fait d'exiger l'application de telles lignes directrices régissant la pratique aux activités quotidiennes des SSC est considéré comme un but essentiel de la prestation des services.

### **6.3 Quelles structures faut-il établir pour les SSC?**

Les structures nécessaires à la mise en oeuvre de SSC efficaces et efficients peuvent relever de divers paliers du système de santé. Par exemple, afin d'en arriver à une utilisation optimale des prestataires complémentaires, comme les infirmières cliniciennes et les sages-femmes, il faut mettre en place des mécanismes de réglementation qui permettent leur emploi et leur utilisation efficace. De tels mécanismes de réglementation constituent surtout une responsabilité provinciale ou territoriale. Par ailleurs, l'emploi effectif de ces prestataires parallèles est la responsabilité de chacune des organisations de SSC.

Les résultats de notre étude documentaire et les constatations des visites sur le terrain sont résumés brièvement ci-dessous. Ces constatations sont offertes à titre de guide visant à aider les décideurs des SSC à résoudre les éléments d'orientation intéressant les ressources humaines de la santé et l'organisation.

## **BUTS STRUCTURELS DES SERVICES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES**

### ***Aire de recrutement des services :***

Les organisations de SSC desservent une communauté identifiable, définie en fonction du territoire géographique ou d'un besoin commun

Les SSC sont aisément accessibles à la population desservie et aux sous-groupes ciblés

### ***Ressources humaines de santé :***

Les organisations de SSC utilisent et appuient les prestataires de services les plus rentables

### ***Compétences des prestataires :***

Les prestataires de SSC possèdent les compétences nécessaires pour remplir les fonctions qui leur sont confiées

### ***Réglementation professionnelle :***

La législation en vertu de laquelle les prestataires de SSC travaillent permet une gestion rentable des ressources humaines

### ***Financement :***

Les mécanismes de financement prévus pour les organisations de SSC facilitent l'utilisation rentable et ingénieuse de sommes disponibles pour les services de santé

Les mécanismes de financement prévus pour les prestataires de SSC facilitent l'utilisation la plus rentable et la plus ingénieuse possible des sommes disponibles

### ***Direction :***

La structure de direction assure une représentation et une participation adéquates de la communauté desservie dans l'élaboration, la mise en oeuvre et l'évaluation de la politique en matière de SSC

Le mandat des conseils de direction des SSC, comme il est énoncé dans les lois provinciales et territoriales, est clair

les membres du conseil de direction des SSC comprennent leur mandat légal et possèdent les compétences nécessaires pour régir efficacement leur organisation

### ***Structures organisationnelles :***

Les SSC sont structurés de sorte à faciliter des approches de prestation de services qui sont rentables et axées sur le consommateur

### ***Systèmes d'information :***

Des systèmes d'information qui facilitent la planification, la prestation, la surveillance et l'évaluation des SSC sont en place et sont utilisés

## Discussion

### ***Aire de recrutement des services***

L'**aire de recrutement** comprend la *définition de la population ou du secteur de compétence desservis, notamment des paramètres qui permettent de déterminer l'accessibilité des services.*

Les décideurs doivent s'attaquer à un certain nombre de questions clés :

Comment faut-il définir la « communauté »?

Comment faut-il déterminer les frontières?

Quel est l'aire de recrutement optimale à retenir si l'on veut maximiser l'efficacité et la réceptivité de la communauté?

Quels sont les mécanismes les plus appropriés à retenir pour assurer l'accessibilité à la communauté définie?

Notre étude documentaire et les résultats des visites sur le terrain donnent à penser qu'une communauté peut être définie en fonction du territoire géographique ou du besoin cerné. Une telle définition est perçue comme une exigence essentielle pour la planification et l'affectation des ressources en fonction d'une approche de la santé de la population et pour l'introduction de systèmes de paiement par capitation.

Les personnes interrogées au cours des visites sur le terrain soutenaient que les territoires géographiques des SSC devraient être définis en fonction a) des frontières naturelles (rivières, rues principales, etc.) qui déterminent la circulation naturelle des clients en quête de services, et b) du sentiment d'appartenance de la communauté et de ses associations avec une région. Le fait de prévoir que les frontières territoriales des SSC soient adjacentes aux frontières municipales a été perçu comme facilitant l'établissement de liens avec les hommes politiques et les planificateurs municipaux.

La littérature compte très peu de données applicables à la taille optimale des secteurs de compétence. Les entrevues menées au cours des visites sur le terrain ont fourni très peu de directives générales à ce sujet. La taille optimale de la population proposée se situait entre 20 000 et 150 000 habitants et reflétait les expériences et les perspectives particulières des gestionnaires en ce qui concerne les SSC. Il convient de mentionner que certains des endroits visités comptaient une population (ou un nombre d'adhérents inscrits des SSC) de moins de 10 000 membres. Des différences entre les régions urbaines et rurales ont aussi été constatées.

La plupart des personnes interrogées étaient en faveur de la prestation d'une vaste gamme de services par le truchement de petites administrations de sorte à maintenir une acception significative du terme « communauté ». La nécessité de maintenir l'équilibre entre la masse critique et un « ajustement » ou un sentiment naturel de communauté a été relevée, de même qu'une forte résistance à l'« institutionnalisation » des SSC par le truchement d'importantes structures bureaucratiques.

La possibilité d'avoir recours à une approche à paliers multiples a été présentée comme étant potentiellement viable. Dans ce modèle, les gouvernements provinciaux et territoriaux sont responsables de l'établissement des buts et des normes, de la définition des services généraux et du financement des autorités régionales. Il incomberait aux autorités régionales de déterminer les besoins et les services hautement prioritaires, de financer les organisations ou les centres de services moins importants, et de coordonner et d'évaluer le système de prestation. Les centres moins

importants sont chargés de la prestation ingénieuse et souple des services selon les paramètres établis aux deux autres paliers.

L'accès aux SSC peut être examiné sous un certain nombre de dimensions : physiques, culturelles, linguistiques, financières, ainsi qu'en fonction de la mesure dans laquelle les types et niveaux de services offerts sont conformes aux niveaux et aux types de besoins constatés. Dans le cadre des SSC, la question de l'accessibilité revêt une importance primordiale relativement à l'obtention du résultat de l'équité, de même qu'en ce qui concerne l'influence à exercer sur l'état de santé de la population en ciblant les services vers les personnes qui en ont le plus besoin. Il est souvent difficile d'atteindre les personnes ayant les plus grands besoins en raison d'obstacles culturels, linguistiques, sociaux et parfois physiques que doivent surmonter les prestataires de SSC. Ces questions d'accès peuvent varier considérablement d'une région à une autre du pays et entre les administrations rurales et urbaines.

### ***Ressources humaines de santé***

L'expression **ressources humaines de santé** englobe *tous les prestataires de services de santé sur lesquels on peut compter pour améliorer la santé des individus et des communautés.*

Un point de vue plus large se dessine lentement dans le domaine des ressources humaines de santé. L'Organisation mondiale de la santé n'a-t-elle pas déclaré, en 1990 : « *Par " ressources humaines pour la santé ", on entend toutes les personnes qui contribuent à la réalisation des objectifs du système de santé, qu'elles aient ou non une formation de type classique dans le domaine de la santé et qu'elles travaillent ou non dans le secteur structuré de la santé* » (p.52).

Dans le contexte des services de santé communautaires, le continuum des ressources humaines de santé peut être considéré comme comportant trois catégories principales : les personnes qui se soignent elles-mêmes, les prestataires de soins informels et les prestataires formels. La différence entre prestataire non formel et prestataire formel n'est pas nécessairement basée sur la formation ou la compétence. Le facteur distinctif le plus important est l'occupation d'un emploi rémunéré. Alors que les prestataires formels sont rémunérés pour leur travail, les prestataires informels fournissent leurs services à titre bénévole. Un autre facteur est la sanction juridique. Un bon nombre des professions de la santé sont reconnues juridiquement au moyen d'un permis d'exercice, d'un agrément ou d'une autorisation; les prestataires informels ne jouissent pas d'une telle reconnaissance. Dans la catégorie des prestataires formels, on trouve des spécialistes hautement qualifiés tout autant que des travailleurs ayant reçu une formation minimale sur place.

Pour les décideurs, la principale question de principe consiste à déterminer la combinaison la plus rentable de personnes se soignant elles-mêmes et de prestataires de services, formels et informels. Pour cela, il faut établir avec précision les rôles du prestataire et définir ce que seront la substitution, l'élargissement et la diversification à cet égard. Les organismes de SSC ont tout intérêt à incorporer judicieusement les initiatives personnelles (auto-soins) et les services de prestataires informels, de prestataires formels parallèles et de travailleurs polyvalents dans le modèle de prestation de service.

Les auto-soins et la prestation informelle de soins sont largement répandus. À mesure que les technologies médicales deviennent plus sophistiquées et que les consommateurs deviennent mieux informés, des particuliers peuvent de plus en plus accomplir des tâches liées aux soins de santé qui, auparavant, étaient exclusivement du ressort des prestataires formels en milieu institutionnel. D'après certaines des études examinées, les auto-soins et les soins informels seraient efficaces face

à divers problèmes de santé (p. ex., Ondrejka, 1983; Wiernikowski et Dawson, 1991; Wilson et coll. 1993). D'après d'autres études, du moment qu'ils reçoivent les instructions et la supervision appropriées, les prestataires de soins informels peuvent, dans certaines circonstances, assurer des services de counseling, d'éducation sanitaire, de promotion de la santé, de réadaptation et de soins à long terme aussi efficacement que les prestataires formels (p. ex., Casey, 1984; Wertz et coll., 1986). Étant, par définition, gratuits (tout au moins du point de vue du système de santé), les auto-soins et la prestation informelle de soins sont rentables tant qu'ils n'aggravent pas ou ne prolongent pas le problème de santé du bénéficiaire.

Pour ce qui est de la politique, il faut considérer également le type et l'ampleur du soutien officiel (p. ex., des gouvernements, du milieu des affaires, des organisations) nécessaire pour encourager ou soutenir les soins informels. Pour le prestataire informel, l'administration des soins exige souvent un excès d'efforts sur les plans physique, affectif, social et financier, particulièrement lorsque les soins sont donnés pendant une longue période ou qu'ils sont destinés à une personne souffrant d'un handicap ou d'un déficit cognitif grave. Faute d'un soutien adéquat, le prestataire informel peut être amené à cesser son activité de soignant ou à accepter de placer la personne à charge en institution (Jones et Salvage, 1992).

Les responsables des SSC doivent veiller au respect des différentes valeurs et attitudes présentes dans la société hétérogène d'aujourd'hui. Le recours à des travailleurs sanitaires du milieu s'est avéré un assez bon moyen de surmonter certains problèmes d'accessibilité aux services que rencontrent les minorités ethniques, linguistiques et culturelles et les habitants de communautés éloignées et isolées. En général, les travailleurs sanitaires du milieu sont des prestataires formels ou informels qui reçoivent une formation limitée et qui fournissent des services de santé à leurs pairs ou dans leur communauté. Ces personnes ont été désignées de différentes façons : travailleur des services d'approche de quartier, travailleur sanitaire auprès des pairs, conseiller issu du milieu, travailleur sanitaire de village, aide en santé communautaire, représentant de santé communautaire. Leurs rôles varient selon la situation et le programme et comprennent la défense des droits, l'habilitation de la communauté, les services d'approche, la promotion de la santé, la prévention et la prestation directe de soins (Pew Health Professions Commission, 1994).

Le recours à des prestataires parallèles comme les infirmières cliniciennes et les sages-femmes pour les soins primaires s'appuie sur des faits nombreux et solides (p. ex., Brown et Grimes, 1993; Giles et coll., 1992; Office of Technology Assessment, 1986; Record et coll., 1980; Reid et Morris, 1979). Il a été démontré, à maintes reprises et dans de nombreux secteurs, que les soins fournis par ces praticiens, en collaboration avec des médecins, sont sans danger, de haute qualité et rentables. De même, des infirmières ou des thérapeutes en santé dentaire ont été substitués à des dentistes pour administrer des services dentaires, et l'expérience a donné de bons résultats (p. ex., Abramowitz et Berg, 1973). Il existe également des preuves que la substitution des rôles peut compenser partiellement les effets de la pénurie de médecins dans certaines régions mal desservies, ce qui assure une répartition un peu plus équitable des services (Chambers et coll., 1977; Voltmann, 1975).

La diversification des rôles que permet la polyvalence gagne en popularité et la demande pour les praticiens compétents dans plus d'une discipline augmente. Il semble que les économies potentielles soient l'une des principales raisons d'avoir recours à des travailleurs polyvalents. Toutefois, jusqu'à présent, la documentation présente peu de résultats appuyant l'hypothèse que les polyvalents sont effectivement plus rentables que les prestataires classiques, particulièrement en milieu communautaire. De plus, il n'existe pas d'évaluation systématique et rigoureuse de la qualité des soins prodigués par les prestataires polyvalents.

Chaque secteur de SSC devra choisir la combinaison la plus appropriée de ressources humaines de santé d'après les données en main sur la rentabilité relative des divers types de prestataires, sur la gamme de services nécessaires pour satisfaire les besoins particuliers de la communauté et sur la disponibilité des prestataires.

### ***Aptitudes des prestataires***

L'expression **aptitudes des prestataires** vise *l'acquisition initiale et le perfectionnement continu des ressources humaines de santé.*

Les deux questions de principe les plus pertinentes sur les aptitudes des prestataires ont trait à la détermination du type d'aptitudes nécessaires pour l'administration des SSC et aux meilleurs moyens d'acquérir ces aptitudes.

La formation et le perfectionnement continu des ressources humaines de santé sont fonction de l'acquisition de connaissances, d'aptitudes et de compétences par ceux qui assurent la prestation des services de santé. Les ouvrages sur les effectifs de santé portent principalement sur la formation initiale et l'éducation continue des prestataires formels. Mais, comme nous l'avons déjà mentionné, les effectifs de santé ne consistent pas seulement en prestataires formels. Les personnes qui se soignent elles-mêmes et les prestataires informels sont tout aussi importants.

Les programmes de formation à l'auto-administration des soins se sont révélés efficaces pour les clients présentant des problèmes particuliers comme l'arthrite, l'asthme, le diabète, les infections des voies respiratoires supérieures et d'autres maladies chroniques (Glasgow et coll., 1992; Goepfing, 1989; Jenkinson, 1988; Mazzuca, 1982; Roberts, 1983). Il semble également que la formation à l'autogestion pourrait entraîner une réduction du recours aux soins ambulatoires (Vickery et coll., 1983). Cependant, les efforts consacrés à la recherche dans le domaine de l'enseignement aux patients sont très dispersés, car ils englobent aussi bien le changement des attitudes que la modification des comportements, les conseils aux jeunes enfants en bonne santé que l'instruction des personnes âgées malades, et la distribution de brochures promotionnelles autant que les méthodes classiques d'enseignement. Les résultats dépendent du mode ou de la technique d'information utilisés, du contenu du programme de formation et des personnes visées.

Si on considère les prestataires informels comme faisant partie du continuum des ressources humaines de santé, il faut leur donner la possibilité d'apprendre comment dispenser des services ou d'améliorer leurs habiletés. De nombreuses études et projets de démonstration ont prouvé que la formation peut motiver une personne à devenir un prestataire informel, ou aider un prestataire informel à améliorer la qualité des soins qu'il dispense ou à utiliser les services médicaux de façon plus appropriée (Casey et coll., 1984; Nicoletti et Flater, 1975; Seltzer et coll., 1992). Étant donné les différences dans les objectifs, la vaste gamme de méthodes de formation et la diversité des prestataires, il est évidemment difficile de produire un ensemble systématique et uniforme de résultats de recherche sur cette question.

Les prestataires formels sont, pour la plupart, formés pour travailler dans des établissements. Cependant, à cause du nombre croissant de services de santé passant au secteur communautaire, il faut donner aux prestataires formels une perspective plus vaste des soins de santé, les familiariser avec la prestation des services de santé en milieu communautaire et les préparer à travailler dans ce secteur. D'après notre recherche bibliographique, il faudrait probablement incorporer les domaines suivants dans la formation officielle des prestataires de services de santé : une vaste compréhension

de la santé et de ses éléments déterminants, l'expérience de la prestation des SSC, les méthodes de travail en équipe et l'accent mis sur la promotion, la prévention, et l'intervention précoce.

Pour réorienter les prestataires formels de manière qu'ils puissent travailler dans le secteur communautaire, on a recommandé différents changements : remanier les programmes d'études, sortir les classes et les sites de formation pratique des établissements et les installer en milieu communautaire, offrir des possibilités d'apprendre dans un milieu pluridisciplinaire et aider les prestataires en établissement à s'adapter aux changements qu'entraîne le transfert de leurs emplois dans les organismes communautaires.

D'après nos visites sur place, les qualités qui sont souhaitables chez les travailleurs des SSC ne sont pas forcément celles que l'on acquiert dans une classe, mais elles reflètent certaines attitudes, philosophies et caractéristiques personnelles. Citons notamment l'approche globale ou holistique, la connaissance approfondie de la manière dont fonctionne une communauté, la souplesse de caractère, l'autoresponsabilité, le bon sens et l'intuition, une disposition à la proactivité, de bonnes aptitudes aux relations interpersonnelles, des capacités en résolution des problèmes et le respect des autres. Ces caractéristiques étaient perçues comme étant aussi importantes, sinon plus, que les compétences techniques exigées des prestataires. Plusieurs ont fait remarquer qu'à cause de cela, le transfert de professionnels hautement qualifiés vers le secteur communautaire n'irait pas sans difficulté.

Un bon nombre des sites visités offraient une orientation initiale sur l'organisation des SSC, leur philosophie, leur mission et leur approche à l'égard de la prestation de services. Dans les cas où il est difficile de recruter du personnel qualifié, on peut engager des prestataires et les former systématiquement dans le cadre de modules ou de cours selon la formule d'auto-apprentissage ou dans le cadre de programmes structurés avec l'aide de l'organisation.

### ***Réglementation professionnelle***

L'expression **réglementation professionnelle** a trait *aux mesures législatives qui établissent les attributions de chacun, déterminent les conditions régissant l'entrée en exercice et l'exécution des fonctions, et précisent qui peut utiliser un titre donné.*

Dans chaque province et territoire, une question de principe essentielle se pose, à savoir quelle est la forme la plus appropriée de réglementation professionnelle. Étant donné que l'établissement, l'examen continu et la mise à jour des mesures législatives incombent aux administrations provinciales et territoriales, la réglementation professionnelle échappe au contrôle direct des organisations de SSC.

La documentation conventionnelle sur les ressources humaines de santé accorde peu d'attention à la réglementation professionnelle des effectifs, ce qui est étonnant car celle-ci peut avoir des répercussions majeures, directement ou indirectement, sur la disponibilité et la répartition des prestataires, ainsi que sur le coût, la disponibilité et la qualité des services, et les relations entre les groupes professionnels.

La réglementation professionnelle opère rarement isolément, particulièrement dans les soins de santé, lesquels constituent l'un des secteurs les plus réglementés de l'économie. Bien que ces mesures soient souvent justifiées par la nécessité de protéger la santé et la sécurité du public, certains ouvrages font état des conséquences négatives que peut avoir une réglementation inappropriée ou excessive (Conseil économique du Canada, 1981; Gaumer, 1984; Gross, 1984), à savoir la création

de monopoles professionnels, les obstacles à l'admission et à la mobilité, la rigidité de la structure professionnelle, l'utilisation inefficace des ressources humaines, l'augmentation des coûts des services, les pénuries de personnel, l'absence de responsabilisation et la répression des innovations.

Bien qu'une faible partie seulement de la recherche sur les dispositions législatives de réglementation professionnelle porte directement sur les services de santé communautaires, les répercussions de ces mesures ne doivent pas être négligées. L'administration des SSC se caractérise par une plus grande flexibilité dans l'utilisation des ressources humaines de santé; mais, les recherches connexes indiquent que l'évolution sera difficile à moins de changements majeurs dans le système de réglementation professionnelle. De nombreuses études ont révélé qu'une réglementation rigide entrave l'emploi de prestataires de services parallèles (Dean, 1973; Sekscenski et coll., 1994; Weston, 1980). En outre, selon certaines données, la réglementation professionnelle augmente les coûts des services. Lorsque les professions peuvent établir des conditions de pratique restrictives, le coût des services a tendance à augmenter et leur utilisation, à diminuer (Begun et Lippincott, 1980; Benham et Benham, 1975; Bond, 1983; Conrad et Emerson, 1981; Shepard, 1978). Il y a eu peu de recherche à ce sujet au Canada, aussi nous ignorons dans quelle mesure les observations faites ailleurs sont applicables ici.

### **Structures de financement**

L'expression **structures de financement** a trait aux *méthodes servant à financer des organisations et à rémunérer des prestataires de services*.

On peut distinguer deux aspects dans le financement : les méthodes d'affectation des fonds à des modes de prestation (c.-à-d. financement d'organisations et de programmes) et les méthodes de rémunération des prestataires dans ces organisations (voir Abelson et Hutchison, 1994).

La question de l'affectation appropriée des ressources financières aux organisations de SSC d'une province ou d'un territoire est directement liée à celle de l'équité (c.-à-d. à la distribution des ressources de manière à assurer la satisfaction des besoins les plus grands en matière de santé). D'après la documentation à cet égard, le déploiement des ressources à partir des gouvernements provinciaux et territoriaux vers les régions ou les secteurs plus petits est équitable lorsqu'il se base sur l'information concernant la population, les données démographiques et les besoins en matière de santé, et qu'il tient compte des considérations socio-économiques et environnementales (voir Birch et coll., 1993; ministère de la Santé de la C.-B., 1993). On note que les questions méthodologiques sur les mesures constituant les meilleurs indicateurs des besoins en santé constituent un sujet de discussion permanent.

Dans les ouvrages de recherche, une bonne partie des discussions sur la rémunération des prestataires a trait aux différences entre les modes de paiement, à l'acte ou autrement, en rapport avec l'utilisation des services, les résultats et les répercussions sur les coûts et la politique. Pour ce qui est des résultats en matière de services, certains faits semblent indiquer que les soins assurés par les médecins des centres de santé communautaires sont aussi bons, sinon meilleurs, que les soins fournis par les médecins rémunérés à l'acte (Battista et Spitzer, 1983; Renaud, 1980; Vohlonen, 1989). En particulier, il semble que les mécanismes de rémunération à l'acte constituent un élément dissuasif à l'égard de la prestation efficace de services de prévention et de promotion de la santé et qu'ils nuisent à l'établissement des priorités pour l'affectation des ressources, élément non négligeable si l'on veut rester équitable. Il semble également que les dispositions de rémunération autres qu'à l'acte sont génératrices d'efficacité économique pour le système de santé, largement à cause des

économies qu'entraîne le recours moins fréquent à l'hospitalisation (Angus et Manga, 1990; Birch, Lomas, Rachlis et Abelson, 1990; Crichton, Robertson, Gordon et Farrant, 1991; Manning et coll., 1984). Cependant, à cause des limites méthodologiques des études, on doit pour l'instant considérer ces conclusions avec circonspection.

