



Centre for
HEALTH SERVICES AND POLICY RESEARCH

Un Modèle Logique Axé Sur Les Résultats en Matière de Soins de Santé Primaires

Jeter les bases de la
mesure du rendement,
de la surveillance et de
l'évaluation fondés sur
les données probantes

Septembre 2004

Diane E. Watson PhD MBA

Anne-Marie Broemeling PhD

Robert J. Reid MD PhD

Charlyn Black MD ScD



College of Health Disciplines

THE UNIVERSITY OF BRITISH COLUMBIA





Table des matières

À PROPOS DU CHSPR
REMERCIEMENTS
RÉSUMÉ

INTRODUCTION	1
Méthode du Conseil du Trésor pour la conception de modèles logiques axés sur les résultats Efficiences et efficacité du secteur des soins de santé primaires(SSP)	
MÉTHODES	5
Définition des SSP Terminologie Analyse des politiques et examen de la littérature Consultations auprès des intervenants	
MODÈLE LOGIQUE AXÉ SUR LES RÉSULTATS POUR LES SSP	7
Contextes des SSP	7
Caractéristiques des populations et participation du public Facteurs contextuels	
Intrants des SSP.....	8
Ressources financières Ressources matérielles Ressources humaines dans le secteur de la santé	
Activités des SSP	8
Activités et décisions en matière de politiques et de gouvernance Activités et décisions en matière de gestion des services de santé Activités et décisions sur le plan clinique	
Extrants des SSP.....	10
Extrants des SSP — type et volume Extrants des SSP — qualités	

« Un modèle logique axé sur les résultats en matière de soins de santé primaires » a été produit par le :

Centre for Health Services and Policy Research
The University of British Columbia
426-2194, Health Sciences Mall
Vancouver, CB, Canada V6T 1Z3
Tél. : (604) 822-4969
Télec. : (604) 822-5690
Courriel : enquire@chspr.ubc.ca

Vous pouvez télécharger la présente publication à partir de notre site Web au www.primary-care.chspr.ubc.ca.

La présente publication est protégée par des droits d'auteur. Elle peut être distribuée à des fins éducatives et non commerciales à la condition de mentionner qu'il s'agit d'une publication du Centre for Health Services and Policy Research.



Résultats immédiats des SSP.....	12
Meilleure connaissance de la santé et des services de santé dans la population	
Réduction des risques, de la durée et des effets des maladies aiguës et épisodiques	
Réduction des risques et des effets des maladies chroniques	
Maintien et amélioration de la vie au travail des effectifs des SSP	
Résultats intermédiaires des SSP.....	13
Adéquation de l'emplacement et des fournisseurs	
Efficience du système de santé	
Équité du système de santé	
Acceptabilité	
Résultats finaux des SSP.....	15
Système de santé viable	
Amélioration ou maintien du fonctionnement, de la résilience et de la santé des individus (dont le mieux-être et la longévité)	
Amélioration du niveau et de la répartition de la santé et du mieux-être dans la population	
Enchaînement du modèle logique axé sur des résultats des SSP.....	16
Contextes, intrants et activités	
Extrants et résultats	
UTILISATION DU MODÈLE LOGIQUE POUR LA PLANIFICATION, LA SURVEILLANCE, L'ÉVALUATION ET LE COMPTE RENDU DES STRATÉGIES DE RENOUVELLEMENT DES SSP.....	18
DISCUSSION.....	20
RÉFÉRENCES.....	22

À propos du CHSPR

Le Centre for Health Services and Policy Research (CHSPR) est un centre de recherches indépendant dont le siège est situé à l'Université de la Colombie-Britannique (UBC). Sa mission est de stimuler les enquêtes scientifiques sur des enjeux touchant la santé chez des groupes de population et de trouver des façons d'améliorer l'organisation, le financement et la prestation des services de santé. Nos chercheurs dirigent un programme diversifié de recherche appliquée sur les services de santé et la santé des populations selon les objectifs établis par le CHSPR.

L'objectif du CHSPR est de contribuer à améliorer la santé des populations en veillant à ce que les recherches qui s'y font correspondent aux préoccupations actuelles en matière de politique de la santé et en travaillant étroitement avec les décideurs pour transformer activement les résultats de recherche en options stratégiques. Nos chercheurs participent activement à de nombreux forums directeurs et donnent des conseils et de l'aide aux organismes gouvernementaux et non gouvernementaux en Colombie-Britannique, ailleurs au Canada et à l'étranger.

Le CHSPR reçoit son financement de base du ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique pour soutenir la recherche et a comme rôle direct d'informer ceux qui prennent des décisions stratégiques, d'évaluer la réforme des services de santé et de permettre l'élaboration continue de la base de données BC Linked Health Database. Nos chercheurs reçoivent également des fonds en participant à des concours de subvention externes, qui sont offertes par des organismes de financement provinciaux, nationaux ou internationaux.

Une grande partie de la recherche effectuée au CHSPR est rendue possible grâce à la base de données BC Linked Health Database, une source précieuse de renseignements sur les expériences ayant été vécues par les Britanno-Colombiens dans le système de services de santé et dans d'autres systèmes de la province. Ces données sont présentées anonymement et servent à conduire des recherches appliquées sur les services de santé et la santé des populations que l'on juge d'intérêt public.

Le CHSPR a mis au point des politiques et des procédures strictes afin de respecter la confidentialité des fonds de données et d'en assurer leur protection ainsi que de suivre à la lettre toutes les lois régissant la protection et l'utilisation d'information sensible. Depuis 30 ans, le CHSPR traite les données du ministère des Services de la santé de la Colombie-Britannique et d'autres organismes professionnels. Il est le point d'accès des chercheurs souhaitant se servir de ces données pour faire des recherches visant l'intérêt du public.

Pour plus de renseignements sur le CHSPR, consultez le site Web <http://www.chspr.ubc.ca> (en anglais).



Remerciements

La réalisation de ce projet reposait en grande partie sur la participation de nombreuses personnes, mais quelques-unes d'entre elles méritent une mention particulière pour l'aide qu'elles y ont apportée : Jan Barnsley (Ontario), Jeannie Haggerty (Québec), Brian Hutchison (Ontario), Jean-Frédéric Lévesque (Québec), Steven Lewis (Saskatchewan), Laurie Thompson (Saskatchewan) et Maria Mathews (Terre-Neuve). Nous sommes particulièrement reconnaissants envers les personnes suivantes du CHSPR : Heidi Matkovich pour son travail éditorial colossal, Sabrina Wong pour ses commentaires judicieux et ses encouragements, et Hans Krueger pour sa participation à la rédaction de la première version du présent rapport.

Les membres du groupe de travail sur l'évaluation des soins de santé primaires en Colombie-Britannique ont fait part de leurs réactions d'experts sur plusieurs versions de ce modèle logique. Plusieurs autres universitaires ont influencé le fondement conceptuel du modèle logique, et nous faisons référence à leurs travaux tout au long de ce rapport. Nous tenons à remercier Barbara Starfield pour l'énorme influence qu'elle a eue sur notre compréhension et notre perception des soins de santé primaires.

En 2003 et 2004, nous avons fait environ 250 présentations à des intervenants en soins de santé primaires dans le cadre de réunions organisées par les autorités sanitaires suivantes : Interior Health Authority, Northern Health Authority, Vancouver Coastal Health Authority, Vancouver Island Health Authority ainsi que le ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique. En janvier 2004, nous avons présenté une version provisoire du modèle logique au groupe consultatif fédéral-provincial-territorial sur le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires. En mai 2004, on a présenté une version provisoire à environ 350 personnes présentes à la Conférence nationale sur les soins de santé primaires tenue à Winnipeg, au Manitoba.

Ces présentations faisaient appel à la participation de l'assemblée pour permettre à un vaste éventail d'intervenants d'exprimer leurs idées et leurs attentes en matière de soins de santé primaires et d'efforts de renouvellement, de mettre à l'épreuve la solidité et la validité du modèle logique en décrivant les activités et les résultats attendus de différentes stratégies de renouvellement, ainsi que d'en venir à une compréhension commune des attentes de ce secteur des services de santé. Nous tenons à remercier les nombreuses personnes qui nous ont fait part de leurs réactions précieuses pendant et après ces événements, notamment Ted Bruce (Colombie-Britannique), Trevor Hancock (Colombie-Britannique), Jan Horton (Yukon), Robert James (Manitoba), Betty Newson (Île-du-Prince-Édouard) et Marc Pelletier (Colombie-Britannique).

Le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, par le truchement du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, a soutenu financièrement la réalisation de ce projet. Nous tenons à remercier spécialement les représentants du ministère que sont Marian Knock, Carol Myron et Anne Ardiel. Nous sommes aussi reconnaissants à Vicki Farrally de ses commentaires judicieux; merci d'avoir cru en nous et d'avoir soutenu nos travaux.

Nous tenons également à remercier la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé qui a financé la traduction française de ce rapport.

Les auteurs assument l'entière responsabilité des analyses et des interprétations, et de toute erreur, le cas échéant.

Résumé

Les soins de santé primaires (SSP) sont à la base du système de santé canadien. Pour la plupart des gens, les SSP constituent le premier accès au système de santé, généralement par le médecin de famille. C'est à ce niveau que l'on résout les problèmes de santé à court terme et que l'on traite la majorité des maladies chroniques. C'est aussi à ce niveau que l'on déploie les efforts de promotion de la santé et d'éducation, et où les patients ayant besoin de services plus spécialisés sont mis en relation avec les services de santé secondaires.

Depuis quelques années, on se préoccupe de plus en plus de l'accessibilité et de la qualité des SSP au Canada. Lorsqu'on leur demande de débattre des options offertes pour maintenir leur système de santé, bon nombre de Canadiens proposent une réforme des SSP. Les gens sont prêts à accueillir de nouveaux modèles de prestation de services qui amélioreront ou maintiendront la qualité des services déjà offerts.

Entre 1997 et 2008, les gouvernements fédéral et provinciaux investissent des sommes considérables pour améliorer la prestation des SSP au Canada. Tous ces investissements ont, à différents degrés, nécessité des évaluations pour veiller à ce que la communauté des décideurs, des administrateurs et des praticiens surveille, oriente et fasse rapport sur le renouvellement des SSP.

Mais en dépit de ces investissements, il manque toujours un cadre commun de mesure et d'évaluation du rendement qui permette de comprendre le système des SSP et les effets des efforts de renouvellement. Nous avons donc élaboré un modèle logique axé sur les résultats pour les SSP en nous appuyant sur les cadres de gestion et de responsabilisation axés sur les résultats (CGRR) du Conseil du Trésor, sur l'analyse des politiques, sur les données probantes de la recherche et sur une vaste consultation.

La méthode du Conseil du Trésor met l'accent sur la mise en place d'évaluations du rendement visant à orienter l'amélioration de la qualité et la production de rapports publics. La première étape de ce processus est la création d'un modèle logique. Le modèle logique axé sur les résultats établit un lien linéaire entre, d'une part, les intrants de ressources et, d'autre part, les activités accomplies, les services offerts et les résultats atteints. Ce faisant, on précise les domaines nécessitant de la surveillance, des évaluations et la présentation de rapports. Le modèle logique axé sur les résultats pour les SSP décrit dans le présent rapport se veut un reflet des objectifs et des fonctions du système de SSP au Canada en décrivant, d'une part, l'enchaînement des intrants, des activités, des extrants et des résultats escomptés de ce secteur et, d'autre part, les contextes qui influent sur les services de SSP.

Les intrants des SSP comprennent les ressources financières, matérielles et humaines. Les activités des SSP sont les processus visant à produire les intrants spécifiques (p. ex., produits et services) et qui sont les premières mailles de l'enchaînement menant à l'atteinte de résultats. Les activités des SSP sont de trois types : politique et gouvernance, gestion des services de santé et activités cliniques. Ensemble, ces éléments forment la structure ou le fondement d'un système de SSP.