### **Direction**

L'expression **direction** a trait aux *mécanismes par lesquels les communautés et les individus participent à la prise de décisions concernant l'organisation et la prestation des services de santé.*

Parmi les questions de principe qui ont trait à la direction des SSC, se pose celle de savoir qui dirigera l'organisation, quels seront les mécanismes de nomination appropriés, comment on réalisera la représentation de la communauté et quelles compétences devront avoir les membres du conseil d'administration. Malheureusement, il y a peu d'études empiriques comparatives évaluant les résultats des différents modèles de direction. La documentation consiste la plupart du temps en articles exprimant des opinions d'expert.

Les réformes du système de santé actuel ont, entre autres, pour objectifs de renforcer le rôle du consommateur dans la prise de décisions. Cependant, l'expression « participation des citoyens » n'est pas suffisamment claire. La signification du concept est différente selon les groupes ou les personnes. Il est possible de conceptualiser les différentes options relatives à la participation des citoyens à la direction selon un continuum dans lequel la participation relative des membres non professionnels de la communauté par opposition aux décideurs traditionnels (c.-à-d. les prestataires, les politiciens, les bureaucrates gouvernementaux, les administrateurs locaux) s'inscrit de la façon suivante :

- communication de l'information uniquement;
- consultation (tables rondes, commissions royales, forums publics, comités consultatifs);
- partage des pouvoirs (conseils de formulation des politiques et comités de planification mixtes);
- prise de décisions par des non-professionnels (transfert intégral de la prise de décisions à des non-professionnels).

La tendance actuelle qui vise à rehausser la participation des citoyens repose sur deux hypothèses fondamentales : premièrement, que les citoyens *veulent* participer et deuxièmement, que cette participation *améliore* la prise de décision. Il existe peu de données appuyant clairement l'une ou l'autre de ces hypothèses (Charles et Demaio, 1993; Saltman, 1994). Il semblerait plutôt que les citoyens préfèrent ne pas assumer de grandes responsabilités de prise de décisions, comme lorsqu'il s'agit de la répartition des ressources en services de santé.

D'après nos visites sur place, les types de décision auxquels les particuliers souhaitent participer sont directement liés à la mesure dans laquelle ces décisions les touchent. Ainsi, lorsqu'une personne reçoit un service particulier, elle est pleine d'ardeur pour participer à la prise de décisions. Lorsque les décisions portent sur la prestation de services de santé dans un quartier ou une communauté à laquelle la personne s'identifie fortement, celle-ci souhaitera beaucoup plus s'impliquer que lorsque les décisions sont prises à un niveau régional ou central, dont elle se sent moins près.

Pour ce qui est des mécanismes de nomination au conseil d'administration, les ouvrages n'indiquent pas de préférence clairement marquée. Bien que des élections générales soient souvent citées comme le moyen le plus démocratique d'assurer une obligation redditionnelle envers la communauté, la documentation fait état de plusieurs préoccupations à cet égard, notamment la possibilité d'une compétition destructrice entre les consommateurs et les groupes de prestataires ainsi qu'une tendance à la surreprésentation de participants instruits de classe moyenne, au détriment des autres groupes (Checkoway et Doyle, 1980; Eyles, 1993).

En plus de corroborer l'inquiétude concernant une représentation disproportionnée de l'« élite », nos visites sur le terrain ont donné à penser que, dans les cas où les nominations au conseil d'administration se faisaient par élection, la proportion réelle de membres de la communauté participant au processus était faible au point que l'on s'interroge sur le véritable niveau de responsabilisation de la communauté. L'influence induite de groupes d'intérêt et de groupes ou associations professionnels a été relevée comme étant un phénomène dont il faut se méfier.

Voici quelques types de représentation communautaire possible :

la représentation *politique officielle* par des élus;

la représentation *descriptive* reflétant les caractéristiques d'un groupe plus important (l'âge et le caractère ethnique ont servi d'exemples pour traiter les questions de représentation équitable des minorités visibles, mais on est amené à s'interroger sur les stéréotypes que cela entraîne et le genre d'intérêts communautaires qui doivent être représentés);

la représentation *substantielle* fondée sur l'intérêt personnel ou professionnel pour un ensemble défini de questions et liée à l'engagement de représenter les intérêts d'un groupe (les médecins ont traditionnellement été perçus comme des représentants indépendants, bien qu'une définition plus vaste de la santé mette ce rôle en question) (Eyles, 1993; Marmor et Morone, 1980).

Une des méthodes préconisées, est la sélection des membres du conseil parmi les organisations communautaires déjà existantes. Le lien entre ces organisations et un électorat défini selon des critères étroits peut entraîner une participation plus nombreuse que la sélection de candidats dans le cadre d'élections générales intéressant une circonscription plus diffuse (Marmor et Morone, 1980).

Pour être efficaces, les membres du conseil devraient, estimait-on, posséder certains types d'aptitudes, comme avoir une forte personnalité (orateur convaincant, politique habile), avoir de bonnes connexions, bien comprendre les intérêts des électeurs et s'engager à les défendre, être capable de mobiliser la circonscription quand c'est nécessaire et posséder une bonne connaissance des questions en jeu (Godbout, 1981; O'Neill, 1992; Marmor et Morone, 1980).

### **Structures organisationnelles**

L'expression **structures organisationnelles** a trait *au modèle de composition du personnel utilisé par l'organisation*.

Il existe trois options fondamentales pour l'organisation du personnel : une structure de programme (ou de produit) reflétant les types de personnes desservies, une structure fonctionnelle (se basant sur les disciplines fournissant le service), et une structure matricielle combinant la structure de

programme et la structure fonctionnelle (Draft, 1992). Les structures de programme servent souvent lorsque les « extrants » ou les services de l'organisation exigent beaucoup de collaboration de la part des prestataires de service. On préconise les structures fonctionnelles lorsqu'il est important d'avoir des services spécialisés avec des normes de qualité élevées. Les structures matricielles servent souvent dans un milieu extrêmement complexe exigeant à la fois la qualité et la coordination. Il n'est pas surprenant que de nombreux hôpitaux utilisent une forme d'organisation matricielle ou matricielle modifiée.

Dans les sites de SSC que nous avons visités, la structure organisationnelle la plus courante était la structure de programme. Dans certains cas, on employait une structure matricielle modifiée dans laquelle la reddition des comptes et la filière hiérarchique directes suivaient une structure de programme, mais où l'on employait des coordinateurs pour chaque discipline qui étaient chargés des questions particulières à celles-ci. On considérait que, pour mettre en oeuvre efficacement les stratégies de prestation des services souhaitées, il était important d'avoir une structure plutôt horizontale comportant peu d'échelons hiérarchiques et qui ne soit dominée par aucune discipline (c.-à-d., se servir d'un modèle socio-écologique plutôt que d'un modèle médical, réaliser l'intégration des services).

Quelle que soit la structure organisationnelle choisie pour la prestation des SSC, il semble essentiel a) que l'on réalise la continuité des soins, b) que l'on incorpore une méthode de travail en équipe, c) que la bureaucratie administrative ne nuise pas à la capacité des prestataires de services de première ligne de répondre promptement et de façon décisive à des situations qui évoluent rapidement.

### **Systemes d'information**

L'expression **systemes d'information** a trait aux *moyens de recueillir, d'extraire, d'enregistrer et d'analyser les données nécessaires à la rentabilité de la prestation des services.*

Les systemes d'information sont importants pour a) surveiller l'état de santé de la population, b) évaluer l'efficacité des services, c) veiller à ce que les processus liés aux services soient efficaces et efficaces. De plus, étant donné l'importance que l'on accorde à l'entraide, il est important que les organisations de SSC facilitent au consommateur l'accès à l'information sur la santé.

Un point particulièrement important du point de vue politique est la nécessité d'établir des liaisons de base de données

- a) dans toute la province ou tout le territoire,
- b) parmi les organismes et départements communautaires,
- c) parmi les prestataires de service.

Il faut beaucoup d'énergie et de ressources pour déterminer les mesures de l'état de santé, des déterminants de la santé et des services qu'il faut surveiller, et ensuite, pour mettre en oeuvre et tenir à jour des systemes d'information.

## 7 QUESTIONS DE MISE EN OEUVRE

L'Organisation panaméricaine de la santé et l'Organisation mondiale de la santé (1993) ont identifié les obstacles les plus fréquemment cités à la réalisation d'un système de soins de santé primaires. Ce sont :

l'orientation essentiellement curative des services de santé et de nombreux groupes professionnels;

l'insuffisance des ressources physiques et financières destinées aux activités de promotion et de protection de la santé et le fait qu'il n'y a pas assez d'équipes de base au niveau des soins primaires;

la réticence des groupes professionnels et des établissements du secteur envers l'adoption pleine et entière de la stratégie des soins de santé primaires, et le manque d'intérêt, de connaissance, de motivation et de bonne volonté de la part du personnel des soins de santé à l'égard de l'élaboration de ces stratégies;

la tendance à interpréter de façon étroite le concept des soins de santé primaires comme étant un programme unique ou un ensemble de programmes verticaux

dont les éléments sont développés séparément et de façon inégale;

le grand nombre d'établissements participant au secteur de la santé dans de nombreux pays, ce qui rend plus difficile la coordination intersectorielle et la formulation d'une définition conceptuelle et opérationnelle uniforme de la stratégie des soins de santé primaires;

le développement insuffisant de la participation de la communauté en tant qu'élément d'une stratégie de soins de santé primaires dans la majorité des pays. » (OPS et OMS, 1993, p. 13-14). (traduction)

Les obstacles à la mise en oeuvre des plans devant mener aux buts et aux objectifs fixés ou les éléments qui la facilitent varient d'un secteur de compétence à l'autre. Les stratégies de mise en oeuvre dépendront en grande partie des valeurs et des croyances des personnes habilitées à faire des changements, du climat politique et économique ambiant, et des processus habituels de prise de décisions. La documentation discute de plusieurs obstacles importants à la mise en oeuvre, et propose des solutions pour les surmonter. Il n'appartient pas à la présente étude de discuter plus avant de ces questions, car il y faudrait un autre examen complet et une autre discussion exhaustive. Chaque secteur de compétence devra déterminer les obstacles les plus courants à la mise en oeuvre du modèle souhaité de services de santé communautaires et élaborer ses propres stratégies pour surmonter ces obstacles.

## 8 QUESTIONS D'ÉVALUATION

Une fois mis en oeuvre les plans en vue des buts et des objectifs en matière de résultats, de processus et de structure des SSC, il est important d'évaluer l'atteinte de ces buts et objectifs.

Les questions d'évaluation contenues dans la présente section reflètent les buts présentés dans le processus de planification. Les trois grandes questions de l'évaluation sont les suivantes :

Les SSC ont-ils abouti aux résultats escomptés?

Les processus de gestion et de prestation des services ont-ils été les meilleurs possibles?

Les structures étaient-elles adéquates pour les tâches ciblées?

La présente section du document contient des questions d'évaluation types. Elle contient également des critères pour mesurer l'atteinte des buts fixés. On trouvera à l'appendice C des indicateurs plus spécifiques et des sources de données à cet égard ainsi que des niveaux de preuves pour l'utilisation des indicateurs. Pour chaque processus et structure, les indicateurs sont cotés selon qu'il existe un support empirique les liant aux résultats escomptés ou que la documentation les présente sous forme de postulat, d'après les entrevues réalisées au cours des visites sur le terrain ou les conclusions de l'équipe de recherche. Les critères et les indicateurs sont pertinents non seulement pour l'évaluation des SSC, mais aussi pour la sélection de processus et de structures dans la phase de planification.

**TABLEAU I QUESTIONS D'ÉVALUATION DES RÉSULTATS**

RÉSULTAT	QUESTIONS D'ÉVALUATION	CRITÈRES
<b>Efficacité des services</b>	Les SSC ont-ils permis d'améliorer ou de maintenir l' <b>état de santé</b> des individus ou des groupes qui ont reçu des services?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• amélioration ou maintien de la qualité de vie</li> <li>• hausse du niveau de fonctionnement</li> <li>• réduction de l'invalidité</li> <li>• réduction de la morbidité</li> <li>• réduction de la mortalité</li> </ul>
	Les SSC ont-ils permis de réduire (ou de maintenir) les niveaux existants de <b>risque pour la santé</b> , chez les individus, les familles et la communauté?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• amélioration des habitudes d'hygiène personnelle des bénéficiaires des services</li> <li>• amélioration du milieu physique des personnes visées ou de la communauté dans son ensemble</li> <li>• amélioration du milieu social des personnes visées ou de la communauté</li> </ul>
	Les SSC ont-ils permis de rehausser ou de maintenir la <b>capacité</b> des individus, des familles et de la communauté à faire face aux problèmes de santé?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• amélioration de la quantité et la qualité des ressources sociales à l'intention des individus et des familles desservis</li> <li>• amélioration de ce que le consommateur perçoit comme sa capacité ou son aptitude à s'adapter</li> <li>• hausse du niveau de connaissance en santé des bénéficiaires des services</li> <li>• hausse du niveau d'aptitudes en matière de santé manifesté par les bénéficiaires</li> </ul>
	Les SSC <b>correspondent-ils</b> aux besoins dynamiques de la communauté en matière de santé?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• présence et réponse rapide et appropriée des SSC en cas d'incidents imprévus dans la communauté et néfastes pour la santé</li> <li>• perception de la pertinence des services par le public et les autres organisations</li> </ul>
	Les consommateurs sont-ils <b>satisfaits</b> des SSC?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• satisfaction exprimée en ce qui a trait aux résultats, aux processus et aux structures des services</li> </ul>

TABLEAU I ~ (suite) QUESTIONS D'ÉVALUATION DES RÉSULTATS

RÉSULTAT	QUESTIONS D'ÉVALUATION	CRITÈRES
<b>Efficiene économique</b>	Les SSC ont-ils rationalisé les coûts du système de santé tout en obtenant, sur le plan de l'état de santé et de la satisfaction du consommateur, des résultats satisfaisants?	<ul style="list-style-type: none"> <li>résultats d'analyses économiques comparatives utilisation des processus les plus efficaces sur le plan économique</li> </ul>
	Est-on parvenu à réduire les coûts des SSC autant que possible tout en atteignant de bons résultats?	<ul style="list-style-type: none"> <li>absence de processus inutiles ou faisant double emploi</li> <li>comparaison des coûts avec ceux d'autres secteurs</li> </ul>
	Dans quelle mesure les SCC ont-ils permis d'éviter des hospitalisations inutiles?	<ul style="list-style-type: none"> <li>ampleur du phénomène d'hospitalisation inutile</li> </ul>
<b>Équité</b>	Les SSC sont-ils universellement à la disposition de tous les membres de la communauté?	<ul style="list-style-type: none"> <li>population couverte par les SSC</li> <li>absence de politiques et de pratiques limitant l'admission aux services et présence de politiques et de pratiques visant à en généraliser l'accès</li> </ul>
	Les individus et les groupes peuvent-ils avoir accès aux SSC selon leur niveau de besoin ou de risque pour la santé?	<ul style="list-style-type: none"> <li>proportion de ressources affectées aux services visant des groupes vulnérables</li> <li>temps d'attente pour l'évaluation et le traitement</li> </ul>

**TABLEAU I ~ (suite) QUESTIONS D'ÉVALUATION DES RÉSULTATS**

<b>RÉSULTAT</b>	<b>QUESTIONS D'ÉVALUATION</b>	<b>CRITÈRES</b>
<b>Habilitation du consommateur/de la communauté</b>	Dans quelle mesure la communauté se perçoit-elle comme contrôlant et possédant les SSC?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• participation de la communauté aux SSC</li> <li>• partenariat avec d'autres organisations communautaires</li> </ul>
	Les consommateurs de SSC contrôlent-ils la gestion de leurs services de santé personnels?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• perception des consommateurs sur la mesure dans laquelle ils contrôlent les décisions concernant les soins qui leur sont administrés</li> </ul>
	Les consommateurs/les membres de la communauté possèdent-ils des connaissances suffisantes pour prendre des décisions?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• degré de connaissances</li> </ul>
<b>Qualité de la vie au travail</b>	Les prestataires formels et informels de SSC se trouvent-ils dans un milieu de travail favorable et sont-ils satisfaits dans leur travail?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• satisfaction exprimée sur la qualité de la vie au travail</li> <li>• taux de roulement du personnel attribuable aux conditions de travail</li> <li>• services de relève nécessaires pour les prestataires informels</li> </ul>

**TABLEAU II QUESTIONS D'ÉVALUATION DES PROCESSUS**

<b>PROCESSUS</b>	<b>QUESTIONS D'ÉVALUATION</b>	<b>CRITÈRES</b>
<b>Gestion</b>	Les SSC sont-ils gérés avec efficacité et efficience?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• atteinte des buts et des objectifs</li> <li>• conformité aux normes et lignes directrices nationales et provinciales de santé communautaire</li> <li>• présence de systèmes de gestion efficaces (p. ex., orientation, évaluation du rendement, gestion du temps)</li> <li>• présence d'une culture et de pratiques de gestion positives</li> </ul>
	Les SSC sont-ils gérés de façon stratégique?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• preuve d'un processus exhaustif d'estimation des besoins</li> <li>• énoncés de vision et de mission</li> <li>• preuve d'un processus de planification régulier</li> <li>• preuve de la mise en oeuvre efficace du plan de travail</li> <li>• présence de politiques et d'autres mécanismes assurant l'utilisation de protocoles d'intervention appropriés</li> <li>• preuve d'une évaluation des services de santé</li> </ul>
	La gestion financière des SSC est-elle saine?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• fonctionnement dans les limites du budget</li> </ul>

**TABLEAU II ~ (suite) QUESTIONS D'ÉVALUATION DES PROCESSUS**

<b>PROCESSUS</b>	<b>QUESTIONS D'ÉVALUATION</b>	<b>CRITÈRES</b>
<b>Prestation des services</b>	Les SSC englobent-ils une gamme de services de promotion, de prévention, de soins primaires curatifs, de réadaptation et de soutien?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• preuve de l'existence d'une gamme de services « de base »</li> </ul>
	Les SSC assurent-ils la continuité des soins aux individus et aux familles?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• preuve que les soins de chaque personne sont gérés en tenant compte du moment et de l'endroit où les services seront administrés</li> </ul>
	Les SSC sont-ils coordonnés entre les prestataires de services de diverses disciplines?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• preuve que les SSC sont interdisciplinaires et coordonnés</li> </ul>
	Les prestataires de SSC collaborent-ils avec d'autres organisations communautaires de manière que les services se complètent et soient assurés de façon continue?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• preuve d'une collaboration efficace avec d'autres organisations</li> </ul>
	Les SSC sont-ils axés sur le client?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• preuve que les consommateurs ont accès à l'information</li> <li>• preuve d'une politique et d'une pratique de consentement éclairé</li> <li>• preuve que les consommateurs peuvent choisir leur prestataire de services</li> <li>• preuve que le consommateur participe activement à la gestion de ses propres soins</li> </ul>
	Les stratégies et options d'intervention des SSC sont-elles fondées sur les meilleures preuves en main?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• conformité des prestataires aux protocoles et aux lignes directrices d'administration efficace des soins</li> <li>• preuve de stratégies encourageant les auto-soins appropriés</li> </ul>

**TABLEAU III QUESTIONS D'ÉVALUATION CONCERNANT LA STRUCTURE**

<b>STRUCTURE</b>	<b>QUESTIONS D'ÉVALUATION</b>	<b>CRITÈRES</b>
<b>Aire de recrutement des services</b>	L'organisation des SSC sert-elle une « communauté » ou un sous-groupe défini selon un territoire ou des besoins communs?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• preuve que le secteur de compétence a été défini</li> </ul>
<b>Ressources humaines de santé</b>	Les SSC sont-ils accessibles à la population servie et aux sous-groupes cibles?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• preuve de l'accessibilité des services (p. ex., heures d'ouverture, listes d'attente, accessibilité physique, emplacement, proximité)</li> </ul>
	L'organisation des SSC fait-elle appel aux prestataires de service les plus rentables?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• preuve que les prestataires informels sont convenablement intégrés et appuyés</li> <li>• preuve que les prestataires formels et informels et les personnes qui se soignent elles-mêmes sont intégrés</li> <li>• preuve que les travailleurs du milieu sont convenablement intégrés et appuyés, lorsque les besoins du service le justifient</li> <li>• emploi de prestataires parallèles (p. ex., sages-femmes, infirmières cliniciennes)</li> <li>• preuve d'une intégration ou coordination efficace des prestataires formels et informels et des personnes qui se soignent elles-mêmes</li> </ul>
<b>Aptitudes des prestataires</b>	Les prestataires des SSC possèdent-ils les aptitudes nécessaires à la prestation de services de santé communautaires?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• preuve qu'il y a des services de formation et de soutien pour les prestataires informels</li> <li>• preuve que les prestataires formels reçoivent une orientation et une formation leur permettant de travailler dans un établissement de SSC</li> </ul>
<b>Réglementation professionnelle</b>	Les dispositions législatives provinciales et territoriales qui régissent les organisations de SSC permettent-elles une utilisation rentable des ressources humaines de santé?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• présence de conseils de réglementation compétents</li> <li>• présence d'une réglementation professionnelle appropriée</li> <li>• reconnaissance des prestataires parallèles</li> <li>• absence de restrictions inutiles</li> </ul>

<b>TABLEAU III ~ (suite) QUESTIONS D'ÉVALUATION CONCERNANT LA STRUCTURE</b>		
<b>STRUCTURE</b>	<b>QUESTIONS D'ÉVALUATION</b>	<b>CRITÈRES</b>
<b>Financement</b>	Le mode de financement des organisations de SSC facilite-t-il l'usage rentable et créatif des dollars consacrés aux services de santé?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mesure dans laquelle le mode de financement choisi s'est révélé le plus rentable, tout en assurant un accès équitable aux services</li> </ul>
	Le mode de financement des prestataires de SSC facilite-t-il l'usage le plus rentable et le plus créatif des dollars consacrés aux services de santé?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mesure dans laquelle le mode de remboursement des prestataires s'est révélé la solution la plus rentable et a permis d'éviter qu'il y ait trop ou trop peu de services</li> </ul>
<b>Direction</b>	La structure de direction assure-t-elle une représentation et une participation adéquates de la communauté servie au niveau de la création, la mise en oeuvre et l'évaluation des SSC?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• type de mécanisme de nomination du conseil</li> <li>• participation de la communauté à la prise de décisions</li> </ul>
	Le mandat du conseil d'administration des SSC est-il clair?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• présence d'un mandat provincial/territorial clairement défini dans la loi</li> </ul>
	Les membres du conseil d'administration des SSC comprennent-ils leur rôle et possèdent-ils les aptitudes nécessaires pour diriger efficacement l'organisation?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• compétence démontrée des membres du conseil</li> </ul>
<b>Organisation des services</b>	L'organisation des SSC est-elle structurée de manière à faciliter la prestation des services selon des méthodes rentables et axées sur le client?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• mesure dans laquelle la structure organisationnelle choisie facilite une démarche de travail en équipe intégrée et une réponse prompte aux problèmes</li> </ul>
<b>Systèmes d'information</b>	L'organisation des SSC utilise-t-elle des systèmes d'information facilitant la planification, la prestation, la surveillance et l'évaluation des SSC?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• présence de systèmes d'information efficaces</li> <li>• présence de bibliothèques de documentation et de bases de données</li> </ul>

## 9 APPLICATION DU CADRE DE RÉFÉRENCE

Dans la présente section, on trouvera les mesures générales qu'il faudra prendre à chaque étape du cycle de prise de décisions. Des provinces et territoires ont élaboré des lignes directrices détaillées pour une estimation des besoins de la communauté et des processus de planification et d'évaluation. Les étapes d'application qui suivent correspondent à des modalités généralement acceptées et devraient compléter les lignes directrices actuelles.

### 9.1 Estimation des besoins en santé communautaire

<b>ÉTAPES DE L'ESTIMATION DES BESOINS EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE</b>	
<b>1. Planifier l'estimation des besoins</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Définir la communauté ou la population sur laquelle porte l'estimation</li><li>Choisir des indicateurs pertinents (voir l'appendice B)</li><li>Déterminer les meilleures sources de données<ul style="list-style-type: none"><li>Choisir des intervenants</li></ul></li><li>Élaborer un plan de travail et définir les responsabilités</li><li>Mettre au point les méthodes de collecte des données (p. ex., enquêtes)</li></ul>
<b>2. Recueillir et analyser les données</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Recueillir les données à partir de sources choisies</li><li>Maintenir la participation des intervenants pendant toute cette étape</li><li>Déterminer les tendances temporelles, et les lacunes par rapport aux données d'autres secteurs de compétence</li><li>Déterminer un ordre de priorité d'après les besoins en matière de santé et les préoccupations de la communauté</li><li>Repérer les écarts et les chevauchements dans les services<ul style="list-style-type: none"><li>Comparer les ressources dont dispose la communauté en regard de ses besoins, préoccupations et préférences</li></ul></li></ul>
<b>3. Préparer des recommandations</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>Avec les intervenants, formuler des recommandations pour la réponse des SSC aux questions prioritaires</li></ul>

#### Commentaires

L'estimation des besoins devrait porter sur trois éléments : les besoins en santé de la population, les préoccupations et les préférences du consommateur, et la capacité de la communauté. L'appendice B constitue une liste d'indicateurs et de sources de données possibles.

Dans la mesure du possible, l'estimation devrait représenter une communauté plutôt qu'un système de santé (c.-à-d. que le processus d'estimation des besoins devrait être coordonné avec des activités semblables dans d'autres secteurs de la société).

Les données sur l'estimation des besoins servent à de nombreuses fins, notamment à la surveillance de programmes permanents (p.ex., surveillance des maladies transmissibles, des facteurs de risques environnementaux), ainsi qu'à l'analyse périodique de l'état de santé de la population (p. ex., tous les trois ans) qui peut se faire dans le cadre du processus d'estimation des besoins en santé communautaire.

La préparation des recommandations représente le fruit du processus d'estimation des besoins et elle sert de point de départ pour la planification des SSC. Les résultats de l'estimation des besoins peuvent également être comparés aux résultats des estimations précédentes afin de déterminer si des progrès ont été accomplis dans les secteurs ciblés.

## 9.2 Planification

<b>ÉTAPES DE PLANIFICATION DES SCC</b>	
<b>1. Établir les buts</b>	<p>Examiner les résultats du processus d'estimation des besoins en santé communautaire</p> <p>Confirmer la priorité des questions de santé</p> <p>Établir des buts en rapport avec les résultats escomptés, les processus et la structure</p> <p>Choisir les indicateurs appropriés pour déterminer l'atteinte des buts (voir l'appendice C)</p>
<b>2. Déterminer des objectifs mesurables</b>	<p>Pour chaque but sélectionné :</p> <p>Fixer des objectifs particuliers par secteur de programme ou de service</p> <p>Fixer des cibles de rendement</p> <p>Établir des délais d'atteinte des objectifs</p>
<b>3. Élaborer un plan de travail</b>	<p>Déterminer les étapes nécessaires pour atteindre les objectifs souhaités</p> <p>Déterminer les ressources et les liens nécessaires</p> <p>Déterminer les délais pour chaque étape</p> <p>Attribuer les responsabilités</p> <p>Consigner les attentes dans le plan de travail écrit</p>
<b>4. Planifier l'évaluation</b>	<p>Déterminer les questions les plus importantes pour évaluer l'atteinte des buts et des objectifs</p> <p>Relever les indicateurs les plus appropriés en rapport avec les questions d'évaluation</p> <p>Reconnaître les sources de données les plus appropriées pour entreprendre les mesures</p> <p>Déterminer les éléments de données nécessaires qu'il faut surveiller au cours de la mise en oeuvre du programme ou du service</p>

## Commentaires

Les buts étant essentiellement des énoncés des résultats escomptés, ils resteront généralement pertinents plus longtemps que les objectifs précis fixés pour les atteindre. Une fois établis, ces buts devront être revus et mis à jour régulièrement (p. ex., tous les trois ans). De plus, les progrès en vue de l'atteinte de ces buts devront être surveillés régulièrement.

Des objectifs mesurables sont établis en fonction des programmes particuliers déjà en place ou qui sont mis en place pour les atteindre. Les indicateurs de résultats, de processus et de structure dont la liste se trouve à l'appendice C offrent un modèle d'indicateurs types qui peuvent accompagner les buts sélectionnés des SSC. Les indicateurs devront être définis avec plus de précision selon la question de santé à laquelle ils se rapportent. Par exemple, l'indicateur *pourcentage d'individus dans le programme/service pour lesquels il y a réduction significative de la morbidité* devra être précisé selon le service en question. Il faudra établir la réduction réelle de pourcentage souhaitée et déterminer ce qui constitue une réduction « significative ».

Étant donné le problème inhérent à la généralisation des constatations des études actuelles dans lesquelles entrent des dimensions organisationnelles et de ressources humaines, les décideurs devront estimer le caractère approprié, à l'échelon local, d'un processus ou d'une intervention structurelle dont l'efficacité a été prouvée ailleurs.

Il est important que le public et les intervenants clés de la communauté participent au processus de planification.

### 9.3 Mise en oeuvre

<b>ÉTAPES DE LA MISE EN OEUVRE</b>	
1.	Reconnaître les obstacles à la mise en oeuvre et les éléments facilitants  Reconnaître les obstacles à la mise en oeuvre et les éléments facilitants signalés par d'autres Reconnaître les obstacles et les éléments facilitants particuliers à son propre secteur de compétence
2.	Déterminer les stratégies de mise en oeuvre  Reconnaître et analyser les diverses mesures qui permettraient de surmonter les obstacles et d'intégrer les éléments facilitants Choisir les stratégies de gestion du processus de changement
3.	Mettre en oeuvre le plan de travail  Utiliser les structures nécessaires (ressources et liens) ou les élaborer Gérer les ressources humaines et financières en vue de la réalisation des objectifs énoncés Communiquer les problèmes et les progrès au public

## Commentaires

Les ouvrages contiennent de l'information sur les meilleures manières de gérer le processus de changement (p. ex., voir Eisenberg, 1986 sur ce qui influence le comportement du médecin). Cela peut aider à planifier des manières de surmonter les obstacles et de faciliter la mise en oeuvre.

### 9.4 Évaluation

L'évaluation des SCC peut se faire à différents niveaux. Par exemple, un gouvernement provincial/territorial ou une autorité sanitaire régionale peut envisager d'évaluer le système de prestation des SSC dans son ensemble. De plus, des organisations ou programmes précis de SSC souhaitent évaluer leurs propres services. À tous les niveaux, une évaluation se fonde généralement sur les buts et les objectifs prédéterminés au cours des phases de planification et de conception (c.-à-d. qu'il est difficile d'évaluer dans quelle mesure les résultats ont été atteints si l'on ne connaît pas exactement les résultats escomptés). Cependant, il est possible d'amorcer le cycle de gestion à l'étape du processus d'évaluation en choisissant les questions d'évaluation les plus pertinentes, à un moment donné, à l'égard du secteur de compétence étudié.

<b>ÉTAPES D'ÉVALUATION</b>	
<b>1. Planifier l'évaluation</b>	Déterminer et choisir des intervenants qui participeront à l'évaluation Choisir les questions d'évaluation les plus pertinentes Choisir les critères et les indicateurs les plus appropriés Déterminer quelles sont les sources de données les plus pertinentes pour obtenir les données recherchées Concevoir des méthodes de collecte et d'analyse des données Étayer le plan de travail par des documents Déterminer les ressources nécessaires et les obtenir
<b>2. Mener l'évaluation</b>	Recueillir les données à partir de sources choisies Analyser les données Comparer les résultats avec les cibles, les normes ou les repères prédéterminés Relier les résultats de l'évaluation aux indicateurs de l'état de santé de la population, lorsque c'est possible
<b>3. Préparer des recommandations</b>	Formuler des recommandations concernant la poursuite, l'interruption ou l'ajustement des programmes et des services, d'après les résultats de l'évaluation

## Commentaires

L'évaluation peut se concentrer sur les résultats, les processus ou les structures de la prestation des SSC. Les questions d'évaluation, les critères et les indicateurs se trouvent dans le présent document et à l'appendice C.

Dans la phase d'évaluation, on évalue l'atteinte des résultats escomptés. Ce n'est pas la même chose que les études de recherche qui visent à déterminer l'efficacité des diverses possibilités d'intervention comme les études sur échantillon aléatoire et contrôlé).

Tous les secteurs de services de santé s'efforcent d'être davantage axés sur les résultats. Les indicateurs concernant les processus et la structure compris dans le présent document ont été choisis après examen de la preuve de leur association avec les cinq résultats de SSC établis. Donc, là où des processus et des structures sont solidement étayés, il est bon d'évaluer la mesure dans laquelle les SSC les ont incorporés et de surveiller les résultats escomptés. Dans ces cas, il n'est pas justifié de recommencer les études d'efficacité (p. ex., études par échantillon aléatoire et contrôlé) sur des sujets comparables.

Les types d'évaluation peuvent aller de l'initiative de recherche formelle à la collecte et à l'analyse non formelle de données, selon la question d'évaluation en cause et les ressources disponibles. On s'efforcera de faire l'évaluation la plus rigoureuse possible avec les ressources en main.

## 10 CONCLUSION

Bien que les décideurs aient depuis longtemps reconnu l'intérêt d'un meilleur équilibre dans les efforts consacrés aux secteurs institutionnels et communautaires du système de santé, et qu'ils aient recommandé des efforts en ce sens, peu de choses permettent de penser que cet équilibre s'est vraiment réalisé. Dans la plupart des provinces, les services de santé communautaires restent une série fragmentée de services marginaux au lieu d'offrir une alternative intéressante, cohérente et complémentaire aux soins en établissement. Même dans les provinces qui ont mis à l'essai des modèles intégrés et complets de services en milieu communautaire, les sommes consacrées à ces modèles ne représentent encore qu'une fraction des sommes affectées au secteur institutionnel.

Il est difficile de dire à quel moment un modèle existant de prestation de services intègre vraiment le concept et les principes d'un système communautaire *substantiel* de prestation de services de santé, comme énoncé par l'Organisation mondiale de la santé dans sa définition des *soins de santé primaires*. L'étude n'avait pas pour objet d'évaluer différents modèles de prestation de services communautaires (p. ex., les centres de soins communautaires, les centres locaux de services communautaires (CLSC) et les organisations de soins de santé intégrés (HMO)), mais plutôt d'élaborer un cadre de référence pour ce genre d'évaluations. Comme les études antérieures avaient mis en évidence des variations extrêmes à l'intérieur d'un même modèle, nous avons convenu de déterminer les dimensions pertinentes des modèles (c'est-à-dire, les *modalités*) jugées les plus appropriées pour parvenir aux résultats désirés. Par conséquent, les modalités relatives aux ressources humaines de santé et à l'organisation, comme les rôles des prestataires, la gestion des effectifs sanitaires, la direction, les méthodes de prestation des services et les modèles de financement, ont été incorporées au cadre de référence.

Toutefois, à partir du moment où les caractéristiques souhaitables des modèles communautaires de prestation des services sont établies, il est possible de tenter des comparaisons entre des modèles parallèles. Par exemple, certains modèles examinés au cours de l'étude se rapprochent étroitement du concept des services de santé communautaires défini et prôné dans le présent cadre de référence (p. ex., les CLSC), tandis que d'autres modèles ne possèdent que quelques-unes des caractéristiques désirées (p. ex., les modèles qui ont une aire de recrutement définie, dans laquelle la prestation des services est dominée par des prestataires à discipline unique travaillant sous un régime de rémunération par capitation). Ces derniers modèles, bien que pouvant constituer un sous-ensemble d'un système communautaire de prestation de services de santé, ne possèdent pas les caractéristiques d'intégralité et de cohésion à un degré aussi poussé que le système substantiel défendu dans le présent document.

Le cadre de référence établit les principales orientations qui suivent à l'égard des services de santé communautaires au Canada :

*i.* **Des services de santé communautaires qui soient complets, intégrés et substantiels.**

Afin de réaliser la vision de l'Organisation mondiale de la santé de services de santé communautaires qui soient la « cheville ouvrière et le foyer principal » du système de santé, il est nécessaire de reconnaître à quel point les approches et les objectifs des secteurs institutionnel et communautaire sont différents, tout en étant complémentaires. Le secteur des services communautaires tire sa force de son approche holistique et sociale à l'égard des besoins de la population et des individus en matière de santé, et de l'importance qu'il accorde

à la collaboration avec les partenaires naturels de la communauté face aux déterminants fondamentaux de la santé. Par contraste, la force du secteur institutionnel réside dans le développement et la mise en oeuvre de solutions technologiques spécialisées à des problèmes de santé particuliers. Pour que le système de santé devienne plus efficace dans son ensemble, nous proposons que les deux secteurs en question se voient accorder un statut égal et complémentaire vis-à-vis de la nature multi-dimensionnelle des problèmes de santé de notre société.

Depuis des années, la population de la plupart des régions du Canada bénéficie de services de santé communautaires, qui lui sont offerts par l'intermédiaire d'un ensemble complexe et disparate d'organisations et de programmes, au nombre desquels figurent les organismes ou les ministères responsables de la santé publique, les programmes de soins à domicile, les cliniques de soins médicaux primaires, les organismes de services sociaux, les départements responsables de la santé mentale et les diverses formes de centres de santé communautaire répartis dans le pays. La coordination entre les différents prestataires de services est souvent déficiente, ce qui laisse le consommateur seul devant une multitude de mécanismes d'aiguillage, de prestataires de services et de centres de soins. En outre, certains services de santé communautaires ne sont pas dispensés de façon uniforme sur l'ensemble d'une province ou d'un territoire donné.

Le concept préconisé dans le cadre de référence implique une plus grande exhaustivité et une intégration plus poussée de services de santé communautaires offerts aux consommateurs dans des centres de quartier faciles d'accès. De même, le système des SSC devrait couvrir l'ensemble de la province ou du territoire.

ii. **En ce qui concerne l'organisation et les ressources humaines, application d'approches qui contribuent aux résultats visés par les services de santé communautaires.**

Les recherches documentaires et les visites des différents programmes et organisations ont démontré que nos façons de conceptualiser et de dispenser les services de santé communautaires sont perfectibles. Bien qu'aucun modèle canadien de prestation ne soit recommandé pour l'ensemble des régions, nous croyons que, pour obtenir les résultats attendus d'un modèle complet, intégré et substantiel de prestation des services de santé communautaires, le modèle souhaitable devrait posséder les treize caractéristiques suivantes en matière de ressources humaines et d'organisation :

une **définition claire** de la «communauté», fondée sur le territoire géographique ou les besoins communs;

une **gamme complète de services coordonnés de promotion de la santé, de prévention, de soins curatifs primaires, de réadaptation et de soutien communautaire** visant à combler les besoins permanents de la communauté en question et les besoins particuliers des clientèles à haut risque et vulnérables;

des **équipes intégrées, interdisciplinaires et polyvalentes de prestataires** assurant une coordination des cas pour chaque client ou famille ayant des besoins aigus;

des prestataires de services et des stratégies d'intervention **choisis par la clientèle**;

un **financement des organismes de service fondé sur la population** et adapté aux besoins en matière de santé;

**la rémunération** des prestataires de services **non fondée sur l'acte**;

l'instauration d'un **partenariat entre les consommateurs et les prestataires de services** pour la planification, l'application et l'évaluation du système de prestation des services de santé (c'est-à-dire, participation plus que symbolique des consommateurs aux prises de décision);

un **partenariat efficace avec d'autres organisations communautaires** pour veiller à ce que des mesures soient prises à l'égard des déterminants sociaux et physiques de la santé et à ce que les services de santé servent de prolongement et de complément aux autres services communautaires;

un continuum de ressources humaines prévoyant le recours aux **auto-soins et aux prestataires formels et informels de services**, ainsi que des mesures de soutien adéquates;

le recours aux **prestataires de services de santé les plus efficaces et les plus rentables sur le plan économique**;

des **mesures de formation et d'éducation** à l'intention des prestataires de services de santé (auto-soins, prestataires formels et prestataires informels) qui concordent avec la philosophie, les objectifs et les démarches propres à la prestation de services de santé communautaires (c'est-à-dire, vaste connaissance de la santé et de ses déterminants, approches fondées sur le recours à des équipes interdisciplinaires et place importante accordée aux mesures de promotion et de prévention et aux interventions précoces);

des **politiques législatives, organisationnelles et professionnelles** qui permettent le recours à d'autres prestataires de services s'ils sont plus rentables et qui ne restreignent pas inutilement les pratiques professionnelles concurrentielles et créatrices;

des **modes de gestion positifs et souples**.

# RÉFÉRENCES

- Abelson, J. et B. Hutchison (1994). *Primary health care delivery models: Review of the international literature*. McMaster University Centre for Health Economics and Policy Analysis Working paper 94-15, septembre.
- Abramowitz, J. et L.E. Berg (1973). *Primary health care delivery models: What can Ontario learn from other jurisdictions? A review of the literature*. Centre for Health Economics and Policy Analysis, McMaster University.
- Angus, D.E. (1991). *Compte rendu des commissions d'enquête et d'étude significatives en soins de santé au Canada depuis 1983-1984*. Ottawa : Association médicale canadienne, Association des infirmières et infirmiers du Canada et Association des hôpitaux du Canada.
- Australian Community Health Association (1993). *Manual of standards for community and other primary health care services*. Bondi Junction, New South Wales.
- Battista, R.N. et W.O. Spitzer (1983). Adult cancer prevention in primary care: Contrasts among primary care practice settings in Quebec. *American Journal of Public Health* 73:1040-1041.
- Beauchamp, T.L. et J.F. Childress (1994). *Principles of biomedical ethics (4th ed.)*. New York: Oxford University Press.
- Begun, J.W. et R.C. Lippincott (1980). The politics of professional control: The case of optometry. *Research in the Sociology of Health Care* 1L 55-103.
- Benham, L. et A. Benham (1975). Regulating through the professions: A perspective on information control. *Journal of Law and Economics* 18:421-447.
- Birch, S., Eyles, J., Hurley, J., Hutchison, B. et S. Chambers (1993). A needs-based approach to resource allocation in health care. *Canadian Public Policy* XIX: 1: 68-85.
- Birch, S., Lomas, J., Rachlis, M. et J. Abelson (1990). *HSO performance: A critical appraisal of current research*. Centre for Health Economics and Policy Analysis, McMaster University.
- Bond, R.S. et coll. (1983). Self-regulation in optometry: The impact on price and quality. *Law and Human Behaviour* 7:219-234.
- Brown, S.A. et D.E. Grimes (1993). Nurse practitioners and certified nurse-midwives: A meta-analysis of studies on nurses in primary care roles. *American Nurses Association Publications*.
- Casey, R. et coll. (1984). Fever therapy: An educational intervention for parents. *Pediatrics* 73:600-605.
- Chambers, L.W. et coll. (1977). A controlled trial of the impact of the family practice nurse on volume, quality, and cost of rural health services. *Medical Care* 15:971-981.
- Charles, C. et S. DeMaio (1993). Lay participation in health care decision making: A conceptual framework. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 18(4)881-904.