Les extrants des SSP sont les produits et services directs offerts qui découlent des activités des SSP. Les services des SSP comprennent la promotion de la santé et la prévention des maladies, ainsi que les services curatifs, de réadaptation, palliatifs et de soutien à des individus ou à des populations ciblées. On peut aussi définir ces intrants selon la sensibilité (p. ex., sont-ils offerts en temps opportun, adaptés sur le plan culturel et pratiques), ainsi que selon le degré auquel ils sont axés sur le patient, efficaces, complets, continus, coordonnés et axés sur la collectivité.



Les résultats des SSP peuvent être immédiats, intermédiaires ou finaux. Ensemble, les résultats des SSP sont des « résultats pour les Canadiens ». Les résultats immédiats sont ceux qui sont les plus attribuables aux extrants, et pour lesquels les effectifs des décideurs, des administrateurs et des praticiens peuvent raisonnablement assumer le contrôle, la responsabilité et l'obligation de rendre compte. Trois résultats immédiats sont, pour l'essentiel, exclusifs aux SSP : meilleure connaissance de la santé et des services de santé dans la population, réduction des risques, de la durée et des effets des maladies aiguës et épisodiques et réduction des risques et des effets des maladies chroniques. Le maintien ou l'amélioration de la vie au travail des effectifs des SSP constitue un quatrième résultat immédiat.

Les résultats intermédiaires comprennent les secteurs où les intervenants des SSP exercent moins de contrôle, mais pour lesquels les services des SSP devraient avoir un effet. Ces résultats comprennent l'adéquation de l'emplacement et des fournisseurs; l'efficacité du système de santé; l'acceptabilité ou la satisfaction; l'équité du système de santé. Les résultats finaux comprennent un système de santé viable et responsable; l'amélioration ou le maintien des fonctions, de la résilience et de la santé des personnes; l'amélioration de la santé et du mieux-être de la population. Il est connu que des forces externes (sociales, culturelles, juridiques et réglementaires, contextes physique et économique, ainsi que les caractéristiques et la participation des populations dans les SSP) ont une influence sur les intrants, les activités, les extrants et les résultats.

À l'instar de la méthode du Conseil du Trésor du Canada, l'efficacité du système de SSP est fonction des intrants, des activités et des extrants. Pour sa part, l'efficacité du système de SSP est fonction des extrants et des résultats. Comme des facteurs externes influent sur les résultats immédiats, intermédiaires et finaux, il faut recourir à des analyses complexes pour attribuer les résultats de la santé et du système de santé aux SSP.

Ce modèle logique devrait concentrer et unifier les efforts d'évaluation en permettant à certains intervenants de travailler sur une base conceptuelle commune (et un lexique commun) des principaux intrants, activités, extrants et résultats du secteur des SSP. De plus, il formule une théorie commune sur les liens logiques entre ces différentes dimensions et un ensemble commun d'hypothèses au sujet de ces dépendances. Il définit les secteurs où l'information, l'évaluation et les données probantes sont nécessaires aux communautés de décideurs, d'administrateurs et de praticiens pour qu'ils puissent planifier et mettre en œuvre le renouvellement des SSP, et en rendre compte.

Ce modèle logique de SSP met en lumière l'ensemble des activités qui sont des vecteurs de changement potentiels; reconnaît les caractéristiques exclusives et distinctives des SSP et des résultats attribuables à ce secteur; précise des façons dont les SSP et d'autres secteurs de la santé convergent pour exercer une influence sur le rendement du système de santé et sur la santé de la population. Il aide aussi à reconnaître les compromis potentiels que peuvent supposer différentes réformes. Il a été conçu pour être utile aux décideurs, aux planificateurs, aux gestionnaires, aux évaluateurs et aux praticiens dans leur planification et leur surveillance des efforts de renouvellement du système, leurs rapports sur les réalisations et leur responsabilité en matière de résultats.

Pour être utile, un modèle logique doit être conçu en consultation avec les intervenants (les utilisateurs éventuels) et être suffisamment solide pour servir à un vaste éventail d'usages. Jusqu'à maintenant, environ 650 chercheurs, décideurs, administrateurs et fournisseurs de services de santé ont participé à l'élaboration et à la révision du modèle logique décrit dans ces pages. En 2004-2005, nous tiendrons des consultations à grande échelle auprès du public afin de connaître les caractéristiques et les résultats des SSP qui sont importants à ses yeux. Nous prendrons aussi part à une foule d'activités d'évaluation guidées par ce modèle logique, ce qui nous aidera à le valider et à l'améliorer. Avec le temps, nous prévoyons publier les résultats sur la solidité de ce modèle logique pour la planification, la mise en place et l'évaluation de la réforme des SSP.

Introduction

Les soins de santé primaires (SSP) sont à la base du système de santé canadien. Pour la plupart des gens, les SSP constituent le premier accès au système de santé, généralement par le médecin de famille. C'est à ce niveau que l'on résout les problèmes de santé à court terme et que l'on traite la majorité des maladies chroniques. C'est aussi à ce niveau que l'on déploie les efforts de promotion de la santé et d'éducation, et où les patients ayant besoin des services plus spécialisés sont mis en relation avec les services de santé secondaires. Les diététistes, les infirmières, les ergothérapeutes, les physiothérapeutes, les pharmaciens, les psychologues, les travailleurs sociaux et d'autres travailleurs de la santé offrent aussi des services de SSP.

Au cours de la dernière décennie, on a déployé beaucoup d'efforts pour transformer la prestation des SSP au Canada et à l'étranger. Les données récentes laissent croire qu'un bon système de SSP améliore la santé et réduit les inéquités sanitaires dans toutes les populations^{1, 2} et peut aussi contribuer davantage à la santé des populations que les services de santé spécialisés^{3, 4}. Il faut un bon système de SSP pour relever les défis du vieillissement de la population et pour répondre aux besoins du nombre toujours croissant des personnes souffrant de maladies chroniques, de comorbidités complexes ou d'invalidités fonctionnelles.

On s'inquiète cependant de plus en plus au sujet de l'accessibilité et de la qualité des SSP au Canada. Si la majorité des Canadiens (86 %) ont un médecin de famille, certains (16 %) disent éprouver des difficultés à avoir un premier contact avec le système de santé, et d'autres (13 %) à avoir accès aux services courants⁵. Environ la moitié des Canadiens sont satisfaits des services dans la collectivité (48 %) et des délais d'accès (43 %)⁶. Avec le temps, les Canadiens s'inquiètent de plus en plus de la qualité des services. Ils accordent maintenant la même importance à l'accessibilité et à la qualité⁷. Lorsqu'on leur demande de débattre des options offertes pour maintenir leur système de santé, bon nombre de Canadiens proposent une réforme des SSP⁸.

Entre 1997 et 2008, le gouvernement fédéral investit des sommes considérables pour améliorer la prestation des SSP au Canada. Le Fonds pour l'adaptation des soins de santé (FASS), le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) et l'Accord des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé (RSS) comprennent tous des engagements visant à appuyer les projets des SSP conçus pour informer (FASS), catalyser (FASSP) et appuyer (RSS) les efforts de renouvellement. À différents degrés, tous ces investissements ont nécessité une évaluation.

Mais en dépit de ces investissements, on n'a pas encore cherché précisément à élaborer un cadre commun de mesure et d'évaluation du rendement qui permette de comprendre l'ensemble du secteur des SSP et des effets des efforts de renouvellement. Un cadre commun donne aux intervenants l'occasion d'examiner et de communiquer plus clairement les associations et les liens entre les buts et les objectifs, les solutions de remplacement et l'atteinte de résultats. Il définit les secteurs où l'information, l'évaluation et les données probantes sont nécessaires aux communautés de décideurs, d'administrateurs et de praticiens pour qu'ils puissent planifier et mettre en œuvre le renouvellement des SSP, et en rendre compte.

Reconnaissant les avantages potentiels de cadres d'évaluation communs, le Conseil du Trésor demande aux ministères, aux agences et aux programmes gouvernementaux d'utiliser les cadres de gestion et de responsabilisation axés sur les résultats (CGRR) aux fins d'amélioration de la qualité et de soumission de rapports. Les CGRR constituent un processus en plusieurs étapes qui commence par la création d'un modèle logique axé sur les résultats qui fait le lien entre les ressources allouées aux activités réalisées, les services offerts et les résultats obtenus.

En mai 2003, le vérificateur général de la Colombie-Britannique s'est penché sur les ententes sur les objectifs de rendement intervenues entre le ministère de la Santé de



la Colombie-Britannique et les autorités sanitaires, et il a recommandé aux parties « d'envisager l'utilisation d'un modèle logique dans le cadre du processus de sélection des mesures de résultats pour le système de santé de la Colombie-Britannique⁹ ». Le vérificateur général a de plus endossé l'utilisation des CGRR dans la conception des modèles logiques.

Le présent rapport a pour but de décrire le modèle logique axé sur les résultats pour les SSP élaboré en s'inspirant du cadre du Conseil du Trésor, des analyses de politiques, des résultats des recherches et des vastes consultations, et de montrer comment ont peut les utiliser pour documenter la mise en place et l'évaluation du renouvellement des SSP.

Le modèle logique axé sur les résultats pour les SSP décrit dans le présent rapport se veut le reflet des objectifs et des fonctions du système de SSP au Canada en décrivant l'enchaînement des intrants, des activités, des extrants et des résultats escomptés de ce secteur. Il devrait concentrer et unifier les efforts de mise en place et d'évaluation en permettant à certains intervenants de travailler sur une base conceptuelle commune (et un lexique commun) des principaux intrants, activités, extrants et résultats de ce secteur. Il jettera les bases de l'élaboration des indicateurs de rendement et des systèmes d'information sur les SSP, ainsi que des programmes d'évaluation et de présentation de rapports. Il a été conçu essentiellement pour être utile aux décideurs, aux planificateurs, aux gestionnaires, aux évaluateurs et aux praticiens dans leur planification et leur surveillance des efforts de renouvellement du système de SSP, leurs rapports sur les réalisations et leur responsabilité en matière de résultats.

Méthode du Conseil du Trésor pour la conception de modèles logiques axés sur les résultats

En 2000, le Conseil du Trésor du Canada a élaboré un « programme de gestion moderne » défini dans le document intitulé *Des résultats pour les Canadiens et les Canadiennes : Un cadre de gestion pour le gouvernement du Canada*¹⁰. En formulant les attentes sur la façon dont les ministères et les agences

gouvernementales gèrent et offrent les programmes et les services financés à même les fonds publics, ce programme « reconnaît a priori que la raison d'être du gouvernement fédéral est de servir les Canadiens et les Canadiennes et que, par conséquent, les citoyens sont au cœur de tous ses programmes et services¹⁰. » L'atteinte de résultats pour les Canadiens est un autre élément clé de ce programme. On préconise donc une méthode axée sur les résultats permettant de distinguer les forces et les faiblesses des programmes comme condition essentielle à l'établissement d'un cycle plus productif de planification, de mesure, d'évaluation et de communication des résultats aux citoyens.

La méthode des CGRR a été adoptée par le Conseil du Trésor pour aider à la réalisation des changements envisagés dans *Des résultats pour les Canadiens et les Canadiennes*. Elle met l'accent sur la mesure et la présentation de rapports sur les résultats tout au long du cycle de vie d'une politique, d'un programme ou d'une initiative, et elle vise particulièrement à aider les intervenants :

- à décrire clairement les rôles et les responsabilités des principaux partenaires engagés dans l'exécution des politiques, des programmes ou des initiatives [...];
- à assurer une conception claire et logique qui fasse le lien entre les ressources et les résultats attendus [...];
- à déterminer les mesures de rendement appropriées et une bonne stratégie de mesure du rendement qui permettent aux gestionnaires de suivre les progrès, de mesurer les résultats, d'appuyer le travail d'évaluation consécutif, d'apprendre et d'apporter les ajustements nécessaires à l'amélioration sur une base continue;
- à entreprendre les tâches d'évaluation attendues pendant le cycle de vie d'une politique, d'un programme ou d'une initiative;
- à veiller à la présentation adéquate de rapports sur les résultats¹¹.

La conception et l'utilisation d'un CGRR visent à orienter le processus d'intégration de la stratégie, des personnes, des procédés et des mesures, afin d'améliorer la prise de décision et l'instauration du changement, et mettent l'accent sur la mise en œuvre des mesures du rendement de l'apprentissage et du changement, ainsi que sur la présentation de rapport sur le rendement. La méthode des CGRR commence par la création d'un modèle logique axé sur les résultats.