- Checkoway, B. et M. Doyle (1980). Community organizing lessons for health care consumers. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 7(3):213-226.
- Comité consultatif fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population (1994). *Stratégies d'amélioration de la santé de la population : Investir dans la santé des Canadiens*. Ottawa : Ministre des Approvisionnement et Services Canada.
- Conrad, D.A. et M.L. Emerson (1981). State dental practice acts: Implications for competition. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 5:610-630.
- Conseil canadien d'agrément des services de santé (1995). *Community health services standards*. Ottawa.
- Conseil économique du Canada (1981). *Pour une réforme de la réglementation* (Chapitre 10). Ottawa : Centre d'édition du gouvernement du Canada.
- Crichton, A., Robertson, A., Gordon, C. et W. Farrant (1991). *Implementing Canada's social model of health care: A review of the literature on organizational models for community-based health services*. Subvention du PNRDS n° 5-52047-2522.
- Daft, R.L. (1992). *Organization theory and design* (4<sup>e</sup> éd.). St. Paul: West Publishing Company.
- Dean, W.J. (1973). State legislation for physician's assistants: A review and analysis. *Health Services Reports* 88:3-12.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund* 44(3):166-203.
- Drummond, F., Stoddart, G.L. et G.W. Torrance (1987). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Oxford: Oxford University Press.
- Edmonton Health Information Network (1995). *Health information for planning and evaluating the delivery of health services*. Edmonton: Healthcare Quality and Outcomes Research Centre, University of Alberta.
- Eisenberg, J.M. (1986). *Doctors' decisions and the cost of medical care*. Ann Arbor: Health Administration Press Perspectives.
- Eyles, J. (1993). *The role of the citizen in health-care decision making*. McMaster University Centre for Health Economics and Policy Analysis. Policy Commentary C93-1.
- Gaumer, G.L. (1984). Regulating health professionals: A review of the empirical literature. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 62:380-416.
- Giles, W. et coll. (1992). Antenatal care of low risk obstetric patients by midwives: A randomised controlled trial. *Medical Journal of Australia* 157:158-161.
- Glasgow, R.E. et coll. (1992). Improving self-care among older patients with Type II diabetes: the "sixty something..." study. *Patient Education and Counselling* 19:61-74.
- Godbout, J. (1981). Is consumer control possible in health care services? The Quebec case. *International Journal of Health Services* 11(1):151-167.

- Goeppinger, J. et coll. (1989). A reexamination of the effectiveness of self-care education for persons with arthritis. *Arthritis and Rheumatism* 32:706-716.
- Gross, J.S. (1984). *Of foxes and hen houses: Licensing and the health professions*. Westport, Conn.: Quorum Books.
- Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique (1994). *Guide canadien de médecine clinique préventive*. Ottawa : Ministre des Approvisionnements et Services Canada.
- Jenkinson, D. et coll. (1988). Comparison of effects of a self management booklet and audiocassette for patients with asthma. *British Medical Journal* 297:267-270.
- Jones, D.A. et A.V. Salvage (1992). Attitudes to caring among a group of informal carers of elderly dependents. *British Medical Journal* 297:267-270.
- Lightfoot, P. (1995). Dans : Edmonton Health Information Network. *Health information for planning and evaluating the delivery of health services*. Edmonton: Healthcare Quality and Outcomes Research Centre, University of Alberta.
- Manning, W.G., Leibowitz, A. et coll. (1984). A controlled trial of the effect of a prepaid group practice on use of services. *New England Journal of Medicine* 310(23):1505-1510.
- Marmor, T.R. et J.A. Marone (1980). Representing consumer interests: Imbalanced markets, health planning and HSA's. *Milbank Memorial Fund Quarterly/Health and Society* 58(1):125-165.
- Mazucca, S.A. (1982). Does patient education in chronic disease have therapeutic value? *Journal of Chronic Diseases* 35:521-529.
- Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique (1993). *Draft 2, Discussion Paper, Regional Funding Allocation Model. A Funding Scheme to Support New Directions Decentralization Initiative*. New Directions Development Office.
- Nicoletti, J. et L. Flater (1975). A community-oriented program for training and using volunteers. *Community Mental Health Journal* 11:58-63.
- O'Donnell, J.M. et K. George (1977). The use of volunteers in a community mental health center emergency and reception service : A comparative study of professional and lay telephone counselling. *Community Mental Health Journal* 13:3-12.
- Office of Technology Assessment (1986). *Health technology case study 37: Nurse practitioner, physician assistant and certified nurse midwives: A policy analysis*. (OTA No. 224-8996). Washington, DC: Office of Technology Assessment, US Congress.
- Ondrejka, D. (1983). A descriptive evaluation of a self-care medication program in industry. *Occupational Health Nursing* 31:21-27.
- O'Neill, M. (1992). Community participation in Quebec's health system: A strategy to curtail community empowerment? *International Journal of Health Services* 22(2):287-301.
- Organisation mondiale de la santé (1948). *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*. Genève.

- Organisation mondiale de la santé (1978). *Alma-Ata : Les soins de santé primaires*. Genève.
- Organisation mondiale de la santé (1988). *D'Alma-Ata à l'an 2000 : Réflexions à la mi-parcours*. Genève.
- Organisation mondiale de la santé (1990). *Le développement coordonné des ressources humaines et sanitaires*. Série de rapports techniques, n° 801. Genève.
- Organisation mondiale de la santé, Série de rapports techniques, n° 717 (1985); cité dans : Abelson, J. et B. Hutchison (septembre 1994). *Primary health care delivery models: Review of the international literature*. Centre for Health Economics and Policy Analysis, McMaster University, Working paper 94-15.
- Organisation mondiale de la santé, Santé et Bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa.
- Organisation mondiale de la santé, Bureau régional pour l'Europe (1984). *Health promotion: A discussion document on the concept and principles*. Copenhague.
- Organisation panaméricaine de la santé et Organisation mondiale de la santé (1993). *Implementation of the global strategy for health for all by the year 2000: Second evaluation*. Volume 3, Région des Amériques. Washington, D.C.
- Pew Health Professions Commission (1994). *Community health workers: Integral yet often overlooked members of the health care workforce*. San Francisco.
- Reid, M.L. et J.B. Morris (1979). Perinatal care and cost effectiveness. *Medical Care* 17:491-500.
- Renaud, M. et coll. (1980). Practice settings and prescribing profiles: The simulation of tension headaches to general practitioners working in different practice settings in the Montreal area. *American Journal of Public Health* 70:1068-1073.
- Roberts, C.R. et coll. (1983). Reducing physician visits for colds through consumer education. *Journal of American Medical Association* 250:1986-1989.
- Rubin, R.R. et coll. (1989). Effect of diabetes education on self-care, metabolic control, and emotional well-being. *Diabetes Care* 12:673-679.
- Saltman, R.B. (1994). Patient choice and patient empowerment in northern European health systems: A conceptual framework. *International Journal of Health Sciences* 24(2):201-229.
- Santé et Bien-être social Canada (1993). *Planification pour la santé : vers une prise de décision éclairée*. Ottawa.
- Saunders, L.D. et M.I. Wanke (sous presse). Towards a framework for health services research. *Healthcare Management Forum*.
- Sekscenski, E.S. et coll. (1994). State practice environments and the supply of physician assistants, nurse practitioners, and certified nurse-midwives. *New England Journal of Medicine* 331:1266-1271.

- Seltzer, M.M. et coll. (1992). Professional and family collaboration in case management: A hospital-based replication of a community-based study. *Social Work in Health Care* 17:1-22.
- Shepard, L. (1978). Licensing restrictions and the cost of dental care. *Journal of Law and Economics* 21:187-201.
- Sullivan, J.A. et coll. (1978). Overcoming barriers to the employment and utilization of the nurse practitioner. *American Journal of Public Health* 68:1097-1103.
- Vickery, D.M. et coll. (1983). Effects of a self-care education program on medical visits. *Journal of the American Medical Association* 250:2952-2956.
- Vohlonen, I. et coll. (1975). Re-organizing primary medical care in Finland: The personal doctor program. *Health Policy* 13:65-79.
- Voltmann, J.D. (1975). Jamestown medical clinic system. *Journal of the American Medical Association* 234:303-304.
- Wertz, R.T. et coll. (1986). Comparison of clinic, home, and deferred language treatment for aphasia. *Archives of Neurology* 43:653-658.
- Weston, J.L. (1980). Distribution of nurse practitioners and physician assistants: Implications of legal constraints and reimbursement. *Public Health Report* 95:253-258.
- Wiernikowski, J.T. et S. Dawson (1991). Evaluation of a home intravenous antibiotic program in pediatric oncology. *American Journal of Pediatric Haematology/Oncology* 13:144-147.
- Wilson, S.R. et coll. (1993). A controlled trial of two forms of self-management education for adults with asthma. *American Journal of Medicine* 94:564-576.



# ANNEXES



## ANNEXE A

### GLOSSAIRE

<i>ABERRATIONS DE SANTÉ</i>	mesures de la situation sanitaire incluant « mortalité, morbidité, invalidité et incapacité de fonctionner dans un rôle ». <sup>3</sup>
<i>ACCÈS ÉQUITABLE</i>	mesure dans laquelle des individus et des groupes peuvent recevoir des services de santé adaptés à leurs besoins ou au risque.
<i>AIRE DE RECRUTEMENT DES SERVICES</i>	définition de la population ou du secteur de compétence desservi, notamment des paramètres qui permettent de déterminer l'accessibilité des services.
<i>APPROPRIÉ</i>	mesure dans laquelle un acte, un traitement, un test ou un service donné est efficace, est manifestement indiqué, n'est pas excessif, est suffisant quantitativement et est effectué, administré ou fourni dans le milieu qui convient le mieux aux besoins du client. <sup>4</sup>
<i>APTITUDES DES PRESTATEURS</i>	acquisition initiale et perfectionnement continu des ressources humaines de santé.
<i>AUTO-SOINS</i>	présupposent de la part d'un individu, d'une famille ou d'une communauté la prise de décisions et l'exécution d'actions dans un but de promotion, de protection ou d'amélioration de la santé. <sup>5</sup>
<i>BUT</i>	énoncé général d'un résultat visé qui peut ne pas être atteint facilement ou à court terme, mais qui peut l'être éventuellement. <sup>6</sup>

---

3 Lightfoot, P. Dans : Edmonton Health Information Network (1995). *Health Information for Planning and Evaluating the Delivery of Health Services*. Edmonton: Healthcare Quality and Outcomes Research Centre, Université de l'Alberta.

4 Conseil canadien d'agrément des services de santé (1994). *Community Health Services Standards*.

5 Définition inspirée de : Association canadienne de santé publique (1990). *Fonctions et compétences des infirmières et infirmiers de santé communautaire - de santé publique*.

6 Ministère de la Santé de l'Alberta (1995). *Evidence-Based Decision-Making: A Guide to Using Indicators in Health Planning*.

<i>CAPACITÉ DE LA COMMUNAUTÉ</i>	ressources dont dispose la communauté et qu'elle utilise pour satisfaire ses besoins. L'estimation de la capacité de la communauté tient compte des ressources sanitaires et des ressources connexes -humaines, en capital, techniques et financières, et de la disponibilité et de l'utilisation des services.
<i>CLIENT</i>	individu, famille, groupe communautaire ou communauté qui reçoit un service. <sup>7</sup>
<i>COMMUNAUTÉ</i>	groupe de personnes défini soit en fonction du territoire géographique, soit en fonction de questions d'unité commune; groupe interactif de personnes ( <b>pouvant</b> vivre dans un lieu géographique) qui collaborent à des activités communes ou qui résolvent des problèmes communs. <sup>8</sup>
<i>COORDONNATEUR DES SOINS</i>	individu qui, dans le secteur des soins de santé, coordonne la prestation des services à des individus, en veillant à ce que les besoins de ces individus [et de leurs familles] soient satisfaits. <sup>9</sup>
<i>DÉMARCHE SOCIO-ÉCOLOGIQUE</i>	démarche relative à la prestation de services qui reconnaît le lien inextricable entre la population et son milieu; la philosophie englobe chaque facteur susceptible de nuire à la santé, en reconnaissant que les activités axées sur l'amélioration de la santé dépassent de beaucoup la prestation de services de santé. Par exemple, la pauvreté, la nutrition, la possession des terres, l'irrigation et l'urbanisation sont considérées en partie comme étant des problèmes de santé. <sup>10</sup>
<i>DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ</i>	facteurs de biologie humaine; milieu culturel, physique et social; comportement et style de vie (incluant le système de prestation des services de santé); politique publique influant sur la santé.
<i>DÉVELOPPEMENT</i>	stratégie supposant un partenariat avec les membres

---

7 Conseil canadien d'agrément des services de santé (1994). *Community Health Services Standards*.

8 Association canadienne de santé publique (novembre 1990). *Fonctions et compétences des infirmières et infirmiers de santé communautaire - de santé publique*.

9 *Ibid.*

10 Association canadienne de santé publique (1990). *Fonctions et compétences des infirmières et infirmiers de santé communautaire - de santé publique*.

<i>COMMUNAUTAIRE</i>	de la communauté et visant à résoudre des problèmes dans le but de développer des forces, l'autonomie et le bien-être. <sup>11</sup>
<i>DIRECTION</i>	mécanismes par lesquels les communautés et les individus participent à la prise de décisions concernant l'organisation et la prestation des services de santé.
<i>DISPONIBILITÉ DES SERVICES</i>	type et niveau des services communautaires sanitaires et connexes auxquels a accès la communauté.
<i>DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES</i>	structure et dynamique de croissance d'une population étudiée.
<i>ÉQUIPE</i>	« groupe de personnes qui partage un but et des objectifs communs, déterminés par les besoins de la collectivité, à la réalisation desquels chaque membre de l'équipe contribue, de manière coordonnée, selon ses compétences et ses aptitudes, et dans le respect des fonctions des autres. » <sup>12</sup>
<i>ÉQUIPE INTERDISCIPLINAIRE</i>	groupe de prestataires de services ayant des compétences et des aptitudes diverses, « qui partage un but et des objectifs communs, déterminés par les besoins de la collectivité, à la réalisation desquels chaque membre de l'équipe contribue, de manière coordonnée, selon ses compétences et ses aptitudes, et dans le respect des fonctions des autres. » <sup>13</sup>
<i>ÉQUITÉ</i>	« impartialité ou justice dans la distribution des ressources de santé ou des pouvoirs au sein du réseau de la santé, ou impartialité et justice dans l'accès aux services de santé. » <sup>14</sup>
<i>ESTIMATION</i>	action de déterminer les points forts, les points faibles, les problèmes et les besoins. <sup>15</sup>

---

11 Conseil canadien d'agrément des services de santé (1994). *Community Health Services Standards*.

12 Organisation mondiale de la santé, Série de rapports techniques, n° 717. Genève, 1985; définition citée dans : Abelson, J. et B. Hutchison (1994). *Primary Health Care Delivery Models: Review of the International Literature*. McMaster University Centre for Health Economics and Policy Analysis Working Paper 94-15.

13 *Ibid.*

14 Santé et Bien-être social Canada (1993). *Planification pour la santé : vers une prise de décision éclairée*.

15 Conseil canadien d'agrément des services de santé (1994). *Community Health Services Standards*.

*ESTIMATION DES  
BESOINS EN SANTÉ  
COMMUNAUTAIRE*

étude et analyse de la situation sanitaire actuelle de la communauté, et des facteurs influant sur la santé, des perceptions de la communauté concernant les questions prioritaires en matière de santé et les préférences en matière de services, et de la capacité actuelle des ressources de la communauté quant à la résolution des problèmes relevés dans le domaine de la santé communautaire.

*ÉVALUATION*

analyse de la mesure dans laquelle les résultats visés ont été obtenus, les meilleurs processus ont été utilisés et les structures convenaient aux processus choisis.

*GESTION*

planification, organisation, mise en place, surveillance et évaluation des services; gestion financière et générale d'un service, comme opération distincte de la prestation directe des services.<sup>16</sup>

*HABILITATION*

sentiment de contrôle des individus, des familles ou des communautés à l'égard des décisions touchant leur santé.

*HABILITATION DE LA*

mesure dans laquelle la communauté participe aux

*COMMUNAUTÉ/DU*

décisions concernant la prestation des services et les

*CONSOMMATEUR*

consommateurs particuliers perçoivent le contrôle sur les décisions touchant leur santé.

*HOLISTIQUE*

s'entend d'une approche relative à la santé dans laquelle le tout est plus grand que la somme des parties, que le tout soit un individu, une famille ou une communauté.<sup>17</sup>

*INDICATEUR*

attribut ou phénomène mesurable lié à la structure, au processus ou au résultat des soins pour lesquels des données sont recueillies au cours de la surveillance et de l'évaluation.<sup>18</sup>

*INDICATEUR DE  
PROCESSUS*

type d'indicateur opérationnel qui décrit les activités et les tâches entreprises pour atteindre les objectifs des programmes ou des services.<sup>19</sup>

---

16 Conseil canadien d'agrément des services de santé (1994). *Community Health Services Standards*.

17 *Ibid.*

18 Conseil canadien d'agrément des services de santé (1994). *Community Health Services Standards*.

19 Ministère de la Santé de l'Alberta (1995). *Evidence-Based Decision Making: A Guide to Using Indicators in Health Planning*.

<i>INDICATEUR DE RÉSULTAT</i>	type de mesure décrivant un changement attribuable aux processus des services.
<i>INDICATEUR DE STRUCTURE</i>	type d'indicateur opérationnel qui précise la nature et la quantité des ressources et des liens qu'utilise et dont a besoin un système de santé ou une organisation pour exécuter des programmes ou fournir des services. <sup>20</sup>
<i>INTERVENTION</i>	s'interposer avec l'intention d'influencer; régler ou modifier des situations, ou y faire obstacle; action d'un prestataire de services visant à empêcher ou à modifier les résultats chez un client. <sup>21</sup>
<i>MISE EN OEUVRE</i>	Exécution ou application d'un plan.
<i>OBJECTIF</i>	déclaration précise d'intention, sous forme mesurable, qui explique pourquoi un objectif particulier sera visé. <sup>22</sup>
<i>ORGANE DIRECTEUR</i>	le ou les personnes, le groupe ou l'organisme détenant le pouvoir ultime et la responsabilité lorsqu'il s'agit d'établir une politique, ainsi que d'assurer la qualité du service à la clientèle et la gestion et la planification organisationnelles; parmi les autres appellations possibles : conseil, conseil d'administration, conseil ou bureau des gouverneurs, conseil régional, conseil communautaire. <sup>23</sup>
<i>ORGANISATION</i>	entité par l'intermédiaire de laquelle sont fournis les services de santé communautaires.
<i>PAIEMENT PAR CAPITATION</i>	montant en dollar payé pour chaque assuré admissible, inscrit dans un centre de santé ou une région. <sup>24</sup>
<i>PLANIFICATION</i>	action de concevoir ou de repenser des services pour régler les problèmes cernés; suppose la définition des buts et des objectifs et la détermination d'un plan d'action visant ces buts et ces objectifs.

---

20 *Ibid.*

21 *Ibid.* - Conseil canadien d'agrément des services de santé.

22 *Ibid.* - Ministère de la Santé de l'Alberta.

23 Conseil canadien d'agrément des services de santé (1994). *Community Health Services Standards*.

24 Association canadienne de santé publique (novembre 1990). *Fonctions et compétences des infirmières et infirmiers de santé communautaire - de santé publique*.

<i>POTENTIEL SANTÉ</i>	mesure de l'état de santé portant sur la condition physique, la capacité de fonctionner et de s'adapter, la résilience, la capacité de relever des défis et l'ingéniosité. <sup>25</sup>
<i>PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE SERVICES</i>	perceptions de la communauté quant aux types et niveaux de services qui conviennent le mieux à ses préoccupations.
<i>PRÉOCCUPATIONS RELATIVES À LA SANTÉ</i>	perceptions du public concernant ses propres besoins en matière de santé et ceux de sa communauté.
<i>PRESTATEUR (FORMEL)</i>	personne qui offre des services contre rémunération; le terme désigne aussi bien un spécialiste hautement qualifié qu'un agent n'ayant reçu qu'une formation minimale en cours d'emploi.
<i>PRESTATEUR (INFORMEL)</i>	travailleur sanitaire qui offre bénévolement ses services sans reconnaissance juridique pour son travail.
<i>PRESTATEURS POLYVALENTS</i>	prestataires de services de santé ayant acquis des compétences dans plus d'un domaine.
<i>PRÉVENTION</i>	activités visant à prévenir les cas de décès, de maladie ou d'invalidité ou à empêcher leur progression : processus axé sur la détection précoce de la maladie (c.-à-d., le dépistage) qui englobe les styles de vie ainsi que des facteurs d'ordre biologique et environnemental. La prévention primaire vise à réduire ou à éliminer la possibilité de maladie. La prévention secondaire vise à stopper ou à minimiser, par la détection précoce, l'évolution d'une maladie ou les conséquences irréversibles de cette maladie. La prévention tertiaire vise à retarder l'évolution d'une maladie et (ou) à réduire au minimum l'invalidité qui en résulte. <sup>26</sup>
<i>PROCESSUS</i>	activités ou démarches qui servent à obtenir les résultats visés.
<i>PROCESSUS DE PRESTATION DES SERVICES</i>	activités entreprises pour satisfaire les besoins des individus, des familles et de la communauté en matière de santé.

---

25 Lightfoot, P. Dans : Edmonton Health Information Network (1995). *Health Information for Planning and Evaluating the Delivery of Health Services*. Edmonton: Healthcare Quality and Outcomes Research Centre, Université de l'Alberta.

26 Organisation mondiale de la santé, définition citée dans le document du Conseil canadien d'agrément des services de santé (1994).

<i>PROGRAMME</i>	<p>système organisé de services ou série d'activités étroitement liées visant à satisfaire les besoins des clients en matière de santé. La démarche est interdisciplinaire et un individu est responsable de l'administration du programme. Le terme est aussi utilisé pour décrire un plan de traitement pour les clients. Ce plan peut être personnalisé ou organisé pour un groupe de clients ayant des besoins comparables.<sup>27</sup></p>
<i>PROMOTION DE LA SANTÉ</i>	<p>« processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. »<sup>28</sup></p>
<i>QUALITÉ DE LA VIE AU TRAVAIL</i>	<p>mesure dans laquelle le bilan des aspects milieu de travail et satisfaction professionnelle est positif pour les prestataires de services de santé.</p>
<i>RÉADAPTATION</i>	<p>services visant à améliorer ou à maintenir la capacité des individus à fonctionner de façon aussi autonome que possible; les services de réadaptation peuvent porter sur les besoins relatifs à la santé physique ou sociale.</p>
<i>RÉGLEMENTATION PROFESSIONNELLE</i>	<p>cadre statutaire qui établit les attributions des praticiens, détermine les conditions régissant l'entrée en exercice et l'exécution des fonctions, et précise qui peut utiliser un titre donné.</p>
<i>RESSOURCES HUMAINES DE SANTÉ</i>	<p>tous les prestataires de services de santé sur lesquels on peut compter pour améliorer la santé des individus et des communautés. Dans le contexte des services de santé communautaires, l'ensemble dynamique de ces ressources peut être perçu comme comprenant les trois grandes catégories suivantes : initiative personnelle en matière de soins (auto-soins), prestataires de services informels et prestataires de services formels.</p>
<i>RESSOURCES HUMAINES, EN CAPITAL, TECHNIQUES, ET FINANCIÈRES</i>	<p>mesures de la capacité de la communauté tenant compte de la disponibilité de prestataires; des installations, de l'équipement et des soutiens techniques, et du financement.</p>

---

27 Conseil canadien d'agrément des services de santé (1994). *Community Health Services Standards*.

28 Organisation mondiale de la santé, Santé et Bien-être social Canada et Association canadienne de santé publique (1986). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*.

## RÉSULTAT

conséquence ou impact d'un service; peut être voulu ou non.<sup>29</sup>

## SANTÉ

« [...] la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. »<sup>30</sup> « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »<sup>31</sup>

## SERVICES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES

éventail complet de services de santé offerts dans un milieu autre qu'en établissement, qui ont été mis en place en collaboration avec la communauté, qui incluent des stratégies de services de promotion de la santé, de prévention, de soins curatifs primaires, de réadaptation et de soutien communautaire, et qui sont fournis par l'intermédiaire de démarches intégrées, interdisciplinaires, intersectorielles et axées sur le client.

## SERVICES DE SOINS CURATIFS PRIMAIRES

services de soins de santé primaires visant à régler des problèmes de santé ou des états déterminés.

## SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

« des soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et des techniques pratiques, scientifiquement valables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté avec leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer [...]. Ils font partie intégrante tant du système de santé national, dont ils sont la cheville ouvrière et le foyer principal, que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau de contacts des individus, de la famille et de la communauté avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et ils constituent le premier élément d'un processus ininterrompu de protection sanitaire. [...] Les soins

---

29 Définition inspirée de celle du Conseil canadien d'agrément des services de santé (1994). *Community Health Services Standards*.

30 Organisation mondiale de la santé, Bureau régional pour l'Europe (1984). *Health Promotion: A discussion document on the concept and principles*. Copenhague.

31 Constitution de l'Organisation mondiale de la santé. Genève (1948).

	de santé primaires [...] visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation [et de soutien] nécessaires à cet effet. » <sup>32</sup>
<i>STRUCTURE ORGANISATIONNELLE</i>	modèle de configuration du personnel utilisé par l'organisation.
<i>STRUCTURES</i>	ressources et liens divers nécessaires à la prestation des services.
<i>STRUCTURES DE FINANCEMENT</i>	méthodes servant à financer des organisations et à rémunérer des prestataires de service.
<i>SYSTÈMES D'INFORMATION</i>	moyens de recueillir, d'extraire, d'enregistrer et d'analyser les données nécessaires à la rentabilité de la prestation des services.
<i>TECHNOLOGIE</i>	médicaments, matériels et actes médicaux et chirurgicaux qui servent aux soins médicaux, ainsi que systèmes organisationnels et de soutien dans le cadre desquels ces soins sont dispensés. <sup>33</sup>
<i>TRAVAILLEURS SANITAIRES DU MILIEU</i>	prestataires informels ou formels recevant une formation restreinte et fournissant des services de santé à leurs pairs ou dans leur propre communauté.
<i>UTILISATION DES SERVICES</i>	consommation et profils d'utilisation des services communautaires sanitaires et connexes.

---

32 Organisation mondiale de la santé, Déclaration d'Alma-Ata (1978). Genève.

33 Association canadienne de santé publique (1990). *Fonctions et compétences des infirmières et infirmiers de santé communautaire - de santé publique.*

## ANNEXE B

### INDICATEURS DE L'ÉVALUATION DES BESOINS RELATIFS À LA SANTÉ COMMUNAUTAIRE

Depuis quelques années, on a consacré beaucoup d'études aux indicateurs de santé de la population. Les indicateurs présentés ici sont fondés sur les travaux du sous-groupe chargé de la population du réseau d'information sur la santé communautaire d'Edmonton<sup>34</sup>. Ils sont en accord avec les travaux du Groupe d'étude des systèmes d'information sur la santé communautaire et de S. Chevalier et ses collaborateurs<sup>35</sup>, ainsi qu'avec ceux du Groupe de travail national sur l'information en matière de santé<sup>36</sup> et du Groupe de travail sur les systèmes d'information sur la santé communautaire du Conseil national d'information sur la santé et du ministère de la Santé de l'Alberta<sup>37</sup>. Dans les pages qui suivent, les indicateurs utilisés pour évaluer les besoins en santé communautaire sont présentés sous les rubriques suivantes :

#### Besoins relatifs à la santé de la population

Démographie

Santé

Aberrations de santé

Déterminants de la santé - individu

Déterminants de la santé - société

#### Préoccupations et préférences de la communauté

Perceptions des besoins prioritaires et préférences en matière de services

#### Capacité de la communauté

Ressources humaines, en capital, techniques et financières

Disponibilité et utilisation des services

---

34 Edmonton Health Information Network (1995). *Health Information for Planning and Evaluating the Delivery of Health Services*. Edmonton: Healthcare Quality and Outcomes Research Centre, Université de l'Alberta.

35 Groupe d'étude des systèmes d'information sur la santé communautaire et S. Chevalier, R. Choinière, M. Ferland, M. Pageau et Y. Sauvageau (1995). *Indicateurs sociosanitaires : définitions et interprétations*. Ottawa : Institut canadien de l'information en matière de santé.

36 Groupe de travail national sur l'information en matière de santé (1991). *La création de systèmes d'information sur la santé pour le Canada*.

37 Conseil national d'information sur la santé et ministère de la Santé de l'Alberta, Groupe de travail pour les systèmes d'information sur la santé communautaire (1994). *Community Health Organizations: The Systems and Information that they Require to Make a Difference*.

Nous avons tenté de proposer des indicateurs qui font ressortir aussi bien les aspects négatifs que les aspects positifs de la santé, et qui intègrent les connaissances concernant les déterminants de la santé. De plus, nous avons inclus des indicateurs portant sur les préoccupations et les préférences de la population et sur la capacité de la communauté, afin de pouvoir tenir compte de ces facteurs dans la planification.

## Considérations relatives à l'application

Tous les indicateurs de l'évaluation des besoins sont provisoires et devraient être utilisés comme un magasin où l'on peut choisir les indicateurs qui s'appliquent à un but précis et à un secteur de compétence précis.

On propose trois applications possibles des indicateurs : a) surveillance permanente et comparaison entre les secteurs de compétence; b) recherche visant à mieux comprendre les déterminants et la dynamique de la santé dans la communauté; c) évaluation des SSC et des autres initiatives communautaires conçues et mises en oeuvre pour influencer la situation sanitaire de la population.

Comme le système de santé (dont font partie les SSC) ne constitue qu'un des facteurs contribuant à améliorer la situation sanitaire de la population, le recours aux indicateurs des déterminants de la santé et de la situation sanitaire pour évaluer son rendement pose problème. Ces indicateurs de santé de la population doivent plutôt être considérés comme des mesures du rendement de la communauté dans son ensemble. Dans certains cas, il peut y avoir un lien direct entre les SSC et un résultat au niveau de la santé de la population (p. ex., maîtrise de la rougeole par l'intermédiaire d'un programme de vaccination). On peut alors évaluer directement l'impact sur la santé de la population.

La détermination de caractéristiques telles que les coordonnées géographiques, la situation socio-économique, le sexe et les sous-groupes spéciaux permet d'étudier les écarts entre les groupes de la population générale.

Il y a un certain chevauchement entre les cinq catégories d'indicateurs. Cela a été fait délibérément pour démontrer les diverses façons d'utiliser les indicateurs. *Ainsi, si l'on détermine la proportion des fumeurs habituels, on peut :*

- identifier les groupes à risque d'après des caractéristiques données (p. ex., sexe, âge, situation socio-économique);

- comparer les tendances temporelles et spatiales;

- aider à fixer des buts et des objectifs en rapport avec les niveaux de consommation de tabac, et à évaluer les progrès;

- aider à planifier les programmes et les stratégies<sup>38</sup>.

---

38 *Ibid.* - Edmonton Health Information Network.

Il importe de reconnaître les nombreux problèmes pragmatiques associés à la collecte, à l'analyse et à l'application de ces indicateurs (c.-à-d., à-propos, exactitude, disponibilité, fragmentation et double emploi de données et de sources de données existantes). Par exemple, les données des secteurs de recensement se conforment rarement aux limites des aires de recrutement des SSC; les résultats des enquêtes nationales et provinciales sont souvent dépassés au moment de leur publication; nombre d'éléments de données qui pourraient être utiles à la planification ne sont pas bien développés et nombre des formules standard de collecte de données (p. ex., sondages) ne conviennent pas pour les groupes cibles à haut risque en raison de facteurs tels que la migration de transit, l'absence de services téléphoniques et les taux élevés d'analphabétisme.

<b>INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES</b>				
<b>DIMENSION</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>QUE MESURE-T-IL?</b>	<b>COMMENTAIRES</b>	<b>SOURCE DE DONNÉES</b>
Accroissement et répartition de la population	Nombre total d'habitants	Nombre de personnes dans une région géographique donnée pendant une période donnée. Souvent utilisé comme dénominateur dans le calcul des taux.	Très fiable. Obtenir cette donnée peut poser problème si l'information recueillie par recensement n'est pas disponible.  Les estimations et les projections peuvent être générées par diverses techniques, mais l'utilisateur doit être conscient des hypothèses sous-jacentes.	Recensement fédéral, municipal; projections effectuées à partir des données de recensement ou autres (données sur les déclarants)
	Structure par âge et sexe (pyramide)	Répartition des âges et des sexes	Toutes les pyramides n'ont pas le même nombre de groupes d'âge, surtout pour les groupes plus âgés.  Pour tous les étages de la pyramide, le pourcentage devrait être égal à 100 %.	Recensement fédéral, municipal
	Rapport de masculinité	Répartition de la population	Le rapport de masculinité varie selon l'âge.	Recensement fédéral, municipal
	Taux d'activité	Répartition de la population	Au fil des ans, des définitions différentes ont été utilisées pour l'âge actif. Ratio des inactifs jeunes et des inactifs âgés aux actifs.	Recensement fédéral, municipal
	Intensité du peuplement	Répartition de la population	Sujet à un biais en raison des changements de frontières.	Recensement, donnée générée par les utilisateurs
	Taux d'accroissement naturel	Accroissement de la population (excédent des naissances sur les décès)	Utilisé comme valeur de référence.	Recensement, donnée générée par les utilisateurs
	Indicateur de temps de doublement	Accroissement de la population (temps nécessaire pour que le nombre d'habitants double)	Utilisé comme valeur de référence.	Recensement, donnée générée par les utilisateurs
	Mobilité	Période de résidence à une adresse donnée; introduit la notion de migration de transit		Recensement

<b>INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES ~ (suite)</b>				
<b>DIMENSION</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>QUE MESURE-T-IL?</b>	<b>COMMENTAIRES</b>	<b>SOURCE DE DONNÉES</b>
Mesures des composantes - Fécondité	Taux brut de natalité (TBN)	Rapport du nombre de naissances dans une population à l'effectif total de cette population	Mesure brute qui n'identifie pas correctement la population à risque dans le dénominateur.	Données du recensement fédéral ou municipal et statistiques de l'état civil
	Taux global de fécondité	Rapport du nombre des naissances observé dans la population féminine âgée de 15 à 49 ans à l'effectif total de cette population	Meilleure mesure que le TBN pour déterminer la fécondité, mais ne tient pas compte de la structure par âge  Il faut connaître la population féminine âgée de 15 à 49 ans  Il est utile de connaître les différences culturelles pour la planification.	Données de recensement, statistiques de l'état civil
	Taux de fécondité par âge	Rapport du nombre de naissances observé par âge à l'effectif de la population en âge de procréation par âge et par sexe	Mesure d'une période ou mesure transversale  Peut être ajouté à l'ISF	Données de recensement, statistiques de l'état civil
	Indice synthétique de fécondité (ISF)	Nombre moyen d'enfants qu'une femme pourrait porter	Mesure d'une période ou mesure transversale  Un ISF de 2,1 est jugé nécessaire à la reproduction	Somme des taux par âge
	Mesures de la fécondité d'une cohorte	Mesures de la fécondité d'une cohorte ou d'une génération	En général, il n'y a pas de données pour les cohortes récentes  Peut être plus intuitif qu'une mesure portant sur une période	Recensement, statistiques de l'état civil (données historiques)
Mortalité	Taux brut de mortalité	Quotient du nombre de décès observés dans une population par l'effectif total de cette population	Pas assez précis - n'identifie pas correctement la population à risque dans le dénominateur	Recensement, statistiques de l'état civil
	Taux de mortalité par âge	Quotient du nombre de décès observés par âge dans une population par l'effectif total de cette population dans les groupes d'âge visés	Plus précis que le taux brut de mortalité, mais non spécifique de la cause  Utilisé dans les analyses des tables de mortalité	Recensement, statistiques de l'état civil

INDICATEURS DÉMOGRAPHIQUES ~ (suite)				
DIMENSION	INDICATEUR	QUE MESURE-T-IL?	COMMENTAIRES	SOURCE DE DONNÉES
Mortalité (suite)	Taux de mortalité par cause	Quotient du nombre de décès observés par cause dans une population à risque étudiée par l'effectif total de cette population	Les causes de décès qui peuvent être évitées ou qui sont médicalement «tardives» sont des plus pertinentes; la survenue d'un événement sentinelle aide à identifier les failles du système  Les petits nombres peuvent être exagérés  Utilisé dans les analyses des tables de mortalité à extinction multiple	Recensement, statistiques de l'état civil
	Taux comparatif de mortalité des personnes de moins de 65 ans	Élimine l'effet de la structure par âge sur le taux de mortalité	La méthode de standardisation permet d'établir des comparaisons entre des régions et (ou) dans le temps	Recensement, statistiques de l'état civil, données générées par l'utilisateur
	Tables de mortalité	Observation pendant une période donnée d'une population pour laquelle les taux de mortalité par âge ont été calculés	Les méthodes d'établissement des tables de mortalité varient pour les âges plus avancés et la première année de vie  Il existe divers types de tables de mortalité. La table de mortalité ne sert pas uniquement à étudier la mortalité	Ces tables sont publiées par Statistiques Canada. Elles peuvent aussi être générées par les utilisateurs
Migration	Accroissement brut de la population attribuable à la migration	Accroissement de la population attribuable à la migration	Il est difficile d'obtenir des données sur la migration par âge et sexe	Recensement, fichier d'impôt, inscription dans le réseau des soins de santé, enquête

## INDICATEURS DE SANTÉ

DIMENSION	INDICATEUR	QUE MESURE-T-IL?	COMMENTAIRES	SOURCE DE DONNÉES
Santé globale	Taux de mortalité infantile	Mesure substitutive de la santé de la population	Se calcule facilement. À l'avenir, il pourrait être utile d'utiliser le taux de mortalité périnatale	Données de recensement et statistiques de l'état civil
	Espérance de vie à la naissance	Mesure substitutive pour la santé de la population, la vie moyenne	Il faut être conscient des hypothèses qui sous-tendent la méthode retenue pour déterminer l'espérance de vie  L'exactitude peut être un problème dans le cas des populations dont l'effectif est petit	Données de recensement et statistiques de l'état civil
	Espérance de vie sans invalidité	Aide à tenir compte de l'importance croissante des maladies chroniques; vie moyenne sans invalidité	Rarement calculée, car les données nécessaires sur l'invalidité ne sont pas disponibles. La référence canadienne courante est : Wilkins, Chen et Ng, 1994 <sup>39</sup>	Données de recensement, Enquête sur la santé et les limitations d'activités
	Proportion de la population présentant au moins un problème de santé	Indicateur général de la situation sanitaire de la population	Le biais introduit par la mémoire peut poser problème. La sous-estimation des problèmes de santé est plus marquée chez les hommes que chez les femmes	Enquête
	Estimation subjective de la santé à l'aide d'une échelle d'évaluation	Estimation subjective de tous les aspects de la santé	Bonne fiabilité pour la question «Selon vous, votre santé est-elle excellente, bonne, acceptable ou mauvaise?»  Cette question ayant été posée dans des enquêtes antérieures, des données comparatives sont disponibles	Enquête (la question a été posée dans l'Enquête Promotion santé Canada)
	Qualité de vie des malades chroniques (échelle)	Reflète la santé d'un sous-groupe de la population	Non disponible au niveau de la population	Recensement et enquête

39

Wilkins, R., Chen, J., et E. Ng (1994). Changes in health expectancy in Canada from 1986 to 1991. Dans : Mathers, C.D., McCallum J., Robins, J.M. (Eds). *Advances in health expectancies*. Canberra: Australian Government Publishing Service (sous presse).

<b>INDICATEURS DE SANTÉ ~ (suite)</b>				
<b>DIMENSION</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>QUE MESURE-T-IL?</b>	<b>COMMENTAIRES</b>	<b>SOURCE DE DONNÉES</b>
Santé globale <i>(suite)</i>	Taux d'emploi	Mesure substitutive de l'indépendance économique	Fiable - mais il faut tenir compte des méthodes appliquées	Enquête sur la population active
	% par niveau d'instruction	Mesure substitutive du potentiel santé		Enquête
	Revenu (moyenne, médiane, répartition)	Mesure substitutive du potentiel santé	L'interprétation est souvent contestée	Recensement, données sur les déclarants (Statistique Canada)
Santé physique - Croissance et développement	Poids à la naissance (moyenne, % de FPN)	Risque pour le nouveau-né, état nutritionnel des mères	Ensemble de données fiable et complet	Statistiques de l'état civil (registre des naissances)
	Poids pour âge	Croissance et développement précoces	L'interprétation des fiches de croissance de sous-groupes choisis de la population peut poser des difficultés	Fiches de croissance
Condition physique	Résultat du test de la marche	Santé cardiovasculaire et musculoskelettique		Enquête
	Tests d'exécution de tâches	Coordination, force		Enquête
	Absence de maladie	Témoigne de la capacité de résister aux défis posés à la santé		Enquête

<b>INDICATEURS DE SANTÉ ~ (suite)</b>				
<b>DIMENSION</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>QUE MESURE-T-IL?</b>	<b>COMMENTAIRES</b>	<b>SOURCE DE DONNÉES</b>
Facteurs de risque somatiques	Index de masse corporelle	Taux d'adiposité corporelle	Possibilité d'un biais introduit par l'auto-évaluation	Enquête
	% avec hypertension artérielle	% avec faible potentiel santé et risque pour la santé cardiovasculaire	Varie selon qu'il s'agit d'une auto-évaluation ou d'une mesure réelle	Enquête (p.ex., Enquête sur la santé cardiovasculaire)
	Cholestérolémie	Risque cardiovasculaire		Enquête
	Taux d'immunisation	Statut immunitaire	Très fiable pour l'immunisation des enfants. Information non disponible en format électronique pour la population adulte.	Systèmes d'information sur l'immunisation
Santé sociale - Contacts personnels	Fréquence des rencontres avec des amis et la famille	Aspects du soutien qui pourrait être utilisé	L'interprétation dépend d'autres variables.	Enquête
Ressources sociales	Quantité et qualité des liens et des réseaux sociaux	Adéquation du réseau de soutien		Enquête
Fonctionnement dans le rôle	Adaptation au rôle de parent	Capacité de jouer un rôle social	Mesure non disponible d'emblée.  Il est très difficile de concevoir une mesure qui serait acceptable, étant donné les diverses valeurs et croyances.	Enquête
Activités de la vie quotidienne	Alimentation, habillage, toilette, préparation des repas, etc.	Capacité de jouer des rôles sociaux et d'effectuer des tâches sociales	Des échelles validées existent.  Les instruments sont souvent biaisés en faveur des grands dysfonctionnels; ils n'assurent donc pas une bonne discrimination chez la population générale.	Enquête (profil de l'impact de la maladie, activités de la vie quotidienne)

<b>INDICATEURS DE SANTÉ ~ (suite)</b>				
<b>DIMENSION</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>QUE MESURE-T-IL?</b>	<b>COMMENTAIRES</b>	<b>SOURCE DE DONNÉES</b>
Autre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Niveau des connaissances en matière de santé</li> <li>- Niveau des compétences en matière de santé</li> <li>- Fréquence des initiatives personnelles</li> <li>- Fréquence des comportements préventifs</li> </ul>	Potential de relever un défi en matière de santé		Enquête (certaines de ces mesures sont incluses dans les enquêtes fédérales de 1985 et de 1990 sur la Promotion de la santé, et le questionnaire SF-36)
Santé mentale	Notation : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Estime de soi</li> <li>- Sentiment de cohérence</li> <li>- Concept de soi positif</li> <li>- Contrôle perçu des résultats visés des actions</li> <li>- Affect général positif</li> <li>- Capacité de contrôler le comportement</li> <li>- Aptitudes à la vie active et à l'adaptation</li> </ul>	Potential de relever un défi en matière de santé. Mesure dans laquelle les défis posés à la santé sont relevés adéquatement		Enquête
	Tests de fonctionnement cognitif	Aptitude en matière de fonctionnement cognitif		Enquête

## INDICATEURS DES ABERRATIONS DE SANTÉ

DIMENSION	INDICATEUR	QUE MESURE-T-IL?	COMMENTAIRES	SOURCE DE DONNÉES
Niveau de santé de la population	Taux brut de mortalité	Nombre annuel de décès pour 1 000 habitants. Mesure le niveau de santé moyen de la population	Non fiable pour les comparaisons entre populations.  Les taux bruts reflètent les changements marqués et rapides de la situation sanitaire de la population (p. ex., épidémie, catastrophe naturelle).	Données de recensement, statistiques de l'état civil
	Taux comparatif de mortalité	Nombre annuel de décès pour 1 000 habitants qui serait observé dans la population si la structure par âge de cette population était la même que celle de la population de référence ou «population-type». Mesure le niveau de santé moyen	Les taux comparatifs dépendent de la population-type choisie.  Le taux comparatif de mortalité est la moyenne d'âge pondérée pour des taux de mortalité précis.	Données de recensement, statistiques de l'état civil
	Espérance de vie à la naissance	Vie moyenne. Niveau de santé de la population		Données de recensement, statistiques de l'état civil
	Espérance de vie en bonne santé	Vie moyenne en bonne santé	Comme il existe diverses définitions de «bonne santé», la collecte des données est difficile. De plus, les données ne sont pas disponibles d'emblée.	Enquête, données de recensement
	Années potentielles de vie perdue	Indicateur de la mortalité prématurée	La limite d'âge supérieure est quelque peu arbitraire.	Statistiques de l'état civil, données de recensement
Problèmes de santé	Prévalence d'un facteur de risque	Proportion d'une population exposée à un facteur contrôlable en cause dans l'apparition ou l'aggravation d'un problème de santé (p. ex., alcoolisme, pollution de l'air). Estimation de la proportion de la population dont la santé future pourrait être améliorée	La prévalence ne peut être établie que par une enquête.	Enquête, données de recensement
	Incidence d'une maladie	Nombre annuel moyen de nouveaux cas d'une maladie donnée, pour 10 000 habitants. Donne une idée de la vulnérabilité de la population relativement à la maladie en question.	Peu de sources de données disponibles. La détection des nouveaux cas est souvent incomplète.	Enquêtes, registres des maladies (p. ex., registre du cancer), données de recensement