Un modèle logique est un schéma qui illustre comment un système, une organisation ou un projet devrait procurer des avantages ou produire des résultats pour les Canadiens; il s'agit essentiellement de la théorie, des données probantes et des hypothèses sous-tendant un service¹². Le modèle reflète une série d'énoncés exprimés selon le schéma logique « si, alors ». Par exemple, si les personnes responsables de la prestation des SSP pratiquent l'activité X, le résultat est alors l'extrait Y. Si une activité de SSP produit l'extrait Y, alors le résultat immédiat sera Z, et ainsi de suite. Un modèle logique axé sur les résultats « [...] identifie les liens entre les activités accomplies dans le cadre d'une politique, d'un programme ou d'une initiative et l'atteinte des résultats¹¹ » pour les Canadiens.

Le Conseil du Trésor a publié un modèle type pour la conception de modèles logiques axés sur les résultats (figure 1). Dans ce schéma, les intrants sont les ressources humaines, matérielles ou financières utilisées pour réaliser les activités, produire des extrants ou atteindre des résultats. Les activités sont les premiers maillons de la chaîne par lesquels on atteint des résultats et ce sont les opérations exécutées par une organisation et destinées à produire des extrants précis. Les extrants sont les produits ou services directs des activités d'une politique, d'un programme ou d'une initiative, et livrés à un groupe ou à une population cible. Les résultats sont les conséquences attribuables aux activités d'une organisation, d'une politique, d'un programme ou d'une initiative. Les résultats peuvent être décrits comme immédiats, intermédiaires ou finaux, directs ou indirects, voulus ou fortuits¹¹.

Effizienz et efficacité du secteur des SSP

La différenciation entre les secteurs de contrôle et les secteurs d'influence, ainsi que les concepts d'effizienz et d'efficacité, sont des aspects importants du modèle logique axé sur les résultats. Les intrants, les activités et les extrants sont des domaines où un programme, une organisation ou un secteur peut exercer un certain contrôle, tandis que les résultats sont des secteurs d'influence (voir la figure 1).

L'effizienz, la mesure dans laquelle une organisation, une politique, un programme ou une initiative produit les extrants prévus par rapport à la dépense en ressources, est fonction des intrants, des activités et des extrants. Les intrants et les activités précèdent et préparent les extrants; les extrants constituent l'interface entre les produits (p. ex., guide de santé en ligne) et les services (p. ex., le triage téléphonique, les visites aux fournisseurs de soins) des SSP et les Canadiens. L'information sur les intrants, les activités et les extrants est nécessaire pour mesurer et surveiller l'effizienz du système de SSP.

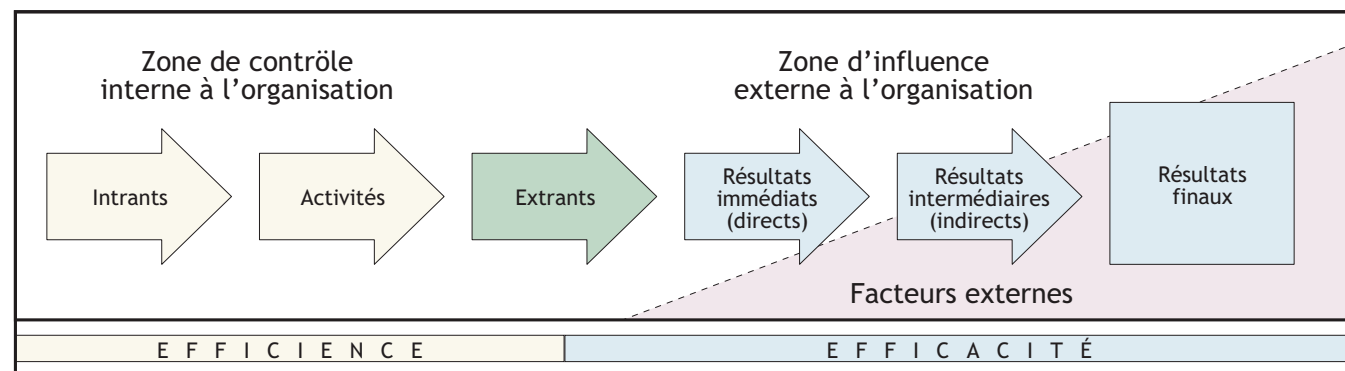
L'efficacité, la mesure dans laquelle une organisation, une politique, un programme ou une initiative produit les résultats prévus par rapport à la dépense en ressources, est fonction des extrants et des résultats. On peut la mesurer à l'échelle d'un système, d'un service ou sur le plan clinique. L'efficacité du système de SSP est fonction de tous les intrants de produits et services comme on peut le voir sur le côté gauche du modèle logique pour les SSP. Par comparaison, l'efficacité d'un seul produit ou service offert par un fournisseur est fonction de cet extrait et du résultat obtenu par la personne qui le reçoit. L'efficacité sur le plan clinique est décrite dans la section [Communications interpersonnelles et efficacité technique](#).

Plus on progresse dans le continuum des résultats immédiats aux résultats finaux du système de SSP, plus le degré d'influence de ce secteur de la santé diminue. Dans le contexte des SSP, les résultats immédiats (ou directs) sont ceux pour lesquels ce secteur est le plus (mais pas uniquement) responsable et redevable.

Mais même ces résultats peuvent subir l'influence de facteurs externes. Les résultats intermédiaires et finaux subissent davantage l'influence des facteurs qui échappent au contrôle des SSP, mais il est important de les inclure dans le modèle afin de veiller à ce que ceux et celles qui travaillent dans les SSP demeurent centrés sur les résultats pour les Canadiens.



Figure 1 Le modèle logique axé sur les résultats du Conseil du Trésor du Canada



Reproduit à partir de : Conseil du Trésor du Canada. Guide d'élaboration des CGRR [monographie dans Internet]. Ottawa, Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada; 2001 [cité le 20 janvier 2004].

Les modèles logiques permettent de clarifier les liens entre les intrants, les activités, les extrants et les résultats immédiats, ainsi que l'impact des résultats immédiats sur les résultats plus en aval pour les Canadiens (c.-à-d. les résultats intermédiaires et finaux). En établissant l'ordre des résultats par degré d'influence, les intervenants du milieu des SSP sont mieux en mesure de reconnaître les secteurs où les responsabilités leur incombent davantage (c.-à-d., les résultats immédiats) et les secteurs où elles leur incombent moins (c.-à-d., les résultats intermédiaires et finaux).

Le modèle logique axé sur les résultats proposé par le Conseil du Trésor reconnaît que de nombreux facteurs peuvent influencer sur les résultats des SSP. Les évaluations de l'efficacité du système de SSP selon les résultats immédiats, intermédiaires et finaux doivent donc tenir compte de ces facteurs externes par des analyses sophistiquées¹³ (p. ex., à variables multiples). Les évaluations de l'efficacité du système de SSP requièrent aussi une analyse élaborée, tout comme les évaluations économiques des stratégies de renouvellement des SSP, car les renseignements sur l'efficacité et l'efficacités sont combinés.

Méthodes

Définition des soins de santé primaires (SSP)

Il était nécessaire de formuler une définition opérationnelle des SSP afin de déterminer l'étendue et les limites du modèle logique axé sur les résultats, ainsi que les activités, les extrants et les résultats attendus exclusifs et distinctifs¹⁴ du secteur des SSP. Il existe plusieurs définitions des soins primaires et des services de première ligne, ce qui peut entraîner une grande confusion dans la définition de ce secteur. Par conséquent, on a examiné les définitions proposées par les gouvernements provinciaux du Canada, les associations de professionnels de la santé, l'Organisation mondiale de la santé, l'Institute of Medicine et des universitaires de renommée internationale, afin d'en faire ressortir les thèmes récurrents¹⁵.

Dans le cas qui nous intéresse, nous définirons les SSP comme étant les produits et services visant à traiter les états de santé aigus et épisodiques, ainsi que les maladies chroniques. C'est aussi à ce niveau que sont déployés les efforts de promotion de la santé et d'éducation, où les patients reçoivent les premiers soins et où les patients ayant besoin de services plus spécialisés sont mis en rapport avec d'autres secteurs du système de santé. On peut définir les SSP en fonction du degré de réponse aux besoins des patients et des populations et des caractéristiques exclusives et distinctives telles que décrites dans la section Extrants des SSP.

Terminologie

La terminologie employée pour désigner les caractéristiques, les processus et les résultats des SSP est loin d'être uniforme. On a récemment déployé des efforts pour « dissiper la confusion » entourant le concept de la continuité des soins¹⁶, mais il reste beaucoup à faire pour uniformiser le lexique des SSP. Le présent rapport s'appuie sur les définitions du Conseil du Trésor des termes efficacité et efficience, et sur les définitions conceptuelles pertinentes pour décrire les SSP proposées par les universitaires. Des chercheurs du Québec¹⁷ ont entrepris des consultations nationales auprès d'experts du Canada afin de s'entendre sur des définitions opérationnelles des aspects les plus

importants des SSP. La terminologie employée dans le présent rapport pour désigner le modèle logique axé sur les résultats est le fruit d'un dialogue et d'un consensus émergent à l'échelle nationale et il continuera d'évoluer par ces mêmes canaux.

Analyse des politiques et examen de la littérature

Afin de préciser les buts et les objectifs du renouvellement des SSP au Canada, nous avons analysé les thèmes prédominants et récurrents dans les documents de politiques des gouvernements fédéral et provinciaux¹⁸⁻²¹. Nous avons examiné les modèles conceptuels existants de la santé et de la maladie, des services de santé et des SSP tirés des recherches sur les services et les politiques de santé ou utilisées dans ces recherches²²⁻²⁶. Nous nous sommes penchés sur les cadres de mesure du rendement et de responsabilisation existants²⁷, en nous concentrant particulièrement sur ceux utilisés dans d'autres pays^{28, 29}. Nous avons aussi examiné la littérature afin de préciser les intrants, les activités, les extrants et les résultats des SSP, ainsi que pour donner de la substance aux liens qui les unissent. Des exemples illustrant cette documentation sont cités tout au long de ce rapport.

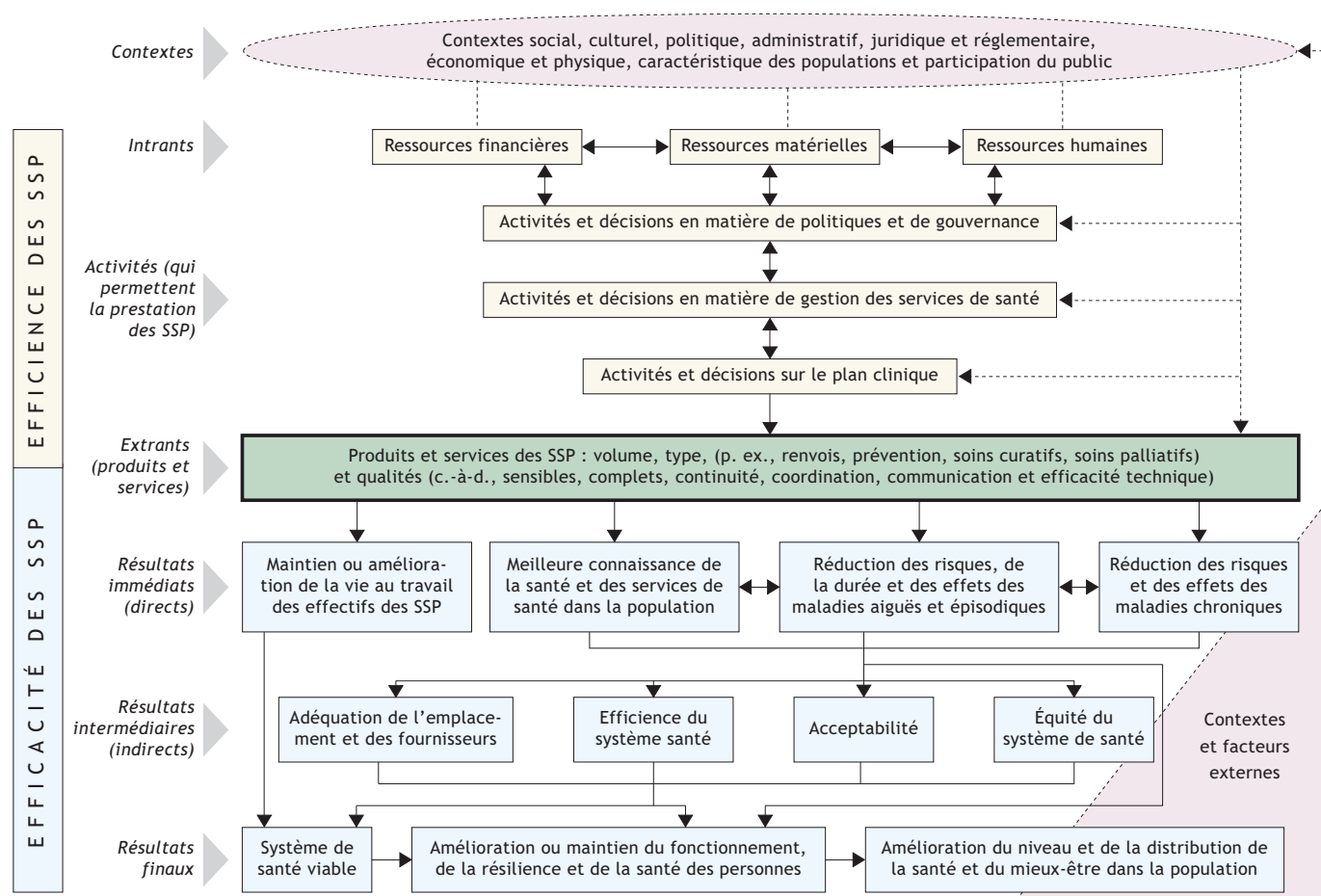
Consultations auprès des intervenants

Nous avons recouru à un processus itératif à plusieurs étapes de rétroaction et de révision pour les consultations auprès des intervenants. Nous avons élaboré la première version du modèle logique axé sur les résultats à la suite de l'analyse des politiques et de l'examen de la littérature. Nous avons entrepris les consultations auprès des intervenants sur une période de neuf mois et nous avons continuellement revu le modèle en fonction des réactions obtenues. Les groupes d'intervenants suivants ont reçu des demandes formelles de réaction, participé à des petits groupes de discussion, ou assisté à des présentations visant à obtenir leurs réactions aux versions provisoires du modèle :



- des praticiens des SSP de différentes régions sanitaires de la Colombie-Britannique responsables de la prestation des SSP ou de la mise en place ou de l'évaluation du renouvellement des SSP (environ 200 personnes);
 - des personnes des départements universitaires ou d'associations ou collèges professionnels représentant les secteurs de la médecine, de la médecine familiale, des services infirmiers et de la pharmacie (environ 40 personnes);
 - des chercheurs universitaires ou des consultants principaux du Canada spécialisés dans la recherche et l'évaluation des SSP (environ 10 personnes);
 - des chefs de file et des spécialistes de l'évaluation des SSP à l'emploi des ministères de la santé des provinces et des territoires de tout le Canada (environ 50 personnes);
 - les participants ayant assisté à une séance dans le cadre de la conférence nationale sur les SSP tenue en mai 2004 (environ 350 personnes).
- La population canadienne n'a jusqu'à maintenant pas été consultée régulièrement sur les caractéristiques et les résultats des SSP qui lui importent³⁰. Le CHSPR s'attaquera à cette tâche en Colombie-Britannique en 2004-2005.

Figure 2 Un modèle logique axé sur les résultats pour les soins de santé primaires (SSP)



Modèle logique axé sur les résultats pour les soins de santé primaires

Le modèle logique axé sur les résultats pour les SSP est décrit ici et illustré à la figure 2.

Contextes des SSP

Bon nombre d'intervenants ont souligné la nécessité de bien comprendre les variations dans les caractéristiques et les contextes des populations, car ces facteurs externes ont une influence sur les intrants, les activités, les extrants et les résultats. D'autres ont aussi souligné l'importance de comprendre et de tenir compte de ces facteurs pour comprendre et adapter ces variations dans la pratique (p. ex., activités cliniques) et pour uniformiser les taux et les indicateurs pour les analyses comparatives³¹.

Les bénéficiaires et les contextes des programmes ou initiatives publics ne sont pas nécessairement inclus dans les modèles logiques du Conseil du Trésor; nous avons donc fait ressortir ces aspects par des lignes pointillées dans la figure 2.

Caractéristiques des populations et participation du public

Le rôle et la contribution des individus dans l'initiation d'un premier contact avec le système de santé, et la participation aux activités et aux décisions sur les SSP, nécessitent une identification précise des populations.

Les Canadiens soutiennent le système des SSP à titre d'investisseurs et de travailleurs (c.-à-d. intrants en ressources financières et humaines), et ils contribuent aux activités et aux décisions sur les plans de la gouvernance, de la gestion des services de santé et clinique. Par exemple, les citoyens participent aux processus d'élaboration des politiques en communiquant un cadre de valeurs à utiliser pour orienter les politiques et la pratique⁸. Ils prennent part aux activités de gouvernance et de gestion des services de santé en participant aux travaux de commissions, de conseils et de comités, et à des activités cliniques par des processus décisionnels communs.

Parmi les caractéristiques des populations importantes pour la planification, la surveillance et l'évaluation des services de santé, on compte les facteurs de prédisposition (p. ex., la démographie, les valeurs), les capacités (p. ex., les connaissances en matière de santé³²) et les besoins (p. ex., les maladies aiguës autolimitatives, la grossesse, les maladies chroniques, le fonctionnement cognitif)^{23, 33, 34}. De plus, les convictions, le style de vie (p. ex., tabagisme, alimentation, exercice), les attitudes et les préférences en matière de santé sont des déterminants importants des besoins, de la demande et de l'utilisation des services de santé, principalement des SSP³⁵.

Facteurs contextuels

Comme les communautés et les contextes de fonctionnement du système de santé varient énormément d'une région canadienne à l'autre et au sein d'une même région, les intrants, les activités et les extrants des SSP ne peuvent être uniformes d'une province ou d'un territoire à l'autre. Il est important de souligner que les améliorations des résultats immédiats, intermédiaires et finaux ne seront pas uniformes entre les différentes régions, ni partout au sein d'une région, car, par définition, ces effets subissent une forte influence de facteurs externes au système des SSP.

Les facteurs contextuels qui influent sur les populations et les systèmes de SSP comprennent les contextes social, culturel, politique, administratif, juridique et réglementaire, économique et physique. Les exemples suivants illustrent l'influence de ces facteurs :

- les milieux physiques influent sur la répartition géographique et l'accessibilité des services de SSP;
- les contextes sociaux, dont le contexte familial, influent sur la disponibilité de services informels ou bénévoles et, indirectement, les besoins en services formels³⁶;
- les priorités sociales et culturelles influent sur l'importance relative de différentes activités et de différents extrants et résultats;



- le contexte économique et social influe sur la santé, et vice versa, ainsi que sur les modèles de prestation et d'utilisation des SSP^{37, 38};
- les contextes économiques et culturels influent sur la mesure dans laquelle une population (ou un fournisseur) utilise la technologie pour comprendre les questions de santé³⁹;
- les contextes politique et culturel influent sur la mesure dans laquelle les règlements facilitent ou compliquent, par exemple, la publicité directe au consommateur des compagnies pharmaceutiques, ce qui a un effet sur la nature de la demande en matière de services de santé⁴⁰.

Intrants des SSP

Dans le modèle du Conseil du Trésor, les intrants sont définis comme les ressources (humaines, matérielles et financières) utilisées pour mener les activités, produire les extrants et obtenir les résultats. L'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des services de santé démontre l'importance de reconnaître et de surveiller les intrants du système de santé; on y précise les indicateurs de « viabilité » dans les secteurs, par exemple, des ressources humaines en santé (p. ex., répartition par âges et taux de roulement des fournisseurs praticiens), et des systèmes d'information (p. ex., degré d'uniformisation de l'information recueillie et partagée pour la prise de décision fondée sur les données probantes).

Ensemble, les intrants suivants constituent la structure de la prestation et de la réception des produits et services des SSP :

Ressources financières

Les ressources financières de toutes provenances, publiques et privées.

Ressources matérielles

Ci-dessous figurent des exemples de ressources matérielles pertinentes aux SSP :

- installations et équipements nécessaires au soutien et à la prestation des services;

- nature et nombre des ressources éducationnelles et formatives visant à préparer les fournisseurs de services de santé, les gestionnaires, les décideurs et les administrateurs;
- portée et disponibilité des données issues de la recherche sur l'efficacité des interventions, des technologies et des démarches;
- systèmes d'information et ressources technologiques à l'appui des activités cliniques et en matière de gestion, de politiques et de gouvernance.

Ressources humaines dans le secteur de la santé

Les ressources humaines comprennent le nombre, la diversité et les caractéristiques des effectifs cliniques et de gestion, d'élaboration des politiques et de gouvernance. On considère que les caractéristiques suivantes sont importantes :

- le niveau de connaissances et le degré de compétence⁴¹;
- l'orientation vers les équipes et la pratique interdisciplinaire⁴²;
- le degré d'innovation.

Activités des SSP

Le prochain chaînon dans l'enchaînement logique après les intrants est celui des activités, soit les opérations ou les méthodes de travail visant à produire des intrants spécifiques. Les activités sont les principaux chaînons de l'enchaînement qui mènent à l'atteinte de résultats. Les méthodes de travail internes au secteur des SSP comprennent les politiques et la gouvernance, la gestion des services de santé et les activités cliniques visant à produire des produits et des services précis. Il est important de souligner que la prestation de services proprement dite est considérée comme un extrant selon le modèle du Conseil du Trésor. Les extrants représentent les produits et services directs qui sont offerts; il s'agit essentiellement de l'interface entre les SSP et les Canadiens.

Ensemble, les activités suivantes reflètent les processus en cause dans la préparation en vue de la prestation des SSP :

Activités et décisions en matière de politiques et de gouvernance

À ce niveau-ci, les activités et les décisions concernent les politiques, la planification, la gouvernance et les processus de supervision. Les décideurs, les membres de conseils d'administration, les administrateurs, les responsables de la réglementation, les gestionnaires, les organismes professionnels (p. ex., par le truchement de codes de conduite, de normes de pratiques, de la négociation des tarifs), le public et les groupes d'intérêts y participent. Voici quelques exemples :

- politiques et procédures en matière de gouvernance, d'administration fiscale et de responsabilisation;
- décisions sur le financement et la capitalisation des investissements en immobilisation et les opérations;
- décisions sur les protections et le partage des coûts (c.-à-d., financement public et privé) pour les services de santé, les médicaments et les fournitures médicales;
- décisions sur les méthodes de financement des organismes et de rémunération des fournisseurs (c.-à-d., capitation, paiement à l'acte, salaire, rémunération mixte);
- méthodes d'établissement des horaires et de recrutement dans les organismes, les réseaux ou les groupes engagés dans les SSP;
- reconnaissance et mise en place de stratégies de gestion des ressources humaines dans le secteur de la santé;
- activités juridiques et réglementaires reliées aux professions de la santé (p. ex., portée de la pratique, dispositions en matière d'assurance contre les erreurs médicales);
- gouvernance professionnelle et clinique;
- financement et principes de conception des systèmes d'information sur les services de santé cliniques;
- observation ou mise en vigueur des lois sur la protection des renseignements personnels qui concernent l'information sur les services de santé.

Les contextes des politiques en matière de santé dans lesquels les systèmes de SSP évoluent sont d'une importance cruciale pour leurs effets sur la santé d'une population. Par exemple, les comparaisons internationales révèlent que l'on obtient de meilleurs résultats lorsque les

systèmes de SSP réglementent la répartition des ressources de sorte que les secteurs qui en ont besoin reçoivent suffisamment de ressources, que l'accès au financement soit assuré par des entités publiques redevables comme les gouvernements et que le partage des coûts soit limité ou inexistant pour l'utilisation des services⁴.