<b>INDICATEURS DES ABERRATIONS DE SANTÉ ~ (suite)</b>				
<b>DIMENSION</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>QUE MESURE-T-IL?</b>	<b>COMMENTAIRES</b>	<b>SOURCE DE DONNÉES</b>
Problèmes de santé (suite)	Prévalence d'une maladie	Proportion de la population atteinte d'une maladie pendant une période déterminée. Révèle la proportion de la population qui a besoin d'un soutien précis.	Il est difficile de déterminer la prévalence, car le dépistage complet des cas est rare.  La durée, la fréquence et la gravité de la maladie influent sur cette mesure.	Enquêtes, données d'hospitalisation, données de recensement
	Morbidité hospitalière	Nombre annuel de sorties d'hôpital par cause (aussi nombre de jours par cause). Niveau de morbidité grave par cause	Peut être influencée par des facteurs exogènes de l'état de santé (p. ex., disponibilité des soins, accessibilité physique et financière des soins).  Souvent utilisée pour classer les problèmes de santé d'après leur impact sur la situation sanitaire moyenne de la population.	Données d'hospitalisation, données de recensement
	Mortalité par cause	Mesure dans laquelle les problèmes de santé sont liés au développement de certains états pathologiques ou attribuables à des causes externes	Les différences dans la classification de la cause du décès pour des périodes ou des endroits différents, de même que le fait de sélectionner une seule cause lorsque le décès a été attribué à plus d'une cause, peuvent biaiser cette mesure.  Si le taux est standardisé, on peut établir des comparaisons dans le temps et dans l'espace.	Statistiques de l'état civil, données de recensement
	Probabilité de décès dû à une cause précise	Mesure l'importance relative d'un problème de santé précis, considéré sous l'angle de sa contribution au nombre total de décès enregistrés en bout de ligne chez les membres d'une cohorte		Statistiques de l'état civil
	Risque cumulatif de décès par une cause précise	Probabilité de décès avant une date donnée, en l'absence de toute autre cause de décès. Mesure l'impact de problèmes de santé précis pendant tout le cycle vital		Statistiques de l'état civil, données de recensement

### INDICATEURS DES ABERRATIONS DE SANTÉ ~ (suite)

DIMENSION	INDICATEUR	QUE MESURE-T-IL?	COMMENTAIRES	SOURCE DE DONNÉES
Problèmes de santé (suite)	Prévalence de l'invalidité par cause	Fréquence des types d'invalidité par cause, pendant une période déterminée	Les données disponibles sont limitées. De plus, la définition du terme «invalidité» peut varier.  Sert quelquefois à évaluer l'impact des programmes de prévention.	Statistiques de l'état civil, données de recensement
	Fraction attribuable à un facteur de risque	Proportion des cas de maladie, d'invalidité or de décès pouvant être attribuée à l'exposition de la population à un facteur de risque donné	Information incomplète. Le rapport de cause à effet peut ne pas être établi pour un facteur de risque ou un état pathologique particulier.  Peut servir à évaluer l'impact de mesures antérieures conçues pour protéger la population d'une exposition au facteur de risque, ou pour éliminer les effets nocifs de cette exposition pour la santé.	Statistiques de l'état civil, données de recensement
	Incidence des principales maladies à déclaration obligatoire / Incidence des maladies à déclaration obligatoire pour lesquelles un vaccin est exigé	Rapport entre le nombre de nouveaux cas de maladie à déclaration obligatoire (MDO) et l'effectif total de la population / rapport entre les MDO nécessitant un vaccin et l'effectif total de la population. Ce dernier rapport donne une idée de la couverture vaccinale	Les données représentent des événements et non des individus. Les augmentations ou diminutions des taux doivent être interprétées à la lumière des changements dans les pratiques de déclaration, de la spécificité et de la sensibilité des essais, ou de la définition de la maladie étudiée.	Déclarations des cas de maladie à déclaration obligatoire; données de recensement
Indicateurs spécifiques de certaines étapes du cycle de vie	Mortalité infantile	Rapport entre le nombre de décès chez les enfants de moins d'un an et le nombre total de naissances vivantes. Indication du niveau de développement économique et social	La définition de «naissance vivante» peut ne pas être uniforme.  Peut identifier des secteurs de la population en moins bonne santé.	Statistiques de l'état civil

<b>INDICATEURS DES ABERRATIONS DE SANTÉ ~ (suite)</b>				
<b>DIMENSION</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>QUE MESURE-T-IL?</b>	<b>COMMENTAIRES</b>	<b>SOURCE DE DONNÉES</b>
Indicateurs spécifiques de certaines étapes du cycle de vie (suite)	Mortalité périnatale	Nombre annuel de mortinaissances et de décès prématurés au cours de la période néonatale pour 1 000 naissances (tous types). Peut permettre d'évaluer les normes de soins ainsi que la santé globale de la population	L'utilité des données dépend de leur qualité (p. ex., expérience des médecins responsables et utilisation des résultats de l'autopsie).  Une diminution de la mortalité attribuable à une cause donnée peut indiquer non pas l'amélioration de la situation sanitaire, mais l'amélioration des méthodes utilisées (p. ex., recours aux ultrasons pour déceler des problèmes chez le fœtus).	Statistiques de l'état civil
	Mortalité néonatale précoce	Rapport entre le nombre de décès enregistré pendant la première semaine de vie et le nombre total des naissances vivantes pendant une année donnée. Indication du niveau des soins périnataux	Les données ne sont pas disponibles d'emblée.	Statistiques de l'état civil
	Incidence des enfants de faible poids à la naissance (FPN)	Pourcentage des enfants nés vivants dont le poids à la naissance est inférieur à 2 500 grammes. Reflète en partie la santé de la mère	Les données ne sont pas disponibles d'emblée.  Cet indicateur varie selon l'état de santé ainsi que la qualité et la quantité des soins disponibles.	Statistiques de l'état civil
	Espérance de vie par situation matrimoniale	Mesure la vie moyenne selon la situation matrimoniale	Les données ne sont pas disponibles d'emblée.  L'indicateur ne tient pas compte des antécédents matrimoniaux des individus.	Statistiques de l'état civil; données de recensement
	Indice de surmortalité masculine	Rapport entre la mortalité chez les hommes et la mortalité chez les femmes. Révèle l'ampleur des différentielles sexuelles		Statistiques de l'état civil; données de recensement

## INDICATEURS DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ - INDIVIDU

DIMENSION	INDICATEUR	QUE MESURE-T-IL?	COMMENTAIRES	SOURCE DE DONNÉES
Situation socio-économique	Niveau de revenu, degré d'instruction, profession	Situation socio-économique (liée indirectement à la situation sanitaire par la nutrition, les conditions de vie et de travail, les connaissances en matière de santé, etc.)	Biais introduit par l'auto-évaluation.	Enquête; données de recensement
Pratiques sanitaires personnelles	Consommation de tabac - prévalence, nombre moyen de cigarettes par jour, nombre d'années de tabagisme	Comportement relatif à la consommation de tabac, à titre d'indicateur de risque sanitaire	Biais introduit par l'auto-évaluation.  Les données des enquêtes sous-estiment le nombre réel de cigarettes vendues.	Enquête; données de recensement
	Consommation d'alcool - prévalence, nombre moyen de verres par semaine	Comportement relatif à la consommation d'alcool, à titre d'indicateur de risque sanitaire	Biais introduit par l'auto-évaluation.  Les recherches actuelles suggèrent la présence d'un lien curviligne avec la santé.	Enquête; données de recensement
	Nutrition - % se conformant au guide alimentaire, % prenant un petit déjeuner, % lisant les étiquettes des aliments, % allaitant; % des calories provenant de matières grasses; indice de masse corporelle	État nutritionnel à titre d'indicateur du potentiel santé. L'index de masse corporelle est un indicateur de risque sanitaire	Biais introduit par l'auto-évaluation, et manque de connaissances concernant un apport en éléments nutritifs précis. Pour l'index de masse corporelle, le biais introduit par l'auto-évaluation est bien connu, à la fois pour la taille (surestimée) et pour le poids (sous-estimé).	Enquête; données de recensement  Pour l'index de masse corporelle, des mesures cliniques peuvent être utilisées
	Activité physique - prévalence de l'activité physique récréative (APR), durée de l'APR	Condition physique, à titre d'indicateur du potentiel santé	Biais introduit par l'auto-évaluation.	Enquête; données de recensement
	Drogues illicites - utilisation tout au long de la vie, prévalence de l'utilisation actuelle	Indicateur de risque sanitaire	Biais introduit par l'auto-évaluation.	Enquête; données de recensement

<b>INDICATEURS DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ - INDIVIDU ~ (suite)</b>				
<b>DIMENSION</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>QUE MESURE-T-IL?</b>	<b>COMMENTAIRES</b>	<b>SOURCE DE DONNÉES</b>
Prévention des maladies et traumatismes	Tension artérielle (TA) - proportion ayant un contrôle annuel, prévalence ayant «déjà» fait l'objet d'un diagnostic d'hypertension	Comportement favorisant la détection précoce, TA élevée indicateur de risque sanitaire	Biais introduit par l'auto-évaluation.	Enquête; données de recensement
	Prévention du cancer chez la femme - proportion subissant régulièrement un test de Papanicolaou, proportion pratiquant régulièrement l'auto-examen des seins	Comportement favorisant la détection précoce du cancer du col de l'utérus et du cancer du sein	Biais introduit par l'auto-évaluation.	Enquête; données de recensement
	Santé sexuelle - nombre de partenaires sexuels, fréquence des rapports non protégés, degré de connaissance de la prévention des MTS	Pratiques sexuelles, à titre d'indicateur du risque sanitaire	Biais introduit par l'auto-évaluation.	Enquête; données de recensement
	Santé bucco-dentaire - % pourvu de dents, indice CAO, fréquence du brossage des dents, % ayant accès à des soins dentaires réguliers	Comportement préventif. L'indice CAO constitue un indicateur général de santé dentaire	Biais introduit par l'auto-évaluation Les critères appliqués pour mesurer le degré de caries peuvent varier.	Enquête; données de recensement
	Contrôle des traumatismes - fréquence d'utilisation des ceintures de sécurité, du port d'un casque de sécurité	Comportement préventif	Biais introduit par l'auto-évaluation.	Enquête; données de recensement
	Traumatisme professionnel - fréquence, type et gravité du traumatisme lié au travailleur	Pratiques préventives et conditions du lieu de travail		Réclamations adressées aux commissions des accidents du travail, aux compagnies d'assurance

<b>INDICATEURS DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ - INDIVIDU ~ (suite)</b>				
<b>DIMENSION</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>QUE MESURE-T-IL?</b>	<b>COMMENTAIRES</b>	<b>SOURCE DE DONNÉES</b>
Contexte relatif à la santé personnelle	Proportion d'individus vivant seuls	Met en évidence le risque accru d'isolement social; un risque pour la santé mentale/physique		Enquête; données de recensement
	Stress - niveau de stress perçu, % ayant déjà envisagé le suicide	Aspects de l'état de santé mentale de la population	Biais introduit par l'auto-évaluation. La «mesure» dans laquelle la personne était sérieuse peut ne pas être évaluée (la personne était-elle très sérieuse ou pas vraiment).	Enquête
Facteurs génétiques / biologiques	(reconnus comme ayant un rôle important dans l'état de santé, mais aucun indicateur n'a été identifié)			

<b>INDICATEURS DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ - SOCIÉTÉ</b>				
<b>DIMENSION</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>QUE MESURE-T-IL?</b>	<b>COMMENTAIRES</b>	<b>SOURCE DE DONNÉES</b>
Environnement physique	Personnes/unité	Intensité du peuplement	Utile pour les grandes régions géographiques, moins utiles pour les villes (l'intensité du peuplement y varie moins).  Reflète quelque peu la situation relative au logement.	Données de recensement, données sur le territoire municipal
	Proportion du territoire réservé à une utilisation précise : zonage	Utilisation des terres	Fiable; peu de valeur comme indice de la situation sanitaire individuelle; peut témoigner de la probabilité de maladie professionnelle.  Peut être un indicateur indirect de la situation socio-économique (SSE).	Urbanistes, gouvernement
	Âge des logements, qualité (besoin de réparations), superficie	Caractéristiques des logements	Aide à évaluer la SSE des résidents de la collectivité.	Recensement, planification municipale, évaluation des taxes
	Endroit du lieu de travail	Entrées et sorties de la communauté, du foyer	Là où le zonage interdit le travail à domicile, la fiabilité peut être moindre.  Fournit l'indice de mobilité. Peut témoigner de changements dans les pratiques de travail.	Enquête
	Mesure de la qualité de l'air	Composition de l'air local, surtout au niveau des polluants	Fiable lorsque mesuré; les mesures sont souvent épisodiques et spécifiques d'un lieu.  Déterminant solide de l'asthme, de l'emphysème et d'autres maladies respiratoires chroniques.	Organismes de surveillance de l'environnement des gouvernements provinciaux
	Mesure de la qualité de l'eau	Composition de l'eau locale, surtout au niveau des contaminants, des microorganismes	Fiable, valable pour l'eau potable. La qualité de l'eau de surface est moins souvent déterminée, mais elle est importante pour l'irrigation, les loisirs; la surveillance est la norme en santé publique.	Gouvernement provincial ou municipal

## INDICATEURS DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ - SOCIÉTÉ ~ (suite)

DIMENSION	INDICATEUR	QUE MESURE-T-IL?	COMMENTAIRES	SOURCE DE DONNÉES
Environnement physique (suite)	Climat - température moyenne, pluie, heures d'ensoleillement	Indice de la rigueur du climat	Quelque peu subjectif, mais donne une position relative. Association marginale avec une atteinte précise : gelure, etc.	Environnement Canada
	Utilisation des sites de décharge, lieux d'élimination des déchets dangereux, utilisation de matières dangereuses	Mesure les attitudes concernant la gestion des déchets et détermine la quantité de déchets produits	Les lieux d'élimination des déchets dangereux peuvent ne pas être consignés.	Administrations municipales, organismes de protection de l'environnement des gouvernements féd. et prov.
	Animaux nuisibles - nombre d'infestations	Présence/absence de nombres importants d'animaux nuisibles (rats, souris, etc.)	Non fiable. L'intensité de la lutte est un indice des problèmes sanitaires possibles dans une communauté.	Auto-évaluation, organismes de santé publique (p. ex., surveillance des aliments)
	Installations de loisir - nombre, accessibilité	Présence/absence d'installations communautaires de loisir (piscines, patinoires, etc.)	Fiable, mais l'estimation de l'utilisation serait difficile. Indicateur général de la SSE d'une communauté.	Autorités locales des parcs et des loisirs
	Accès par téléphone	Couverture - un mode de communication	Indicateur général (brut) de la SSE. Non directement lié à la santé.	Compagnie de téléphone
	Utilisation du service d'autobus/ ferroviaire/aérien, du service de transport spécial pour handicapés	Utilisation des options de transport	Mesure valide des services; l'estimation de l'utilisation ne témoigne que des utilisateurs, et non des personnes qui ont peut-être besoin du service mais ne peuvent pas ou ne veulent pas l'utiliser. Effets directs et effets indirects sur la santé.  L'existence d'un service de transport pour les adultes handicapés est un indicateur de l'accès aux services pour handicapés. Les statistiques d'utilisation peuvent aider à évaluer le besoin.	Urbanistes, responsables des finances, responsables du transport

<b>INDICATEURS DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ - SOCIÉTÉ ~ (suite)</b>				
<b>DIMENSION</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>QUE MESURE-T-IL?</b>	<b>COMMENTAIRES</b>	<b>SOURCE DE DONNÉES</b>
Environnement physique (suite)	Quantité, condition et entretien pour ce qui est des routes, des ponts, de l'éclairage public, du déneigement, etc.	Qualité de l'infrastructure du transport	Il s'agit d'un indice médiocre de la santé de l'individu. C'est davantage un indice de la richesse globale de la société et de l'établissement des priorités.	Services de transport municipaux et provinciaux
	Incidence des accidents de la route	Nombre, type et gravité des accidents de la route	Indicateur de la fréquence des accidents; probablement très fiable pour les cas d'accident (là où cet indicateur est mis en application), mais plutôt non fiable pour les accidents de gravité moindre.	Politique municipale
Indicateurs démographiques	Population par âge et sexe (pyramide)	Nombre de personnes résidant dans une région donnée, pour chacun des groupes d'âge de chaque sexe	Généralement fiable - les données sont meilleures immédiatement après un recensement. Moins fiable dans les régions de forte migration. Moins exact pour les sous-groupes, p. ex., les sans-abri.  Donnée fondamentale pour la description d'une population et comme dénominateur pour de nombreux indicateurs de santé.	Données de recensement
	Taux d'accroissement de la population	Vitesse de changement des chiffres de population	Exige des estimations exactes de la population à deux moments déterminés. Permet l'estimation de la population future et, donc, facilite la planification.	Données de recensement; projections démographiques
	Indice synthétique de fécondité (ISF)	Nombre total d'enfants que les femmes pourraient porter au cours de leur vie	Indice valable pour les comparaisons entre des populations. Son utilité peut être mise en doute pour les petits sous-groupes de la population.  Bon descripteur de la fécondité globale. Utilisé pour la planification de la population et les services prénatals et postnatals.	Données de recensement; statistiques de l'état civil

<b>INDICATEURS DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ - SOCIÉTÉ ~ (suite)</b>				
<b>DIMENSION</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>QUE MESURE-T-IL?</b>	<b>COMMENTAIRES</b>	<b>SOURCE DE DONNÉES</b>
Indicateurs démographiques <i>(suite)</i>	Taux de natalité par âge, naissances selon le degré d'instruction de la mère	Naissances vivantes selon l'âge de la mère. Naissances vivantes selon le degré d'instruction de la mère	La fiabilité et la validité dépendent en partie de l'exactitude et de l'à-propos des données de recensement.  Utilisé pour identifier les groupes à risque, élaborer des programmes de planification des naissances et des programmes prénatals et postnatals, et pour documenter les tendances.	Données de recensement, statistiques de l'état civil
	Espérance de vie (à un âge donné)	Vie moyenne (à cet âge)	Se rapporte à des groupes de population, non pas à des individus. Ne renseigne pas sur la morbidité.	Données de recensement
	Pourcentage de la population né ailleurs qu'au Canada	Aspect de la composition de la population. Utilisé pour tenir compte des écarts dans le degré d'instruction, le revenu, etc.	Une même origine ne se traduit pas par une expérience culturelle ou sociale homogène.  Utile pour la planification de l'application des programmes aux immigrants. La division de la population selon l'origine peut fournir des données sur la probabilité d'une maladie précise.	Données de recensement
Indicateurs socio-économiques	Proportion de familles monoparentales avec enfants de moins de 18 ans	Comme indiqué. Mesure substitutive des conditions socio-économiques médiocres	Facilite la détermination de la taille des groupes à haut risque.	Données de recensement
	Niveau, répartition et source du revenu	Mesure substitutive de la situation socio-économique	La définition du revenu varie. Le revenu médian serait peut-être une mesure plus utile que le revenu moyen. Peut se rapporter au revenu des particuliers, des familles ou des ménages.	Données de recensement, enquêtes, données sur les déclarants
	Incidence des faibles revenus	Comme indiqué relativement à une population donnée	La définition de «faible revenu» peut varier selon l'endroit et le moment. Ne tient compte ni des «travailleurs pratiquement pauvres», ni des «gagne-petit» dont les conditions de vie peuvent être très comparables. Identifie les groupes à haut risque potentiels.	Données de recensement, enquêtes

<b>INDICATEURS DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ - SOCIÉTÉ ~ (suite)</b>				
<b>DIMENSION</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>QUE MESURE-T-IL?</b>	<b>COMMENTAIRES</b>	<b>SOURCE DE DONNÉES</b>
Indicateurs socio-économiques <i>(suite)</i>	Proportion de la population recevant une aide sociale	Comme indiqué relativement à une population donnée	Les données n'incluent pas toutes les personnes admissibles. Les définitions varient selon l'endroit et le moment. Permet de calculer un indice de désavantage. Identifie des groupes à haut risque potentiels.	Données de recensement, enquêtes, données de l'aide sociale municipale et provinciale
	Taux de chômage	Comme indiqué relativement à une population donnée. Indicateur socio-économique clé	La définition de chômage varie.  Utile pour la planification des programmes d'aide sociale et de développement économique.	Données des enquêtes sur la population active
Niveau de scolarité	Pourcentage de personnes admissibles fréquentant l'école	Accès et couverture pour la population admissible	Peut aider à identifier des groupes dont le niveau de scolarité laisse à désirer.	Ministères de l'Éducation; conseils scolaires
	Niveau moyen de scolarité officielle	Mesure substitutive du potentiel santé		Enquêtes; ministères de l'Éducation; conseils scolaires
	Pourcentage des 15 ans et plus ayant <9 années de scolarité	Indicateur de la situation socio-économique	Indication de la capacité probable de fonctionner efficacement dans la société.	Enquêtes
	Taux d'alphabétisation (fondamentale et fonctionnelle)	Comme indiqué	Il faut préciser les définitions avant d'établir des comparaisons.  Indice brut de la scolarité. Utilisé pour déterminer la proportion de la population sachant suffisamment lire et écrire pour pouvoir fonctionner dans la société.	Enquêtes, données de recensement
	Pourcentage d'enfants admissibles au jardin d'enfants ou en garderie	Comme indiqué. Mesure substitutive du potentiel santé	Donnée difficile à obtenir.	Enquêtes, données d'inscription à l'école

## INDICATEURS DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ - SOCIÉTÉ ~ (suite)

DIMENSION	INDICATEUR	QUE MESURE-T-IL?	COMMENTAIRES	SOURCE DE DONNÉES
Nutrition	Incidence des empoisonnements alimentaires, taux de conformité à la réglementation des établissements alimentaires	Salubrité de l'approvisionnement alimentaire	Données incomplètes.	Laboratoires et services de santé prov.
	Utilisation des banques d'alimentation	Accessibilité de l'approvisionnement alimentaire. Donne le nombre d'individus ou de familles ayant recours à une banque d'alimentation	Peu de données démographiques disponibles sur la population choisie.  Indicateur général du besoin de la société. Utile pour l'estimation des tendances et des changements relatifs des conditions sociales.	Banque alimentaire et autres organismes