Activités et décisions en matière de gestion des services de santé

Les activités et les décisions en matière de gestion et de fonctionnement sont des déterminants importants de l'organisation des SSP. Les administrateurs, les gestionnaires et les fournisseurs de services cliniques peuvent y participer. Voici quelques exemples :

- la détermination de la taille, de l'emplacement et des types de pratiques de groupe ou de réseaux formés pour la prestation des services (p. ex., groupes unidisciplinaires, groupes de collaboration interdisciplinaire);
- les décisions sur la disponibilité temporelle des services (p. ex., heures d'ouverture et services en-dehors des heures d'ouverture);
- les décisions sur l'étendue et l'exhaustivité des services offerts par un organisme de services de santé (p. ex., services de consultation, médecine sportive, centre de consultation sans rendez-vous, cabinet de services complets);
- le type et la disponibilité des systèmes d'information clinique, de gestion ou financière;
- les initiatives d'amélioration de la qualité comme le profilage des fournisseurs ou l'évaluation des programmes, notamment la mise en œuvre d'initiatives d'amélioration de la qualité;
- le type et la disponibilité d'outils de soutien à la prise de décision pour les fournisseurs de services (p. ex., systèmes d'aide-mémoire, outils de prise de décision fondée sur les données probantes) ou aides à la prise de décision pour les patients⁴³.

Ensemble, les activités et les décisions en matière de politiques, de gouvernance et de gestion des services de santé déterminent et soutiennent la mesure dans laquelle les organismes de SSP endossent et facilitent (par la planification des opérations et l'orientation) l'accent mis sur le



patient, la famille ou la collectivité parmi les praticiens. Un système de SSP est davantage axé sur le patient que sur les maladies lorsqu'il constitue le premier point de contact pour tous les besoins et les problèmes d'un individu, lorsqu'il offre des soins suivant un échancier, lorsqu'il traite toutes les maladies sauf les plus inhabituelles et lorsqu'il coordonne et intègre des services offerts par des tiers⁴⁴. Les démarches axées sur la famille en matière de politiques, de services et de soins de santé reconnaissent le rôle vital des familles sur le plan de la santé et du mieux-être, et les appuient dans leurs rôles de soignants et de décideurs⁴⁵. Les organisations de SSP axées sur la collectivité utilisent l'information sur les besoins sanitaires de la collectivité, amènent les praticiens à participer aux affaires de la collectivité et stimulent l'engagement des collectivités sur les questions de pratique et de gouvernance⁴⁴.

Ensemble, les activités et les décisions en matière de politiques, de gouvernance et de gestion des services de santé déterminent et appuient aussi la mesure dans laquelle les organismes de SSP ont une vision axée sur les professions ou sur la collectivité. Les modèles axés sur les professions sont conçus pour offrir des services aux patients qui les demandent (clients) ou aux personnes qui s'inscrivent pour les recevoir (souscripteurs). Pour leur part, les modèles axés sur la collectivité sont conçus pour satisfaire les besoins en matière de services de santé et améliorer la santé d'une population, promouvoir le développement communautaire et offrir tous les services médicaux, sanitaires, sociaux et communautaires²⁵.

Activités et décisions sur le plan clinique

Ces activités et décisions concernent les services cliniques axés sur le patient, la famille ou la collectivité et comprennent :

- le degré d'utilisation des données probantes et l'orientation vers la prise de décision fondée sur les données probantes;
- l'engagement envers l'éducation continue à l'appui de la pratique fondée sur les données probantes;
- la détermination du degré de spécialisation pour certaines clientèles précises (p. ex., la gériatrie);

- la détermination de la mesure dans laquelle un fournisseur de services de santé choisit personnellement d'offrir certains types de services (p. ex., consultation, visites à domicile, obstétrique, services communautaires);
- les préférences et l'engagement dans certains modèles de prestation de services en équipes multidisciplinaires ou interdisciplinaires;
- les préférences en matière de charge de travail et les styles de pratique (p. ex., préférence pour le rappel des patients)⁴⁷.

Extrants des SSP

Le modèle du Conseil du Trésor définit les extrants comme des produits (p. ex., site Web pour l'éducation médicale) ou des services (p. ex., visites aux fournisseurs de soins) directs offerts dans le cadre d'activités, d'un programme ou d'une initiative. Les extrants constituent l'interface entre les fournisseurs de services et les Canadiens, cette interface est mieux connue par la notion d'accès aux services de santé. L'accès aux services de santé présente plusieurs dimensions qui sont autant d'attributs décrivant le processus d'obtention et de réception des services. Les extrants des SSP se définissent selon le type, le volume et les qualités.

Extrants des SSP – type et volume

Les fournisseurs de SSP sont responsables de la promotion de la santé, de la prévention des maladies et des invalidités, ainsi que des soins palliatifs et de soutien aux groupes ou aux populations cibles. Ils fournissent aussi les services axés sur le patient, la famille ou la collectivité. Ils servent également d'intermédiaires entre les personnes et les organismes et agences de services communautaires, et renvoient les patients ayant des besoins inhabituels ou complexes aux services plus spécialisés. Les renvois constituent en effet le mécanisme formel d'interaction entre les soins primaires, secondaires et tertiaires. Ces extrants sont tous fondés sur la reconnaissance, le diagnostic et la compréhension de l'état de santé d'une personne ou d'une population et des risques de problèmes éventuels de santé.

Le volume des extrants des SSP est fonction des contextes et déterminé par les intrants (p. ex., ressources financières

et humaines utilisées), ainsi que par les activités et décisions en matière de gouvernance, de gestion des services de santé et sur le plan clinique.

Extrants des SSP – qualités

La prestation des produits et services des SSP se définit en termes de sensibilité aux besoins des patients et des populations, et de caractéristiques exclusives et distinctives des SSP :

Sensibilité

La sensibilité des SSP reflète la mesure dans laquelle ils correspondent aux attentes et aux préférences des patients et des fournisseurs. Les SSP devraient répondre aux attentes des patients en ce qui a trait aux délais, à la commodité et à la proximité géographique, et ils devraient être structurés pour, par exemple, être adaptés sur les plans culturel et social.

Des services complets et des soins holistiques

Comme les SSP sont le premier point de contact avec le système de santé et qu'ils sont responsables de la dimension longitudinale des soins, on s'attend à ce que les fournisseurs de services de ce secteur abordent (par des services directs ou le renvoi à d'autres fournisseurs) une gamme complète d'états de santé et offrent un éventail de services⁴⁴. Les systèmes de SSP qui offrent un éventail complet de services obtiennent de meilleurs résultats⁴.

On attend aussi des fournisseurs de SSP qu'ils offrent des soins directs dans les cas de maladies aiguës, récurrentes ou chroniques, ainsi qu'en matière de comportements à risque, tout en tenant compte des changements dans les modes de vie ainsi que des conditions sociales et environnementales des personnes et des populations (c.-à-d. soins holistiques).

Soins continus et longitudinalité

La continuité des soins se définit comme « la mesure dans laquelle un ensemble de soins de santé distincts est perçu comme cohérent et en rapport avec les besoins médicaux du patient et sa condition personnelle⁴⁸. » La continuité des SSP est reliée à une amélioration de l'efficacité technique, de la sensibilité, de l'acceptabilité et de l'efficacité du système de santé^{49, 50, 51}. Il existe trois types de con-

tinuité⁴⁸ qui sont tous mesurables au niveau du patient individuel et qui reconnaissent tous les aspects longitudinaux⁵² et chronologiques⁵³ du rapport entre les patients et les fournisseurs de services.

1. La continuité relationnelle désigne la relation thérapeutique continue entre un patient et un ou plusieurs fournisseurs de services. Les relations longitudinales continues entre praticiens et patients se traduisent par une meilleure reconnaissance des problèmes et un usage plus adéquat des stratégies « attentistes ». La régularité de la source des soins se traduit à son tour par un usage plus adéquat des services spécialisés (notamment des salles d'urgence), un meilleur usage des services cliniques de prévention, une amélioration de la conformité aux ordonnances, une diminution du nombre de visites chez le médecin et une diminution des coûts pour la population en général^{54, 55}.
2. La continuité informationnelle est l'usage de l'information sur les événements passés et sur les contextes personnels pour que les soins actuels soient appropriés à la personne. Elle comprend la communication de l'information aux patients et à leurs familles afin de les appuyer dans leurs rôles de décideurs et dans les soins continus.
3. La continuité de la gestion est une démarche constante et cohérente de la gestion d'un état de santé sensible aux besoins changeants du patient. La continuité de la gestion est particulièrement importante lorsqu'un certain nombre de fournisseurs de SSP participent à la prestation des services à un patient.

Coordination des soins (intégration)

La coordination des soins reflète le degré d'intégration des services parmi les fournisseurs de soins du secteur des SSP, ainsi qu'entre les fournisseurs de SSP et d'autres secteurs des services sanitaires et sociaux. La coordination des soins décrit essentiellement le degré de coordination des soins par les fournisseurs, ainsi que la nature et le degré de l'intégration horizontale et verticale des services. Si la continuité des soins est un aspect de la qualité des services



pour le patient, l'expérience de la gestion de la continuité dépend du degré de coordination et d'intégration des services.

Communications interpersonnelles et efficacité technique

Au niveau du système des SSP, le modèle du Conseil du Trésor définit l'efficacité comme une fonction des extrants et des résultats au niveau du système. Mais au niveau du programme, de la pratique ou du fournisseur, il est important de jauger et de surveiller l'efficacité de chaque produit et service (unité d'extrait) offert aux Canadiens. Dans le cas qui nous intéresse, l'efficacité d'un extrait des SSP désigne la mesure dans laquelle un produit ou un service particulier exerce un effet ou une influence sur une personne ou une population.

Dans le but de concentrer les efforts d'évaluation, les universitaires ont fait la distinction entre deux types d'efficacité en ce qui a trait à l'utilité d'un produit ou service de santé^{56, 57}. L'efficacité interpersonnelle (que l'on nomme ici « communication interpersonnelle ») comprend la communication, la prise de décision et le style de rapports interpersonnels. La communication interpersonnelle comprend aussi l'appréciation de l'expérience du patient avec la maladie et englobe la mesure dans laquelle les fournisseurs s'orientent sur l'offre de services axés sur le patient⁵⁸. Les fournisseurs qui adoptent une démarche axée sur le patient tiennent compte du désir du patient en matière d'information et de partage dans la prise de décision, en se penchant sur les préoccupations du patient et son besoin d'information; en cherchant à comprendre le patient en tant qu'individu global avec ses besoins émotionnels et les circonstances de sa vie; et en cherchant des terrains d'entente communs avec le patient sur la nature du problème et la façon de l'aborder⁵⁹.

Par comparaison, l'efficacité technique désigne la compétence du fournisseur dans le choix et l'utilisation de techniques de consultation, de tests, de procédures, de traitement ou d'interventions efficaces pour des patients particuliers, de manière à ce que les services soient conformes aux connaissances professionnelles. Ce concept est aussi connu sous le nom de « soins fondés sur les

données probantes⁶⁰ » et comprend des soins considérés comme valables selon les normes professionnelles contemporaines.

Les recherches récentes ont fait la lumière sur l'efficacité technique des SSP^{61, 62} et sur la possibilité que les fournisseurs de soins puissent provoquer des effets néfastes⁶³. La sécurité des patients est fonction des activités et des décisions en matière de politiques et de gestion des services de santé au niveau du système, ainsi que des communications interpersonnelles et de l'efficacité technique au niveau des fournisseurs de services.

Résultats immédiats des SSP

Comme le montre la figure 1, les résultats immédiats sont les plus attribuables aux extrants et ceux pour lesquels un programme peut raisonnablement assumer le contrôle et la responsabilité. Comme des facteurs externes exercent une influence sur les résultats immédiats, intermédiaires et finaux, il faut des analyses complexes pour attribuer aux SSP les résultats pour la santé et pour le système de santé.

Dans le contexte des SSP, on reconnaît deux types de résultats immédiats. Le premier type concerne les patients et les populations : une meilleure connaissance de la santé et des services de santé dans la population; une réduction des risques, de la durée et des effets des états de santé aigus et épisodiques; une réduction des risques et des effets des maladies chroniques. Le second type de résultats comprend les résultats pour les Canadiens qu'on pourrait attendre de tous les secteurs de la santé : le maintien ou l'amélioration de la vie au travail des effectifs des SSP.

Meilleure connaissance de la santé et des services de santé dans la population

L'un des principaux résultats (et l'une des principales responsabilités) du secteur des SSP consiste à améliorer les connaissances, les compétences et les capacités des personnes, de sorte qu'elles puissent maintenir ou améliorer leur propre santé, ainsi que la santé et le mieux-être des autres. Les connaissances en matière de santé permettent aux gens de comprendre les déterminants de la santé et de la maladie et la façon de mieux gérer soi-même les com-

portements à risque, les déficiences et les invalidités. Elles permettent aux gens de comprendre comment et quand recourir à différents types de services sanitaires et sociaux.

Réduction des risques, de la durée et des effets des maladies aiguës et épisodiques

La réduction des risques (prévalence et incidence) de maladies aiguës, épisodiques et récurrentes qui diminuent la santé fonctionnelle et le mieux-être d'une population est un autre résultat principal des SSP. Lorsque l'état de santé des personnes se détériore, les SSP limitent la durée et les effets des déficiences afin de réduire les complications, d'atténuer les invalidités et d'optimiser l'état de santé. « L'idée qu'il y a un nouveau point d'entrée chaque fois que des soins sont requis pour un problème de santé est inhérente à l'organisation des services de santé selon les niveaux de soins (primaires, secondaires, tertiaires)⁴⁴ ».

Réduction des risques et des effets des maladies chroniques

Un troisième résultat escompté des SSP est la réduction des risques de maladies chroniques découlant de déficiences ou d'invalidités prolongées. Les déficiences sont des problèmes reliés aux fonctions de l'organisme (c.-à-d., problèmes physiologiques) et à ses structures (c.-à-d., problèmes anatomiques) attribuables à une déviation ou à une perte importante; le terme « invalidité » est un terme générique qui désigne les déficiences, les limites à la pratique d'activités et les restrictions à la participation. Les limites à la pratique d'activités sont des difficultés que peut éprouver une personne dans l'exécution d'une tâche, et les restrictions à la participation sont des problèmes que peut éprouver une personne dans les situations de la vie courante⁶⁴. Dans les cas où les personnes souffrent de déficiences qui ne sont pas transitoires, les services des SSP visent à minimiser l'invalidité afin d'optimiser l'état de santé.

Maintien ou amélioration de la vie au travail des effectifs des SSP

Le maintien ou l'amélioration de la santé des fournisseurs, des gestionnaires, des administrateurs et des décideurs des SSP est un autre résultat immédiat. Selon des recherches récentes, on a maintes raisons d'être inquiet, car les fournisseurs de services sont, par exemple, plus susceptibles de s'absenter du travail en raison de la maladie ou

d'une invalidité, et du fait d'une moins grande satisfaction au travail que les travailleurs d'autres secteurs non reliés à la santé⁶⁵.

Il est clair que la santé, la satisfaction au travail et la productivité des effectifs du secteur de la santé sont des résultats escomptés de tous les secteurs de prestation de services de santé, y compris les SSP. Jusqu'à récemment, les efforts de surveillance du rendement du système de santé ont prêté peu d'attention à cette question. Les associations professionnelles et d'autres ont cependant commencé à préciser et à évaluer ces facteurs et à en rendre compte.

Bien que peu de données probantes viennent étayer le lien entre la santé des fournisseurs de services et les soins de qualité supérieure⁶⁶, la vie au travail des travailleurs du domaine de la santé est importante, car les ressources humaines constituent un intrant majeur du système de santé. Au Canada, un travailleur sur dix œuvre dans le domaine des services sanitaires et sociaux⁶⁵.

Résultats intermédiaires des SSP

On attend des SSP qu'ils exercent un contrôle ou une influence (et donc une responsabilité) relativement élevée sur les résultats immédiats, bien que ceux-ci subissent toujours l'influence de facteurs externes. Par comparaison, on attend des SSP qu'ils exercent un contrôle moins important sur les résultats intermédiaires en raison des influences plus fortes des facteurs externes. En matière de SSP, les résultats intermédiaires comprennent :

Adéquation de l'emplacement et des fournisseurs

Le concept d'adéquation se résume à la prestation du bon service à la bonne personne par le bon fournisseur au bon endroit et au bon moment. En septembre 2000, les premiers ministres ont convenu que les améliorations aux SSP sont essentielles au renouvellement des services de santé, et ils se sont engagés à faire en sorte que les Canadiens reçoivent les services les mieux indiqués, offerts par les fournisseurs les plus aptes et dans les installations les mieux adaptées.



Un service adéquat est un service qui fait plus de bien que de mal à un patient⁶⁷, et qui tient compte des questions d'efficacité du traitement (le bon service), du besoin (la bonne personne) et de la sécurité (l'administration du bon traitement au bon moment). Dans le contexte du modèle logique des SSP, l'adéquation du « bon service à la bonne personne au bon moment » se classe sous les extrants (c.-à-d., communication interpersonnelle, efficacité technique et sensibilité eu égard au temps).

L'adéquation de l'emplacement et des fournisseurs, cependant, se définit comme un résultat intermédiaire au regard de la reconnaissance de la contribution des SSP à cette caractéristique des systèmes de santé. On reconnaît que le système des SSP a moins de contrôle direct sur ce résultat, car l'adéquation de l'emplacement et des fournisseurs est très influencée par les intrants, les activités et les extrants d'autres secteurs du système de santé. L'adéquation de l'emplacement s'évalue en fonction du parallèle entre, d'une part, l'état du patient et les services requis pour son traitement et, d'autre part, les installations où les soins sont administrés⁶⁷.

Quant à l'adéquation des fournisseurs, on la mesure en déterminant si les patients sont le mieux jumelés aux fournisseurs capables d'offrir le niveau et le type de soins désirés, et si les fournisseurs sont le mieux jumelés avec les patients auxquels ils peuvent offrir le niveau et le type de soins désirés. Les SSP exercent une influence indirecte sur ce résultat, par exemple, par leur contrôle sur les décisions en matière de politiques de financement et la disponibilité d'un éventail de différents types de fournisseurs, de décisions de gestion sur la combinaison des fournisseurs offrant les SSP, et les préférences cliniques à savoir si l'on traite les patients ou si on les renvoie à des spécialistes.

Efficiences du système de santé

Ce résultat intermédiaire concerne l'efficacité du système de santé par opposition à l'efficacité du système des SSP. L'efficacité du système de santé est fonction des intrants, des activités et des extrants de tous les secteurs du système de santé, dont les SSP ne sont qu'un élément. Un système de santé efficace utilise les ressources jusqu'au point où

les avantages accessoires sont égaux au coût différentiel; la consommation des ressources au-delà de ce point se traduit par l'administration de traitements inefficaces et le détournement des ressources au détriment des besoins de la société. L'efficacité suppose l'atteinte de résultats escomptés par l'utilisation optimale des ressources⁶⁸.

Le système des SSP participe directement à l'efficacité d'un système de santé par sa propre efficacité en tant que secteur, et indirectement par son influence sur l'utilisation des ressources dans d'autres secteurs du système de santé. Par exemple, les régions géographiques où l'on compte plus de médecins de famille et de médecins généralistes per capita présentent des taux d'admission à l'hôpital moins élevés pour des patients dont l'état de santé ne justifie pas l'admission à l'hôpital, si on y trouve de bons SSP⁶⁹. De plus, les coûts annuels des services de santé sont plus bas pour les patients qui ont un médecin de SSP plutôt qu'un spécialiste comme source habituelle de services de santé.

Un examen des documents de politiques canadiennes corrobore l'idée selon laquelle la collectivité s'attend à une association entre l'efficacité des SSP et celle du système de santé. Par exemple, la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada indique que l'un des avantages des SSP est le meilleur usage des ressources par une meilleure utilisation des services d'urgence et une réduction des besoins en matière de traitements coûteux en milieu hospitalier ou de réadmission¹⁸.

Équité du système de santé

Ce résultat intermédiaire concerne l'équité du système de santé, y compris le degré d'équité des SSP. Un système de santé et un système de SSP équitables offrent des services à la population en fonction de ses besoins relatifs plutôt qu'en fonction, par exemple, de sa capacité de payer. Le principe de l'équité est inscrit dans la Loi canadienne sur la santé que les Canadiens endossent toujours^{6, 71}.

Les SSP contribuent directement à l'équité du système de santé par leur contrôle sur l'équité dans ce secteur et leur responsabilité envers elle. Les SSP influent aussi indirectement sur l'équité des autres secteurs par un contrôle sur

les prescriptions, les renvois et les admissions. Les recherches révèlent que les services des médecins de famille au Canada, par exemple, semblent reliés aux besoins relatifs en matière de soins³⁸. Mais le rapport entre les besoins et le recours aux services de spécialistes ne semble pas aussi fort et peut être faussé par les schémas de renvois^{72, 73} des SSP et la disponibilité des soins de spécialité⁷⁴.

Si les services de santé doivent être fournis aux Canadiens en fonction de leurs besoins, les SSP devraient alors comprendre des activités pour faire en sorte que ceux qui demandent et reçoivent des soins soient ceux qui en ont le plus besoin (équité verticale) et que les personnes ayant des besoins similaires reçoivent des soins similaires (équité horizontale). Il est aussi important de veiller à ce que ceux qui ne demandent ni ne reçoivent de soins ne sont pas dans le besoin. La surveillance du rendement du système de santé nécessite donc une compréhension des caractéristiques des individus qui utilisent les services, ainsi que les profils de ceux dont on ne répond pas aux besoins.

Acceptabilité

La notion d'acceptabilité comprend à la fois la satisfaction des services reçus et, au sens plus large, la confiance du public envers les services offerts. On parle d'acceptabilité quand les soins ou les services offerts répondent aux besoins des patients, des collectivités, des fournisseurs et des organismes payeurs. On reconnaît qu'il puisse y avoir des intérêts divergents entre les intervenants, mais ce sont les besoins des populations qui importent avant tout.

Résultats finaux des SSP

Les résultats finaux devraient mettre plus de temps à se réaliser. De plus, les résultats immédiats et intermédiaires des SSP, ainsi que les facteurs externes, devraient influencer sur les effets ou les résultats finaux des SSP. Les résultats finaux comprennent :

Système de santé viable

Une analyse récente des énoncés de politiques canadiens révèle que bien des territoires de compétence considèrent les SSP comme un important levier pour l'obtention d'un système

de santé viable et abordable. Certaines données viennent appuyer cette affirmation : les recherches révèlent que les systèmes de santé qui font la promotion des SSP ont des coûts généraux plus bas que ceux qui ne le font pas^{1-4, 75}.

Amélioration ou maintien du fonctionnement, de la résilience et de la santé des individus (dont le mieux-être et la longévité)

Les SSP devraient améliorer ou maintenir la santé et le mieux-être des personnes qui reçoivent les services, ou empêcher un déclin de leur santé. Dans les cas où les personnes subissent un déclin prévisible attribuable à une maladie mortelle, par exemple, la population s'attend à ce que les SSP continuent à répondre à leurs besoins changeants.

Amélioration du niveau et de la répartition de la santé et du mieux-être dans la population

Pour les deux tiers des Canadiens, le but principal du système de santé devrait être d'améliorer la qualité de vie, de promouvoir la santé et le mieux-être, de réduire l'invalidité et d'accroître la capacité de fonctionner⁷⁶. Seulement le tiers des Canadiens considèrent qu'il est important d'offrir des traitements pour prolonger la vie, ce qui laisse croire que la population attache plus d'importance à la santé et au mieux-être de la population qu'à la longévité. Si les services de SSP sont axés sur les individus, un système de SSP fort qui complète de façon appropriée les autres secteurs de la santé devrait contribuer au niveau moyen et à la répartition de la santé dans les populations.