<b>PERCEPTION DES BESOINS PRIORITAIRES ET PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE SERVICES</b>			
<b>DIMENSION</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>COMMENTAIRES</b>	<b>SOURCE DE DONNÉES</b>
Perception des besoins prioritaires en matière de santé	Degré relatif de préoccupation exprimé à l'égard des questions de santé, notamment : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Principales causes de décès, de maladie et de traumatisme</li> <li>- Milieu social</li> <li>- Milieu physique</li> <li>- Questions concernant le style de vie en rapport avec la santé</li> <li>- Questions d'équité</li> <li>- Questions économiques</li> <li>- Questions en rapport avec les différents stades de la vie</li> <li>- Prestation des services de santé</li> </ul>	Les réponses témoigneront du degré de sensibilisation à l'égard des questions générales de santé	Sondages locaux Séances de discussion Entrevues Rétroaction informelle Sondages provinciaux et nationaux (p.ex., Enquête promotion santé Canada)
Préférences en matière de services pour répondre aux besoins	Types de services souhaités pour répondre aux besoins perçus : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Défense des droits</li> <li>- Counseling</li> <li>- Enseignement</li> <li>- Application de la loi</li> <li>- Intervention</li> </ul>	Biais en faveur des services et installations existants	Sondages locaux Séances de discussion Entrevues
	Types de prestataires de services préférés pour répondre aux besoins perçus, p. ex. : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Auto-soins</li> <li>- Prestataires informels (bénévoles, amis, etc.)</li> <li>- Prestataires formels (médecins, infirmières, assistants, travailleurs du milieu, etc.)</li> </ul>	Biais en faveur d'un type familier de prestataire de service	Sondages Séances de discussions Entrevues
	Niveau de service	Utile pour la planification des services	Sondages Séances de discussion, Entrevues

## RESSOURCES HUMAINES, EN CAPITAL, TECHNIQUES ET FINANCIÈRES

DIMENSION	INDICATEUR	COMMENTAIRES	SOURCE DE DONNÉES
Ressources humaines	Types de prestataires formels de SSC à la disposition de la communauté	Indique la gamme de ressources humaines disponibles pour répondre aux besoins en matière de santé; donne une idée des lacunes des services	Registres professionnels Sondages Dossiers de l'organisation
	Comparaison des ratios de population par prestataire avec les ratios d'autres secteurs, par type de prestataire de SSC	Indique, par type de prestataire, les excès et les manques de services	Recensement Dossiers de l'organisation
	Nombre de bénévoles de services communautaires enregistrés	Utile pour la planification des services	Registres des bénévoles
	Types de prestataires de services connexes dans d'autres organisations et départements à la disposition de la communauté	Indique la gamme de ressources humaines disponibles et les écarts dans les services	Dossiers de l'organisation
Ressources en capital et techniques	Présence et état des installations nécessaires (santé et autres)	Utile pour la planification en capital	Vérification Sondages
	Présence et état de l'équipement de diagnostic et de traitement nécessaire		Vérification Sondages

<b>RESSOURCES HUMAINES, EN CAPITAL, TECHNIQUES ET FINANCIÈRES ~ (suite)</b>			
<b>DIMENSION</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>COMMENTAIRES</b>	<b>SOURCE DE DONNÉES</b>
Ressources en capital et techniques <i>(suite)</i>	Disponibilité et qualité des moyens techniques	Exemples : ordinateurs en direct, bibliothèques, télé-vidéo, etc; important pour améliorer l'accès du consommateur à l'information en matière de santé	Vérification Sondages
	Disponibilité et caractère adéquat des systèmes de transport (p.ex., pour le public et les personnes handicapées)	Indicateur d'accessibilité aux services	Sondages
Ressources financières	Comparaison des niveaux de financement avec ceux d'autres secteurs de compétence, par type de service (c.-à-d. services de santé et autres)	Peut indiquer un excès ou un manque de service	Sondages

<b>DISPONIBILITÉ ET UTILISATION DES SERVICES</b>			
<b>DIMENSION</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>COMMENTAIRES</b>	<b>SOURCE DE DONNÉES</b>
Disponibilité des services	Gamme et niveaux de SSC à la disposition de la communauté	Se reporter à la section 3.3 du document principal pour l'analyse des SSC de base	Répertoires de l'organisation
	Disponibilité des services de santé en établissement : - Soins aigus - Soins à long terme - Spécialités (cancer, réadaptation, TB) (comparaison du nombre de lits pour 1 000 habitants avec les autres secteurs; modalités de service par type de service)		Données d'hospitalisation Bases de données provinciales Dossiers de l'organisation
	Disponibilité des ressources communautaires connexes, p.ex., - Groupes de soutien et d'entraide - Centres d'accueil - Banques d'alimentation - Refuges (femmes, sans-abri, jeunes) - Services sociaux - Centres d'emploi - Cours (gestion du stress, counseling pour les personnes en deuil, etc.) - Soutien spirituel - Installations de loisirs - Associations de bénévoles - Garderies		Registres des bibliothèques Répertoires communautaires Centres communautaires
	Listes d'attente pour l'estimation et l'intervention par type de service : - Organisme de services de santé - Autres organisations communautaires	Indique si la demande a été satisfaite ou non	Dossiers de l'organisation Bases de données provinciales

<b>DISPONIBILITÉ ET UTILISATION DES SERVICES ~ (suite)</b>			
<b>DIMENSION</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>COMMENTAIRES</b>	<b>SOURCE DE DONNÉES</b>
Modèles d'utilisation des services	Utilisation des services par variable démographique (p. ex., âge, sexe, race, SSE) - Services de santé - Autres services communautaires	Indique les secteurs où la demande a été satisfaite ou non, et les problèmes pratiques des services; ne s'obtient que pour les services actuels  Utile pour la planification des services destinés aux groupes vulnérables ou à risque élevé	Dossiers de l'organisation Bases de données provinciales
	Utilisation des services par problème et situation	Indique les secteurs où la demande a été satisfaite ou non, et les modèles pratiques de services	Dossiers de l'organisation Bases de données provinciales
	Utilisation des services par type de services	Indique les secteurs où la demande a été satisfaite ou non, et les modèles pratiques de services	

## ANNEXE C

### INDICATEURS DE PLANIFICATION ET D'ÉVALUATION DES SERVICES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES

Les indicateurs de planification et d'évaluation sont organisés en fonction des résultats, des processus et des structures. Dans la section « commentaires » des tableaux sur les indicateurs de processus et de structure, le statut des indicateurs est précisé au moyen des codes suivants :

EMP =	arguments empiriques provenant d'études comparatives ou quasi-comparatives (c'est-à-dire : des corrélations ont été observées entre ces indicateurs et les résultats)
EXP-RD =	confirmation expérimentale de l'indicateur dans des études descriptives recensées lors de la recherche documentaire
EXP-VSLT =	confirmation expérimentale lors des visites sur le terrain
P-VSLT =	proposé lors des visites sur le terrain
P-RD =	postulé dans des articles spécialisés recensés lors de la recherche documentaire
P-EE =	postulé par l'équipe d'étude

#### Considérations relatives à l'application

- Deux types d'indicateurs ont été utilisés : quantitatifs et qualitatifs. Les indicateurs quantitatifs font intervenir des nombres, des taux, des ratios ou des pourcentages. Les indicateurs qualitatifs sont soit a) des mesures par *oui/non* ou par *présence/absence*, soit b) des indicateurs devant faire l'objet d'une analyse comparative à l'aide de critères de vérification pré-déterminés. Lorsque l'on a recours à des indicateurs qualitatifs, des définitions précises doivent être établies pour indiquer à quel moment un critère donné est satisfait.
- Les indicateurs présentés sont une première tentative en vue d'établir les éléments de données utiles à la gestion des SSC. Il faudra leur apporter des améliorations au fil du temps, à mesure qu'ils seront appliqués dans les divers secteurs de compétence.
- Il existe un grand nombre d'indicateurs susceptibles de servir à la planification et à l'évaluation des SSC. Ceux dont il est question dans le présent document ont été choisis en fonction de la priorité particulière que nous nous étions fixée. Ainsi, les indicateurs de processus et de structures font intervenir, relativement aux ressources humaines et aux organisations, des caractéristiques pour lesquelles on a observé un certain degré de corrélation avec les résultats visés par les SSC.

<b>EFFICACITÉ DES SERVICES : ÉTAT DE SANTÉ (attribuable au programme/service)</b>			
<b>DIMENSION</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>COMMENTAIRES</b>	<b>SOURCE DE DONNÉES</b>
Qualité de vie	Perception par le consommateur d'une amélioration de sa qualité de vie attribuable au programme/service		Sondages
Capacité fonctionnelle	Proportion d'individus dans le programme/service pour lesquels il y a augmentation significative de l'aptitude à fonctionner en ce qui concerne : - les auto-soins (activités de la vie quotidienne) - la productivité (travail rémunéré ou non et école) - les loisirs		Échelles Sondages
Invalidité	Proportion d'individus dans le programme/service pour lesquels il y a réduction significative de l'invalidité		Échelles
Morbidité	Proportion d'individus dans le programme/service pour lesquels il y a réduction significative de la morbidité		Sondages Échelles
Mortalité	Nombre de décès par cause de décès par rapport au nombre total d'individus inclus dans un programme ou un service	Pas souvent applicable aux SSC  Il pourrait être difficile d'appliquer les données aux SSC, car la cause initiale ou secondaire du décès pourrait ne pas être codée	Statistiques de l'état civil Recensement

<b>EFFICACITÉ DES SERVICES : RÉDUCTION DU RISQUE (attribuable aux SSC)</b>			
<b>DIMENSION</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>COMMENTAIRES</b>	<b>SOURCE DE DONNÉES</b>
Pratiques d'hygiène personnelle	Amélioration manifeste des pratiques/comportements d'hygiène personnelle des bénéficiaires des SSC, p. ex., - usage du tabac - consommation d'alcool - alimentation - activité physique - usage de substances illicites		Sondages
	Améliorations manifestes dans les comportements préventifs des bénéficiaires des SSC, p. ex., - vérifications de la tension artérielle - prévention du cancer - pratiques d'hygiène sexuelle - santé bucco-dentaire - prévention des traumatismes		Sondages
Environnement physique/social	Confirmation de mesures visant à déterminer et à éliminer les menaces physiques et sociales à la santé		Registres du service
	Proportion de situations à risque qui ont été recensées sur le plan de la salubrité de l'environnement physique et qui sont résolues grâce aux SSC	Pourrait nécessiter la collaboration avec d'autres organisations/services	Registres du service

<b>EFFICACITÉ DES SERVICES : RÉDUCTION DU RISQUE (attribuable aux SSC) ~ (suite)</b>			
<b>DIMENSION</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>COMMENTAIRES</b>	<b>SOURCE DE DONNÉES</b>
Environnement physique/social (suite)	Respect manifeste des normes de contrôle de l'hygiène du milieu spécifiées dans la législation/ réglementation ou des normes provinciales ressortissant au mandat de l'organisation des SSC	Types de contrôles qui pourraient relever des organisations de SSC : normes de sécurité des garderies, normes de salubrité de l'eau et des aliments, gestion des déchets de la municipalité	Registres du service
	Proportion de situations sociales problématiques déterminées, résolues grâce aux SSC		Registres du service
	Présence de politiques et de pratiques publiques saines au niveau local, attribuables aux SSC	Exemples : aires non-fumeurs dans les lieux publics et réglementation du port du casque par les cyclistes	Règlements municipaux

<b>EFFICACITÉ DES SERVICES : CAPACITÉ DES INDIVIDUS ET DE LA COMMUNAUTÉ (attribuable aux SSC)</b>			
<b>DIMENSION</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>COMMENTAIRES</b>	<b>SOURCE DE DONNÉES</b>
Ressources sociales	Amélioration de la fréquence et de la qualité des visites effectuées par les bénéficiaires auprès d'amis et de parents		Sondages
Aptitude à «faire face»	Les bénéficiaires de SSC déclarent être mieux en mesure de faire face à leur problème de santé		Sondages
Connaissances relatives à la santé	Amélioration manifeste des connaissances et des attitudes des bénéficiaires de SSC concernant la santé		Sondages
Compétences en matière de santé	Acquisition/utilisation manifestes de compétences en matière de santé par les bénéficiaires de SSC et les prestataires de soins informels		Sondages

<b>EFFICACITÉ DES SERVICES : ADÉQUATION</b>			
<b>DIMENSION</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>COMMENTAIRES</b>	<b>SOURCE DE DONNÉES</b>
Adéquation des SSC	Présence des SSC pour répondre aux besoins de la communauté et collaborer avec celle-ci face aux incidents et aux problèmes de santé	Exemples d'incidents dans la communauté posant des défis physiques et psycho-sociaux en matière de santé : désastres naturels, incidents de violence et priorités en matière de services continus	Registres du service
	La réponse des SSC aux incidents et aux problèmes de santé dans la communauté est perçue, dans le public, comme étant rapide, de qualité et appropriée		Sondages
	La réponse des SSC aux incidents et aux problèmes de santé dans la communauté est perçue comme étant rapide, de qualité et appropriée par les autres organisations communautaires		Sondages

<b>EFFICACITÉ DES SERVICES : SATISFACTION DES CONSOMMATEURS</b>			
<b>DIMENSION</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>COMMENTAIRES</b>	<b>SOURCE DE DONNÉES</b>
Satisfaction des consommateurs à l'égard des résultats des services	Satisfaction des consommateurs à l'égard des résultats des services		Sondages Entrevues
	Amélioration déclarée au niveau de la santé et du bien-être que les consommateurs attribuent aux SSC		Sondages Entrevues
Satisfaction des consommateurs à l'égard des processus et des structures des services	Nombre/proportion de plaintes officielles justifiées		Sondages Entrevues
	Satisfaction quant à l'accessibilité des programmes/services		Sondages Entrevues
	Satisfaction quant à l'accès au dispensateur de son choix		Sondages Entrevues
	Satisfaction quant au cheminement à travers les processus du service, p. ex., inscription au service, orientation vers d'autres services		Sondages Entrevues
	Satisfaction quant à la qualité et au caractère approprié des services		Sondages Entrevues
	Perception de la «convivialité» des installations	Ex. : L'ambiance était-elle non menaçante? Les services étaient-ils situés dans un endroit commode? Y avait-il du stationnement? etc.	Sondages Entrevues
	Perception de la «convivialité» du personnel	Ex. : Les employés étaient-ils d'approche facile? Le consommateur s'est-il senti compris?	Sondages Entrevues

<b>EFFICIENCE ÉCONOMIQUE</b>			
<b>DIMENSION</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>COMMENTAIRES</b>	<b>SOURCE DE DONNÉES</b>
Coût pour le système de santé	Efficienc e confirmée par une évaluation économique formelle	Pourrait ne pas être à la portée de la plupart des organisations de SSC en raison du coût et des capacités de recherche requises	Évaluation économique
	Utilisation de la plupart des processus économiquement rentables confirmée par des études entreprises ailleurs	Indicateur substitutif de l'évaluation économique formelle; exige une connaissance de la documentation sur les pratiques rentables	Recherche documentaire
Coûts des SSC	Absence de tout chevauchement inutile des services	c'est-à-dire, plusieurs prestataires dispensant des services semblables	Registres du service Sondages
	Absence de formalités et de paperasserie administratives inutiles	Exemples : dédoublement des procédures et des formulaires en ce qui concerne l'inscription au service et les antécédents médicaux	Formules et registres du service Sondages
	Comparaison des coûts unitaires avec ceux de secteurs de compétence comparables, en fonction : - du service - du client/cas - du type de problème	Il pourrait être difficile d'établir que les comparaisons portent sur des éléments «apparentés», au vu de la diversité des définitions	Registres du service et registres financiers Sondages auprès d'autres secteurs de compétence Normes provinciales, fédérales ou autres
Désinstitutionnalisation	Nombre/proportion de malades qui n'auraient pas dû être placés en établissement dans le secteur de compétence		Archives hospitalières Sondages
	Nombre/proportion de clients des SSC pour lesquels on a évité l'institutionnalisation		Registres du service Sondages

<b>ÉQUITÉ</b>			
<b>DIMENSION</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>COMMENTAIRES</b>	<b>SOURCE DE DONNÉES</b>
Universalité	Pourcentage de la population «couverte» par des SSC		Bases de données provinciales Mandat de l'organisation
	Présence de politiques et de pratiques d'admissibilité globale et absence de politiques et de pratiques d'exclusion		Registres de l'organisation Vérification
Services ciblés	Preuves démontrant que les SSC sont conçus en fonction des besoins les plus grands en matière de santé	Permet de déterminer la mesure dans laquelle des services proactifs sont en place pour répondre aux besoins prioritaires recensés	Documents
	Proportion de services assurés aux groupes vulnérables/à haut risque; ex. : - minorités - immigrants - Autochtones - population rurale - groupes socio-économiques défavorisés - personnes âgées fragiles	Permet des comparaisons avec les données sur les besoins en matière de santé de la population afin de déterminer si les services sont correctement ciblés	Registres du service
	Délais avant l'évaluation selon le besoin en matière de santé		Registres du service
	Délais avant le traitement selon le besoin		Registres du service

<b>HABILITATION DE LA COMMUNAUTÉ ET DU CONSOMMATEUR</b>			
<b>DIMENSION</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>COMMENTAIRES</b>	<b>SOURCE DE DONNÉES</b>
Habilitation de la communauté	Satisfaction du public quant à sa participation à l'élaboration des SSC		Sondages
	Pourcentage de programmes de SSC à la planification, à la mise en oeuvre et à l'évaluation desquels participent des membres de la communauté		Registres Comptes rendus
	Nombre et proportion de membres de la communauté engagés dans des activités organisationnelles (p. ex., levée de fonds, bénévolat)	Mesure substitutive de l'engagement de la communauté vis-à-vis des SSC	Registres
	Mesure dans laquelle d'autres organisations communautaires perçoivent l'existence d'un partenariat avec les SSC		Sondages
Habilitation du consommateur	Niveau de contrôle perçu dans les prises de décisions concernant les services de santé personnels		Sondages Entrevues
	Niveau de connaissance des consommateurs relativement à : - la santé et ses déterminants - la disponibilité de services équivalents - les critères et les procédures d'admission aux services		Sondages

<b>QUALITÉ DE LA VIE AU TRAVAIL (résultat intermédiaire)</b>			
<b>DIMENSION</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>COMMENTAIRES</b>	<b>SOURCE DE DONNÉES</b>
Satisfaction des prestataires	Satisfaction des prestataires quant à la qualité du milieu de travail		Sondages Entrevues
Taux de roulement	Taux de roulement du personnel imputable aux conditions de travail		Sondages Entrevues
Taux d'épuisement professionnel	Niveaux des «besoins» des prestataires informels en ce qui concerne les soins de relève		Sondages

<b>PROCESSUS DE GESTION</b>			
<b>DIMENSION</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>COMMENTAIRES</b>	<b>SOURCE DE DONNÉES</b>
Gestion efficace et efficiente	Proportion des buts/objectifs des SSC atteints	P-EE Mesure la réalisation de normes prédéterminées et le respect des calendriers	Registres de l'organisation ou de l'organisme
	Conformité aux normes/directives nationales et provinciales en matière de santé communautaire	P-EE	Registres de l'organisation
	Présence de programmes d'initiation	EXP-VSLT Expression d'un besoin pour une initiation à la philosophie, aux objectifs et aux approches de la prestation de services de santé communautaires	Registres de l'organisation
	Présence et application de systèmes efficaces de mesure du rendement	P-EE	Registres de l'organisation
	Application de pratiques efficaces de gestion du temps	P-VSLT	Vérification Registres
	Présence d'une culture et de pratiques de gestion positives, p. ex. : <ul style="list-style-type: none"> <li>- sollicitude envers les subordonnés</li> <li>- rétroaction permanente destinée aux prestataires</li> <li>- autonomie des équipes</li> <li>- souplesse</li> <li>- volumes de travail contrôlés</li> <li>- intérêt de l'employeur envers les prestataires</li> <li>- salaires et avantages sociaux équitables</li> <li>- participation aux prises de décisions (représentation aux comités, opinions sollicitées et valorisées)</li> <li>- mise en valeur du rôle des prestataires informels(p. ex., titres, insignes, espace de bureau)</li> <li>- possibilités d'éducation permanente</li> <li>- possibilités de croissance</li> </ul>	EMP, P-RD, EXP-VSLT	Sondages

**PROCESSUS DE GESTION ~ (suite)**

<b>DIMENSION</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>COMMENTAIRES</b>	<b>SOURCE DE DONNÉES</b>
Gestion stratégique/ pro-active	Preuves d'une évaluation globale des besoins en matière de santé communautaire, y compris examen et analyse : - de l'état de santé de la population - des préoccupations de la communauté et de ses préférences en matière de services - des ressources communautaires courantes	P-EE	Registres de l'organisation
	Présence d'un énoncé de la vision et de la mission de l'organisation	EXP-VSLT, P-RD Accent mis sur l'importance d'un leadership visionnaire	Registres de l'organisation
	Présence de buts et d'objectifs intermédiaires mesurables, assortis de plans d'action déterminés	P-EE Les buts et les objectifs mesurables doivent être manifestement liés aux problèmes de santé d'intérêt prioritaire	Registres de l'organisation
	Mise en oeuvre confirmée d'un plan de travail	P-EE	Vérification Registres
	Présence de politiques régissant l'utilisation des directives professionnelles, le cas échéant	P-EE	Registres de l'organisation
	Évaluation confirmée des SSC	P-EE Nécessité d'être sélectif dans le choix des questions d'évaluation les plus pertinentes pour l'organisation ou le programme particulier	Registres de l'organisation
Gestion financière	Confirmation du respect des limites budgétaires	P-EE	Registres financiers