Les recherches révèlent que les systèmes de santé axés sur les SSP sont reliés à un taux de mortalité fondé sur les populations plus bas¹ et atténuent au moins certains des effets néfastes pour la santé des inéquités en matière de revenu^{75, 77, 78}.



Enchaînement du modèle logique axé sur les résultats des SSP

Un modèle logique axé sur les résultats :

« ... identifie les liens entre les activités accomplies dans le cadre d'une politique, d'un programme ou d'une initiative et l'atteinte des résultats. Il décrit de façon succincte l'ensemble des activités qui composent la politique, le programme ou l'initiative et la séquence des résultats qui devraient découler de ces activités. Le modèle logique sert de « feuille de route »; il illustre l'enchaînement des résultats qui relie les activités aux résultats finaux, et identifie par conséquent les étapes à franchir pour atteindre ces résultats¹¹. »

La présente section vise à décrire certains des liens plus explicites entre les intrants, les activités, les extrants et les résultats du secteur des SSP. Les flèches sur le modèle logique illustré à la figure 2 représentent ces liens. Dans la section suivante, les exemples illustrent comment la construction et les liens du modèle logique peuvent servir à la planification, à la surveillance, à l'évaluation et à la production de rapports sur les SSP.

Contextes, intrants et activités

- Les activités et les décisions en matière de politiques et de gouvernance, de gestion des services de santé et sur le plan clinique ont une influence sur la consommation et l'usage des intrants en ressources financières, matérielles et humaines. La disponibilité de ces intrants des SSP influe aussi sur ces activités des SSP.
- Les activités et les décisions en matière de politiques et de gouvernance définissent le contexte dans lequel la gestion des services de santé et les activités cliniques ont lieu, et vice versa.
- Les contextes social, culturel, politique, législatif et réglementaire, économique et physique influent directement sur les intrants des SSP (ressources financières, matérielles et humaines), ainsi que les activités des SSP (politiques, gestion et cliniques).
- Les caractéristiques de la population (p. ex., les valeurs, les besoins et les exigences) influent sur les activités et les décisions en matière de politiques et de gouvernance, de gestion des services de santé et sur le plan clinique.

- Le public contribue aux ressources financières des SSP et participe aux effectifs des SSP. Il participe aussi, directement ou indirectement, aux activités et aux décisions en matière de politiques et de gouvernance, de gestion des services de santé et sur le plan clinique.
- Enfin, les contextes environnemental et social, en conjonction avec les caractéristiques des populations, influent sur les résultats immédiats, internes et finaux.

Extrants et résultats

- Trois des quatre résultats immédiats des SSP sont étroitement reliés. Une meilleure connaissance de la santé et de ses déterminants dans la population peut réduire le risque de maladies aiguës et chroniques. La réduction du risque, de la durée ou des effets des déficiences aiguës peut réduire le risque de maladies chroniques dans la population. En outre, la réduction de la prévalence des maladies chroniques peut réduire le risque et la durée des déficiences aiguës ou épisodiques.
- Ces trois résultats immédiats englobent des effets reliés à la santé qui améliorent ou maintiennent directement les fonctions, la résilience et la santé des individus, ce qui est l'un des résultats finaux. Il y a aussi un lien direct entre ces trois résultats immédiats et tous les résultats intermédiaires. Par exemple, lorsque l'on minimise la durée et les effets des maladies aiguës ou chroniques (résultats immédiats), il est probable que les services seront jugés acceptables (résultat intermédiaire).
- Le quatrième résultat immédiat, soit le maintien ou l'amélioration de vie au travail des effectifs de SSP, contribue directement à l'obtention d'un système de santé viable, l'un des résultats finaux. Cependant, ce résultat final est aussi influencé par les résultats intermédiaires, ainsi que par des facteurs externes.
- Le résultat intermédiaire de l'adéquation de l'emplacement et des fournisseurs est le fruit des activités des SSP (p. ex., décisions de gestion relatives au groupe de fournisseurs de SSP) et des extrants (p. ex., renvois), ainsi que d'autres facteurs externes. En effet, ces résultats et d'autres résultats intermédiaires sont indirectement des résultats d'intrants, d'activités, d'extrants et de facteurs externes des SSP.

- Le résultat intermédiaire de l'adéquation de l'emplacement et des fournisseurs contribue aussi à l'efficacité du système de santé, ce qui est un autre résultat intermédiaire.
- Les résultats intermédiaires de l'efficacité et de l'équité du système de santé contribuent à l'acceptabilité des SSP, un autre résultat intermédiaire.
- Les quatre résultats intermédiaires contribuent à la création d'un système de santé viable qui, à son tour, contribue à l'amélioration ou au maintien de la santé des individus et au niveau et à la répartition de la santé dans les populations.
- Enfin, les résultats intermédiaires influent directement sur les fonctions, la résilience et la santé des individus (résultats finaux) et, lorsqu'ils sont axés sur ceux qui ont le plus besoin de services, ils influent directement et indirectement sur la répartition et le degré de santé dans la population (résultat final).



Utilisation du modèle logique pour la planification, la surveillance, l'évaluation et le compte rendu des stratégies de renouvellement des SSP

La présente section est consacrée à la description, à l'aide d'un exemple, de la façon, pour les SSP, d'utiliser le modèle logique pour planifier, surveiller et évaluer la mise en place de stratégies visant à renforcer le système de SSP au Canada, et en rendre compte.

On peut utiliser le modèle logique dès les premières phases de la planification du renouvellement des SSP, car il offre un lexique commun pour les communications entre les intervenants. Il facilite la prise de décision sur les buts et les objectifs de toute stratégie de renouvellement, car il précise tout l'éventail des extrants et des résultats des SSP. L'examen d'un modèle logique donne aux intervenants la possibilité de mieux examiner et communiquer les associations et les liens escomptés entre les buts et les objectifs, et les solutions de remplacement.

Le modèle logique aide les évaluateurs et les chercheurs à participer aux efforts de planification et de compte rendu du renouvellement des SSP en définissant les secteurs où l'information et les données probantes sont importantes. L'information sur les contextes, les intrants, les activités et les extrants est nécessaire pour bien comprendre l'état actuel et évolutif du système de SSP. Les données probantes sur les interventions qui influent sur les extrants et les résultats de la façon voulue enrichissent les connaissances sur les résultats escomptés reliés aux solutions de remplacement.

Les initiatives en vue du renouvellement des SSP sont nombreuses au Canada. Parmi celles-ci, l'une des plus en vogue est la création d'équipes de collaboration interdisciplinaires à l'appui d'un accès en temps opportun à des services de SSP complets et coordonnés permettant aux Canadiens de recevoir les services nécessaires de la part des fournisseurs les mieux placés pour les offrir. Le modèle logique peut concentrer l'attention des planificateurs, des responsables de la mise en œuvre et des évaluateurs sur les

intrants requis pour appuyer ce type d'effort de renouvellement et la vaste gamme d'activités à coordonner pour stimuler et soutenir le changement. On peut l'utiliser pour surveiller et évaluer le renouvellement, car il précise les intrants, les activités, les extrants et les résultats pertinents là où les changements sont attendus.

En ce qui a trait à la création d'équipes de collaboration interdisciplinaires, les responsables de la planification et de la mise en œuvre des changements doivent d'abord tenir compte de l'état actuel des intrants, des résultats et des extrants des SSP dans leur territoire de compétence. Au niveau des intrants des SSP, il faut tenir compte de la mesure dans laquelle les intrants en ressources financières soutiennent ou freinent le changement dans le nombre et la diversité des fournisseurs de différentes disciplines. Il faut prendre en considération la mesure dans laquelle les ressources éducationnelles et les systèmes d'information (ressources matérielles) appuient ou gênent la collaboration interdisciplinaire au sein des équipes, et la mesure dans laquelle les ressources humaines du secteur de la santé sont disponibles et disposées à travailler en équipe de collaboration.

Au chapitre des politiques et de la gouvernance, les activités et les décisions qui appuient ou gênent la collaboration interdisciplinaire comprennent les méthodes de financement et de rémunération des fournisseurs des organisations de SSP, ainsi que les contextes juridiques et réglementaires⁷⁹. En matière de gestion des services de santé et sur le plan clinique, les décisions des dirigeants et des praticiens des SSP déterminent, au bout du compte, la taille, l'emplacement et les types de cabinets ou de réseaux et la façon dont ils travaillent en équipe pour offrir les services. De plus, les décisions sur la disponibilité et l'usage des systèmes d'information clinique influent sur la nature et la portée des communications entre les membres de l'équipe.

Tout au long de ce processus, il est essentiel d'observer attentivement pour voir si les activités se déroulent comme prévu et si les interventions ont les effets escomptés sur les extrants. Il faut exercer une surveillance pour faire en sorte que les dirigeants des organisations ou des réseaux de SSP embauchent ou retiennent les services de fournisseurs d'un éventail de disciplines. Si les activités de surveillance montrent que les praticiens ne travaillent pas en équipe, il faut alors procéder à une évaluation pour déterminer les activités et les décisions sur le plan clinique qui motivent la décision de ne pas collaborer. Si les activités de surveillance indiquent que des équipes de collaboration ont été formées, les évaluateurs examinent les effets voulus et fortuits sur les extrants. Le modèle logique précise les extrants (volume, type et qualité de ces produits et services) à évaluer.

Les efforts de surveillance et d'évaluation précoces constituent une part importante de ce que les experts appellent les « évaluations formatives ». Ces évaluations fournissent de l'information aux responsables du renouvellement des SSP afin de leur permettre de réagir promptement aux nouvelles menaces et aux possibilités de changement durable. Le modèle logique encadre les activités, les extrants et les résultats à surveiller. Lorsque les évaluateurs entreprennent la tâche de déterminer si les extrants et les résultats sont attribuables aux interventions de renouvellement, comme la formation d'équipes de collaboration interdisciplinaires, le modèle logique précise les extrants et les résultats importants, ainsi que les facteurs externes à prendre en considération.

Il est tout aussi important, cependant, que le modèle logique précise d'autres extrants et résultats de ce secteur qui devraient faire l'objet d'une surveillance pour déceler les effets inattendus d'une intervention. Le fait de mesurer les activités, les extrants et les résultats prévus et fortuits, ainsi que de tenir compte des effets sur les contextes et les populations, peut fournir des renseignements valables pour les responsables du renouvellement des SSP, et leur permettre de comprendre et d'agir sur les conséquences de leurs actes, et de faire rapport aux Canadiens sur les progrès réalisés et les résultats obtenus.

On peut utiliser le modèle logique pendant les phases de planification, de surveillance et d'évaluation pour préciser les indicateurs de rendement et les questions d'évaluation les plus importantes, ainsi que pour planifier les systèmes d'information des SSP pour appuyer ces travaux. On peut établir des indicateurs pour décrire et surveiller les intrants, les activités, les extrants et les résultats immédiats des SSP, ainsi que l'efficacité du système de SSP. Lorsque les indicateurs sont conçus pour permettre des comparaisons entre les interventions et les régions, il faut des analyses complexes pour prendre en compte les différences des contextes externes et des populations. Il n'est pas approprié d'utiliser les indicateurs pour mesurer l'efficacité des stratégies de renouvellement des SSP sur les résultats immédiats, intermédiaires et finaux. Il faut procéder à des évaluations plus complexes pour tenir compte des facteurs externes qui influent simultanément sur ces résultats.



Discussion

Les Canadiens se préoccupent de plus en plus de l'accessibilité et de la qualité des services de santé et beaucoup sont ouverts à l'idée d'adopter de nouveaux modèles pour la prestation des services de SSP. Les investissements publics ont été considérables et continueront de l'être dans le renouvellement des SSP, et les Canadiens ont clairement exprimé leur désir d'être mieux renseignés sur cette question. Le modèle logique axé sur les résultats présenté ici vise à appuyer les efforts de renouvellement de l'organisation, du financement et de la prestation des SSP au Canada.