<b>PROCESSUS DE PRESTATION DES SERVICES</b>			
<b>DIMENSION</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>COMMENTAIRES</b>	<b>SOURCE DE DONNÉES</b>
Éventail des services	Nombre, type et fréquence des SSC «de base»	P-EE Voir le paragraphe 3.3 pour une analyse des services «de base»	Registres du service Rapport annuel
	Proportion du temps consacré aux domaines suivants : - Promotion - Prévention - Services curatifs - Réadaptation - Soutien communautaire	P-EE	Registres du service
	Proportion du temps consacré aux interventions collectives* par rapport aux interventions visant les individus	P-EE *Les services de type collectif sont ceux qui s'adressent à l'ensemble de la population ou à des sous-groupes de la population, plutôt qu'à des clients en particulier	Registres du service
Continuité des soins	Présence d'un coordonnateur de cas affecté à chaque client ou famille à haut risque	P-RD À haut risque s'entend notamment des personnes nécessitant des services de longue durée ou intensifs	Registres du service
	Les dossiers des clients sont intégrés pour l'ensemble des services et des prestataires de services (c'est-à-dire, un dossier par client)	EXP-VSLT Les observations des prestataires devraient, de préférence, être consignées chronologiquement, plutôt que par discipline. Des mesures efficaces de protection du secret pourraient se révéler nécessaires; exceptionnellement, il pourrait être nécessaire de ne pas divulguer le dossier personnel dans certaines situations délicates	Dossiers des clients
	Preuves d'une continuité des soins d'une organisation et d'un secteur à l'autre	P-EE Indicateur fondé sur l'efficacité de modèles comme «On Lok» aux États-Unis	Dossiers des clients Sondages
	Contrôles périodiques auprès des personnes à haut risque	P-EE	Dossiers du service et des clients

**PROCESSUS DE PRESTATION DES SERVICES ~ (suite)**

<b>DIMENSION</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>COMMENTAIRES</b>	<b>SOURCE DE DONNÉES</b>
Coordination interne	Présence de systèmes/processus d'inscription unique	P-RD p. ex., un seul formulaire d'aiguillage	Formulaires et registres du service
	Présence de processus interdisciplinaires d'évaluation, de placement et d'administration	P-RD	Formulaires et registres du service
	Présence de conférences de cas interdisciplinaires	P-EE	Registres du service Comptes rendus des réunions
Collaboration avec d'autres organisations	Perception des autres organisations communautaires à l'égard de la présence et de l'efficacité de la collaboration	P-EE	Sondages
	Proportion du temps consacré par le personnel des SSC aux relations avec d'autres organisations et services communautaires	P-EE	Registres de l'organisation et des services Sondages
	Partage confirmé : - des ressources - des prestataires - des services	P-EE	Registres de l'organisation
Accès aux renseignements	Présence de sources de renseignements accessibles aux consommateurs concernant les initiatives personnelles	P-RD, y compris les bases de données informatisées, les instructions sur bandes magnétoscopiques, l'aide téléphonique, les brochures d'information et les protocoles d'auto-soins	Vérification
	Les consommateurs peuvent consulter leur dossier personnel	P-EE	Politiques de l'organisation Sondages

<b>PROCESSUS DE PRESTATION DES SERVICES ~ (suite)</b>			
<b>DIMENSION</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>COMMENTAIRES</b>	<b>SOURCE DE DONNÉES</b>
Consentement éclairé	Mise en place et application de politiques sur le consentement éclairé	P-EE	Politiques et registres de l'organisation
Choix du prestataire	Absence d'obstacles législatifs ou organisationnels limitant indûment ou inutilement le choix du prestataire	P-EE	Législation Politiques de l'organisation
Partenariat entre les consommateurs et les prestataires	Proportion de clients qui reçoivent des renseignements adéquats sur les risques et les avantages des options de traitement	P-EE	Sondages Registres
	Participation manifeste des clients au choix et à la planification de l'intervention	P-EE	Sondages
	Niveau d'entente entre les prestataires et les consommateurs concernant : - la définition des problèmes - les objectifs des services - l'approche en matière de services	P-EE Doit être mesuré après l'établissement du plan d'intervention	Registres Sondages
	Preuves d'une politique de l'organisation établissant le droit du client de choisir l'intervention, y compris la non-intervention	P-EE	Registres
	Preuves que les services sont adaptés aux valeurs et aux besoins uniques des individus et des familles	P-EE c'est-à-dire, les sensibilités linguistiques, culturelles, religieuses et sexuelles sont prises en compte dans la mesure du possible	Sondages Registres du service
	Présence d'un mécanisme de plainte et d'appel et sensibilisation du consommateur à cette politique	P-EE	Politiques de l'organisation ou du programme
Pratiques fondées sur des éléments probants	Adhésion des prestataires aux directives établies régissant les pratiques	P-EE p. ex., Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique <sup>40</sup>	Vérification Évaluation du rendement

40

Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique (1994). Guide canadien de médecine clinique préventive. Ottawa : Ministre des Approvisionnements et Services.

**PROCESSUS DE PRESTATION DES SERVICES ~ (suite)**

<b>DIMENSION</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>COMMENTAIRES</b>	<b>SOURCE DE DONNÉES</b>
Stratégies d'auto-soins appropriées	Proportion de la population engagée dans des pratiques de prévention dont l'efficacité est attestée	EMP - il existe certains arguments empiriques en faveur de pratiques d'auto-prise en charge, comme l'auto-examen des seins et l'auto-surveillance de la pression sanguine	Sondages
	Proportion de la population présentant des affections précises qui s'auto-administrent des traitements dont l'efficacité a été démontrée	EMP - Des arguments empiriques plaident en faveur de l'auto-administration des médicaments, des injections ou des traitements par voie intraveineuse, de la nutrition parentérale totale, de la dialyse, des manipulations, des exercices, des soins pour stomisés et des pansements	Sondages Entrevues Registres du service
	Proportion de consultants externes qui s'auto-administrent des soins appropriés pour des atteintes mineures (p. ex., céphalées, rhume, grippe, blessures)	EMP	Sondages
	Application de programmes structurés de formation en auto-soins	EMP Des arguments empiriques plaident en faveur de programmes éducatifs destinés aux individus présentant certaines atteintes, p. ex., arthrite, asthme, diabète, infection des voies respiratoires supérieures	Registres du service

<b>AIRE DE RECRUTEMENT DES SERVICES</b>			
<b>DIMENSION</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>COMMENTAIRES</b>	<b>SOURCE DE DONNÉES</b>
Secteur de compétence	Preuves d'un territoire géographique délimité	P-RD	Registres de l'organisation/de l'organisme
	Frontières déterminées selon - les marqueurs naturels - les préférences de la communauté	EXP-VSLT	Registres de l'organisation
	Reconnaissance des SSC comme une entité communautaire par la collectivité	P-VSLT	Sondages
Accessibilité des services	Heures d'ouverture qui coïncident avec les besoins de la clientèle	EXP-VSLT, P-RD	Sondages, groupes de discussion, entrevues
	Accès en tout temps à un service d'urgence	EXP-VSLT	Registres de l'organisation
	Délais d'attente	P-RD	Registres du programme
	Accessibilité physique des installations	P-RD, EXP-VSLT p. ex., transport en commun, accessibilité pour les personnes handicapées	Sondages Vérification
	Pourcentage de clients pour lesquels les services sont assurés dans un lieu de leur choix	P-EE p. ex., pourcentage des bénéficiaires de soins palliatifs qui désirent mourir à la maison et qui peuvent le faire	Sondages
	Présence et application de systèmes de rappel pour les clients à haut risque	P-RD	Registres du service
	Distance jusqu'au centre de service	EXP-VSLT	Sondages

## RESSOURCES HUMAINES DE SANTÉ

DIMENSION	INDICATEUR	COMMENTAIRES	SOURCE DE DONNÉES
Utilisation et soutien des prestataires informels	Rapport des heures de service des bénévoles affiliés aux SSC sur les heures de service des prestataires formels	EMP Les résultats de la recherche documentaire appuient l'utilisation de bénévoles pour l'administration de soins, l'éducation sanitaire, les interventions auprès des personnes en détresse, l'écoute-orientation et l'aide psychosociale	Registres du service
	Proportion de clients dont le principal prestataire de services de santé primaires est un prestataire informel (c.-à-d., bénévole, membre de la famille, ami)	P-EE	Registres du service Sondages
	Présence d'options appropriées et suffisantes de soins de relève pour les prestataires qui sont des membres de la famille : - planifiés, non systématiques (p. ex., vacances) - planifiés, systématiques (p. ex., relève hebdomadaire) - non planifiés/urgence	P-RD, P-VSLT	Sondages Entrevues
	Proportion de lieux de travail situés dans l'aire géographique du ressort des SSC qui appliquent un programme de soutien* à l'intention des travailleurs qui assument un rôle de prestataire informel	P-RD *p. ex., politiques concernant les absences, les horaires de travail variables, les avantages financiers, les services d'information et d'orientation	Sondages
Intégration des prestataires formels, informels et auto-soignants	Présence de mécanismes d'intégration	P-EE p. ex., participation aux conférences de cas, circulation de l'information	Vérification Registres de l'organisation

<b>RESSOURCES HUMAINES DE SANTÉ ~ (suite)</b>			
<b>DIMENSION</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>COMMENTAIRES</b>	<b>SOURCE DE DONNÉES</b>
Recours à des travailleurs du milieu (là où les besoins le justifient)	Rapport des travailleurs sanitaires du milieu sur les travailleurs sanitaires non issus du milieu	P-EE	Registres de l'organisation Sondages
	Proportion de travailleurs sanitaires du milieu par rapport à la proportion de personnes issues du milieu dans le secteur	P-EE	Statistiques démographiques Registres de l'organisation
	Type de services fournis par les travailleurs du milieu formés (p. ex., représentants ou auxiliaires en santé communautaire)	EXP-VSLT, P-RD Soutien aux mesures de promotion de la santé et d'éducation sanitaire, d'action sociale, de développement communautaire, d'extension des services, d'administration de soins	Registres du service
Sages-femmes	Proportion de femmes enceintes qui ont la possibilité de recourir aux services d'une sage-femme	EMP Arguments liés aux issues positives de l'accouchement et à la réduction des issues négatives de l'accouchement et à la satisfaction des clientes	Sondages Registres des provinces et des organisations
	Proportion de naissances où la sage-femme est la principale intervenante	EMP Arguments liés aux issues positives de l'accouchement et à la réduction des issues négatives de l'accouchement et à la satisfaction des clientes	Registres des provinces et des organisations Statistiques de l'état civil
Infirmières cliniciennes	Proportion de la population qui a accès à une infirmière clinicienne spécialisée dans les SSC	EMP Arguments liés à la qualité et à la rentabilité	Registres de l'organisation Statistiques démographiques
	Ratio médecins/infirmières cliniciennes	P-EE	Registres de l'organisation

### RESSOURCES HUMAINES DE SANTÉ ~ (suite)

DIMENSION	INDICATEUR	COMMENTAIRES	SOURCE DE DONNÉES
Infirmières cliniciennes <i>(suite)</i>	Nombre des heures de service clinique fournies par les infirmières cliniciennes par rapport au nombre des heures de service clinique des médecins	P-EE	Registres de l'organisation
	Présence d'un protocole officiel de co-exercice entre les médecins et les infirmières cliniciennes, où les rôles sont clairement définis	P-RD	Registres de l'organisation
Autres prestataires substitués	Ratio du nombre de professionnels ayant reçu une formation officielle sur le nombre des auxiliaires techniques	Certains EMP plaident en faveur de l'utilisation de personnel substitut ayant reçu une formation en dentisterie (p. ex., infirmière dentaire), en santé mentale, en pharmacie et en aide à la réadaptation	Registres de l'organisation
	Proportion d'employés salariés possédant des compétences (ayant reçu une formation) dans plus d'un secteur de service de santé, le cas échéant (c'est-à-dire, effectifs peu nombreux)	Aucune observation empirique ne permet d'appuyer ou de décourager le recours à des travailleurs polyvalents. Les compétences les plus recherchées sont les suivantes : soins infirmiers, laboratoire, ECG, archivisme médical, techniques radiographiques et échographiques, examen de la vue, audiométrie, exploration de la fonction pulmonaire, inhalothérapie	Registres de l'organisation

<b>APTITUDES DES PRESTATEURS</b>			
<b>DIMENSION</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>COMMENTAIRES</b>	<b>SOURCE DE DONNÉES</b>
Prestateurs informels	Formation adéquate* des prestataires non spécialisés et des prestataires membres de la famille	EMP* c'est-à-dire, dans la gestion et les techniques de soins, et pour des raisons de sécurité personnelle et d'auto-prise en charge	Sondages Entrevues
	Proportion de bénévoles affiliés aux SSC adéquatement sélectionnés et formés	Les EMP donnent à croire qu'il faut soigneusement sélectionner et former les bénévoles	Sondages Entrevues
Prestateurs formels	Proportion de prestataires formels qui ont été initiés à la philosophie et aux méthodes de prestation des SSC	EXP-VSLT	Registres de l'organisation
	Proportion du budget des SSC consacrée au perfectionnement professionnel	P-EE	Registres financiers
	Proportion de programmes de formation officielle en services de santé dans la province ou le territoire où la prestation des services communautaires et la perspective en matière de santé de la population sont des composantes importantes du volet éducatif	EXP-RD, P-RD Sont nécessaires les éléments suivants : apprentissage interdisciplinaire, connaissance générale de la santé et de ses déterminants, connaissance de la prestation des SSC, approche par équipe, priorité à la promotion/prévention et à l'intervention précoce, expérience des visites à domicile	Programme d'études

### APTITUDES DES PRESTATEURS ~ (suite)

DIMENSION	INDICATEUR	COMMENTAIRES	SOURCE DE DONNÉES
Prestateurs formels <i>(suite)</i>	Proportion d'expérience pratique acquise par les étudiants en médecine et les autres étudiants en services de santé dans le milieu communautaire, par rapport au milieu institutionnel	P-RD	Registres des établissements d'enseignement
	Présence de liens officiels entre les organisations de SSC et les programmes de formation en médecine et en services de santé	EXP-VSLT	Registres Organigrammes des organisations Listes des membres de comités
	Présence de stratégies efficaces d'encouragement de l'emploi dans les secteurs insuffisamment desservis	P-RD Important du point de vue de l'équité. Parmi les stratégies proposées dans la documentation, mentionnons les suivantes : recrutement d'étudiants intéressés, possibilités de stages pratiques en milieu éducatif en guise de préparation au travail dans les secteurs insuffisamment desservis, recrutement de professeurs possédant de l'expérience dans le domaine, utilisation de programmes d'études qui mettent l'accent sur d'autres cultures et les services de santé primaires, instauration de liens étroits entre les instructeurs en SSC et les centres de formation et mise en place d'incitatifs et de règlements gouvernementaux	Politiques provinciales Politiques des établissements d'enseignement Registres de l'organisation
Travailleurs du milieu	Pourcentage de travailleurs du milieu (prestataires formels et informels) qui ont reçu une formation suffisante dans la prestation des services qu'ils doivent fournir	PP-EE Proposition fondée sur les observations concernant la nécessité de sélectionner et de former méticuleusement les bénévoles	Registres de l'organisation Sondages Entrevues

<b>RÉGLEMENTATION PROFESSIONNELLE (relève principalement des gouvernements provinciaux et territoriaux)</b>			
<b>DIMENSION</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>COMMENTAIRES</b>	<b>SOURCE DE DONNÉES</b>
Offices de réglementation	Composition des offices de réglementation	P-RD	Listes des membres
	Présence d'offices réglementant plusieurs professions, par rapport aux offices ne réglementant qu'une seule profession	P-RD	Registres des provinces et des offices
	Proportion de membres du public et de consommateurs siégeant aux offices de réglementation professionnelle	P-RD	Listes des membres
Types de réglementation professionnelle	Existence de solutions de rechange à la réglementation professionnelle	P-RD p. ex., réglementation des établissements, programmes d'assurance de la qualité	Politiques des provinces Registres des associations
	Absence de domaines d'exercice exclusifs non justifiables	P-RD	Législation et réglementation Registres des associations
	Réglementation des actes potentiellement dangereux	P-RD Solution de rechange proposée à la réglementation des professions	Législation et réglementation
	Existence de solutions de rechange aux permis d'exercer	P-RD p. ex., réglementation, certification	Législation et réglementation Registres des associations
	Recours à des approches fondées sur les compétences pour l'évaluation des qualifications	P-RD Solution proposée pour remplacer la seule évaluation basée sur les diplômes	Législation et réglementation Registres des associations

<b>RÉGLEMENTATION PROFESSIONNELLE</b> <b>(relève principalement des gouvernements provinciaux et territoriaux) ~ (suite)</b>			
<b>DIMENSION</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>COMMENTAIRES</b>	<b>SOURCE DE DONNÉES</b>
Reconnaissance des prestataires substitués	La province ou le territoire reconnaît un statut juridique aux prestataires de services dont la rentabilité a été établie	Les EMP plaident en faveur de l'utilisation d'infirmières cliniciennes, de sages-femmes, de dentothérapeutes et d'infirmières dentaires. Sont également proposés les assistants à la réadaptation et les travailleurs polyvalents	Législation et réglementation
	Les normes d'agrément permettent le recours à des prestataires substitués et à des travailleurs polyvalents dont l'efficacité a été attestée	P-RD	Normes d'agrément
	Absence de politiques organisationnelles restreignant de façon injustifiable le recours à des prestataires substitués dont l'efficacité a été établie	P-EE	Politiques de l'organisation
Réglementation professionnelle la moins restrictive possible pour protéger la santé et la sécurité du public	Absence de restrictions juridiques sur la concurrence professionnelle	Les EMP donnent à croire que les restrictions sur la publicité, la compétition par les prix et le type d'emploi entraînent une augmentation du coût des services et peuvent limiter l'accès aux services	Législation et réglementation
	Présence de protocoles de réglementation professionnelle réciproque avec les autres provinces et les autres pays	Les EMP donnent à croire que l'absence de protocoles de réglementation réciproque entraîne une augmentation du coût des services	Politique provinciale

<b>FINANCEMENT</b>			
<b>DIMENSION</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>COMMENTAIRES</b>	<b>SOURCE DE DONNÉES</b>
Modèle de financement de l'organisation	Présence d'un modèle de financement axé sur la population et tenant compte des besoins	P-RD La documentation consultée laisse entendre qu'un mode de financement fondé sur la population et ajusté pour tenir compte des besoins en matière de santé pourrait éventuellement résoudre les problèmes d'équité; toutefois, la détermination des besoins sanitaires pose des difficultés	Politique provinciale
Remboursement des prestataires	Pourcentage de médecins évoluant dans le secteur des SSC non rémunérés selon une formule de paiement à l'acte	EMP Il existe certains arguments empiriques selon lesquels la non-rémunération à l'acte des médecins travaillant dans le secteur communautaire entraînerait des gains d'efficacité dans le système; il semblerait également que la qualité des soins serait au moins aussi bonne que dans le secteur des cabinets privés dont les médecins sont rémunérés à l'acte.	Registres de l'organisation
	Pourcentage des autres prestataires de SSC non rémunérés selon une formule de paiement à l'acte	P-EE Les conclusions concernant le remboursement des médecins peuvent s'appliquer à d'autres prestataires de services (p. ex., dentistes, physiothérapeutes)	Registres de l'organisation
	Présence de mesures incitatives gouvernementales afin d'encourager des modes de rémunération autres que le paiement à l'acte	P-EE	Politique provinciale

<b>DIRECTION</b>			
<b>DIMENSION</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>COMMENTAIRES</b>	<b>SOURCE DE DONNÉES</b>
Nomination au Conseil	Type de mécanisme de nomination, à savoir : - politique - descriptif - substantif	P-RD Il y a certaines indications selon lesquelles des élections générales n'entraînent pas nécessairement une responsabilité plus grande vis-à-vis de la communauté; il semblerait que l'inclusion de représentants d'autres organismes communautaires serait une bonne façon d'assurer la représentativité de la communauté	Législation Politique gouvernementale Politique organisationnelle
Participation de la communauté aux prises de décisions	Principale méthode de prise de décision concernant les politiques : - partage des renseignements seulement - consultations - partage des pouvoirs - participation des profanes, contrôle par les profanes	P-RD L'examen de la documentation suggère que le niveau de participation peut être catégorisé selon un continuum — depuis la participation symbolique jusqu'au contrôle par les profanes; on n'a trouvé aucun argument empirique au sujet de l'efficacité relative des divers niveaux de participation de la communauté.	Registres de l'organisation
Mandat des provinces et des territoires	Le mandat de l'organe de direction est clairement énoncé dans la législation	P-EE	Législation
Compétences du Conseil	Proportion de membres de l'organe de direction connaissant le mandat et possédant les compétences requises	EXP-VSLT, P-RD Les compétences les plus importantes pour le Conseil indiquées dans la documentation sont les suivantes : leadership (y compris dans les communications), connaissance des enjeux et de la communauté, capacité de mobiliser les commettants, et compétences techniques, comme la connaissance de l'administration organisationnelle	Sondages
	Présence d'un programme d'orientation du Conseil et de mécanismes de développement permanents du Conseil	EXP-VSLT	Registres de l'organisation

<b>STRUCTURE ORGANISATIONNELLE</b>			
<b>DIMENSION</b>	<b>INDICATEUR</b>	<b>COMMENTAIRES</b>	<b>SOURCE DE DONNÉES</b>
Structure organisationnelle	Le personnel est organisé selon un programme ou une matrice, plutôt que selon une structure fonctionnelle (c'est-à-dire, une structure par discipline)	EXP-VSLT Certaines observations indiquent que l'organisation en fonction d'un programme ou d'une matrice modifiée donne lieu à une meilleure intégration des disciplines et des soins axés sur les clients	Organigramme de l'organisation
	Structure hiérarchique horizontale	EXP-VSLT On a remarqué que les structures horizontales étaient importantes pour assurer une meilleure souplesse et faciliter la résolution des problèmes dans les milieux dynamiques où les enjeux sont complexes	Organigramme de l'organisation

## SYSTÈMES D'INFORMATION

DIMENSION	INDICATEUR	COMMENTAIRES	SOURCE DE DONNÉES
Systèmes d'information des SSC	Présence d'un système d'information efficace des SSC permettant : - l'intégration des décisions de gestion - la surveillance de l'état de santé - des processus efficaces de prestation des services - l'évaluation	P-VSLT	Vérification
	Confirmation de mesures visant à favoriser le développement du o d'infE	E	Registres de l'organisation Sondages
Informatiques	Accès des consommateurs et des prestataires à des bases de données informatisées sur la santé	EXP-VSLT	Sondages
	Accès des consommateurs à des renseignements sur les autres formes de traitement (p. ex., vidéos, brochures)	EXP-VSLT, P-RD	Vérification