La citation suivante du Conseil du Trésor du Canada semble pertinente pour tous les décideurs, administrateurs et praticiens du secteur des SSP :

« Être comptable des résultats, c'est se demander si l'on a fait tout ce qui était possible avec les pouvoirs et les ressources dont on disposait pour influencer sur l'atteinte des résultats escomptés et si l'on a appris des expériences passées ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas. Rendre ainsi compte des résultats, c'est faire la preuve qu'on a fait une différence, que par ses actions et ses efforts, on a contribué aux résultats obtenus¹³. »

Si les décideurs, les administrateurs et les fournisseurs entendent mettre en place, surveiller, évaluer et orienter les initiatives conçues pour faciliter le renouvellement des SSP, il faut établir un processus en plusieurs étapes.

1. Il faut un modèle logique axé sur les résultats pour préciser les intrants, les activités, les extrants et les résultats principaux de ce secteur de la santé.
2. Il faut des indicateurs de rendement pour répondre aux besoins en information des personnes responsables de la planification, de la surveillance et de la production de rapport en matière de renouvellement des SSP.

3. Il faut un système d'information des SSP pour fournir des indicateurs de rendement en temps voulu, valides et fiables, et pour vérifier les hypothèses de liens entre les intrants, les activités, les extrants et les résultats.
4. L'information sur les résultats des activités de renouvellement des SSP est nécessaire pour informer les décisions, les actions et les évaluations éventuelles sur les plans des politiques, de la gestion des services de santé et clinique⁸⁰.

Le présent rapport concerne la première phase. Les prochains travaux et rapports du CHSPR seront consacrés aux trois phases subséquentes.

Notre modèle logique pour les SSP devrait concentrer et unifier les efforts d'évaluation en permettant à des intervenants variés de travailler sur des bases conceptuelles communes (et un lexique commun) des intrants, activités, extrants et résultats principaux des SSP. Il détermine une théorie commune des liens logiques entre ces trois aspects, et un ensemble commun d'idées admises sur ces dépendances.

Ce modèle logique met aussi en lumière un éventail d'activités qui sont autant de leviers potentiels de changement, qui reconnaissent les caractéristiques exclusives et distinctives des SSP et des résultats attribuables à ce secteur, et qui précisent la façon dont les SSP et d'autres secteurs de la santé convergent pour exercer une influence sur le rendement au niveau du système de santé et sur la santé de la population. Il aide aussi à préciser les compromis possibles que peuvent supposer différents efforts de renouvellement.

Pour qu'un modèle logique soit utile dans la planification, la mise en place, l'analyse et l'évaluation aux niveaux du système et des services des SSP, celui-ci doit être conçu en

consultation avec les intervenants (les utilisateurs éventuels) et suffisamment solide pour permettre son adaptation pour usage dans l'évaluation des programmes et la recherche sur les interventions. Jusqu'à maintenant, environ 650 personnes ont contribué à élaborer ou à commenter ce modèle logique. En 2004-2005, nous mènerons des consultations élargies auprès du grand public afin de préciser les caractéristiques et les résultats des SSP qui lui importent. Nous prendrons aussi part aux activités d'évaluation du renouvellement des SSP inspirées de ce modèle logique. Nous prévoyons éventuellement publier les observations sur la solidité de ce modèle logique pour la planification, la surveillance, l'évaluation et la production de rapports en matière de renouvellement des SSP. Nous sommes impatients de connaître votre avis, vous les utilisateurs, sur l'utilité de ce modèle logique.



Références

- 1 Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res* 2003;38(3):831-865.
- 2 Shi L. Health care spending, delivery, and outcome in developed countries: a cross-national comparison. *Am J Med Qual* 1997;12:83-93.
- 3 Baicker K, Chandra A. Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care. *Health Aff* 2004 Apr 7;W4:184-197.
- 4 Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy* 2002;60(3):201-218.
- 5 Sanmartin C, Gendron F, Berthelot JM, Murphy K. Access to health care services in Canada, 2003. Ottawa: Statistics Canada; 2004. Catalogue No.: 82-575-XIE.
- 6 Pollara Research. Health care in Canada survey: retrospective 1998-2003 [monograph on the Internet]. Toronto: Pollara Inc.; 2003 [cited 2004 Aug 10]. Available from: http://www.mediresource.com/e/pages/hcc_survey/pdf/HcIC_1998-2003_retro.pdf
- 7 Ekos Research Associates. Health Issues Tracking Survey. In: Mendelsohn M. Canadians' thoughts on their health care system: preserving the Canadian model through innovation. Saskatoon (SK): Commission on the Future of Health Care in Canada; 2002.
- 8 Maxwell J, Jackson K, Legowski B, Rosell S, Yankelovich D, Forest PG, Lozowchuk L. Report on citizens' dialogue on the future of health care in Canada. Saskatoon (SK): Commission on the Future of Health Care in Canada; 2002.
- 9 Auditor General of British Columbia. A Review of performance agreements between the Ministry of Health Services and the health authorities. Victoria (BC): Office of the Auditor General of British Columbia; 2003.
- 10 Treasury Board of Canada. Results for Canadians: a management framework for the government of Canada [monograph on the Internet]. Ottawa: Treasury Board of Canada Secretariat; c2000 [cited 2004 Jan 20]. Available from: http://www.tbs-sct.gc.ca/res_can/dwnld/rc_e_pdf.pdf
- 11 Treasury Board of Canada. Guide to the development of results-based management and accountability frameworks [monograph on the Internet]. Ottawa: Treasury Board of Canada Secretariat; 2001 [cited 2004 Jan 20]. Available from: http://www.tbs-sct.gc.ca/eval/pubs/RMAF-CGRR/RMAF_Guide_e.pdf
- 12 WK Kellogg Foundation. Logic model development guide. Battle Creek(MI): WK Kellogg Foundation; 2001.
- 13 Auditor General of Canada. Addressing attribution through contribution analysis: using performance measures sensibly [monograph on the Internet]. Ottawa: Office of the Auditor General of Canada; 1999 [cited 2004 Feb 20]. Available from: [http://www.oag-bvg.gc.ca/domino/other.nsf/html/99dp1_e.html/\\$file/99dp1_e.pdf](http://www.oag-bvg.gc.ca/domino/other.nsf/html/99dp1_e.html/$file/99dp1_e.pdf)
- 14 We are grateful to Dr. Barbara Starfield for coining the term 'unique and distinguishing features' when describing her notions of the most salient characteristics of primary care.
- 15 CHSPR intends to produce a paper outlining the result of this narrative analysis.
- 16 Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of health care. Final Report. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002.
- 17 Personal communication, J. Haggerty, August 13, 2004.
- 18 Commission on the Future of Health Care in Canada, Romanow RJ. Building on values: the future of health care in Canada – final report. Saskatoon (SK): Commission on the Future of Health Care in Canada; 2002.
- 19 Commission on Medicare, Fyke KJ. Caring for medicare: sustaining a quality system. Regina (SK): The Commission on Medicare, Saskatchewan Health; 2001.
- 20 Premier's Advisory Council on Health for Alberta, Mazankowski D. A framework for reform: report of the Premier's Advisory Council on Health. Edmonton (AB): Premier's Advisory Council on Health for Alberta; 2001.
- 21 Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology, Kirby MJL. The health of Canadians – the federal role. Volume six: recommendations for reform. Ottawa: Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology; 2002.
- 22 Aday LA. Establishment of a conceptual base for health services research. *J Health Serv Res Policy* 2001;6(3):183-185.
- 23 Andersen R, Newman JF. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *The Milbank Memorial Fund Quarterly - Health & Society* 1973;51(1):95-124.
- 24 Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Memorial Fund Quarterly - Health & Society* 1966;44(3 Suppl):166-206.
- 25 Lamarche P, Beaulieu M, Pineault R, Contandriopoulos A, Denis J, Haggerty J. Choices for change: the path for restructuring primary healthcare services in Canada. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2003.
- 26 Starfield, B. Primary care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press; 1992.
- 27 Statistics Canada, Canadian Institute for Health Information (CIHI). About health indicators. Health indicators [serial on the Internet] 2004 Jun [cited 2004 Sep 15];2004(1). Catalogue No.: 82-221-XIE. Available from: http://secure.cihi.ca/indicators/en/pdf/About_Health_Indicators.pdf
- 28 Centre for Development and Innovation in Health. Evaluation of the primary care partnership strategy: Baseline report [monograph on the Internet]. Victoria, Australia: Australian Institute for Primary Care, La Trobe University; 2002 Jul [cited 2004 Sep 15]. Available from: http://www.latrobe.edu.au/aipc/cdih/evaluation_pcp/Baseline%20PCP%20Evaluation%20Report%202002.pdf
- 29 Department of Health. The NHS Performance Assessment Framework. London: National Health Service; 1999.
- 30 We do know, however, from consultations that occurred with Canadians in 2002⁸ that they recommend health system renewal focus on interdisciplinary PHC teams that provide more coordinated primary care supported by a central information system.
- 31 Rosen AK, Reid R, Broemeling AM, Rakovski CC. Applying a risk-adjustment framework to primary care: can we improve on existing measures? *Ann Fam Med* 2003;1(1):44-51.
- 32 Smith JL, Haggerty J. Literacy in primary care populations: is it a problem? *Can J Public Health* 2003;94:408-412.
- 33 Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res* 1974;9(3):208-220.
- 34 Phillips KA, Morrison KR, Andersen R, Aday LA. Understanding the contexts of health care utilization: assessing environmental and provider-related variables in the Behavioural Model of Utilization. *Health Serv Res* 1998;33(3):571-596.
- 35 Van der Kar A, Knottnerus A, Meertens R, Dubois V, Kog G. Why do patients consult the general practitioner? Determinants of their decision. *Br J Gen Pract* 1992;42(361):313-316.
- 36 Oakley A. Who cares for health? Social relations, gender, and the public health. Duncan Memorial Lecture. *J Epidemiol Community Health* 1994;48(5):427-434.
- 37 Ross NA, Wolfson MC, Dunn JR, Berthelot JM, Kaplan GA, Lynch JW. Relation between income inequality and mortality in Canada and in the United States: cross sectional assessment using census data and vital statistics. *BMJ* 2000;320(7239):898-902.
- 38 Watson DE, Bogdanovic B, Heppner P, Katz A, Reid R, Roos N. Supply, availability and use of family physicians in Winnipeg [monograph on the Internet]. Winnipeg (MB): Manitoba Centre for Health Policy, University of Manitoba; 2003 [cited 2004 May 7]. Available from: <http://www.umanitoba.ca/centres/mchp/reports/pdfs/famphys.pdf>
- 39 Two-thirds of Canadians have looked for online health information, and more Canadians have gone online to seek this information than for any other online activity. (Ipsos-Reid. Searching for online health information: the number one online activity in Canada [news release]. Toronto: Ipsos-Reid; 2002 Dec 17 [cited 2004 Sep 2]. Available from: <http://www.ipsos-na.com/news/pressrelease.cfm?id=1696>)
- 40 Mintzes B, Barer ML, Kravitz RL, Kazanjian A, Bassett K, Lexchin J, Evans RG, Pan R, Marion SA. Influence of direct to consumer pharmaceutical advertising and patients' requests on prescribing decisions: two site cross sectional survey. *BMJ* 2002;324:278-279.
- 41 Statistics Canada, Canadian Institute for Health Information (CIHI). About health indicators: health indicators framework. Health indicators [serial on the Internet] 2004 Jun [cited 2004 Sep 15];2004(1). Catalogue No.: 82-221-XIE. Available from: <http://secure.cihi.ca/indicators/en/pdf/Framework-english.pdf>
- 42 First Ministers (Canadian). Communiqué on health [news release]. First Ministers' Meeting; 2000 Sep 11; Ottawa ON. Ottawa: Canadian Intergovernmental Conference Secretariat; 2000. Ref. No.: 800-038-004.
- 43 Estabrooks C, Goel V, Thiel P, Pinfold P, Sawka C, Williams I. Decision aids: Are they worth it? A systematic review. *J Health Serv Res Policy* 2001;6(3):170-182.
- 44 Starfield B. Primary care: balancing health needs, services and technology. New York: Oxford University Press; 1998.
- 45 American Academy of Pediatrics. Policy Statement: family-centered care and the pediatricians role. *Pediatrics* 2003;112(3):691-696.
- 46 Watson DE, Katz A, Reid RJ, Bogdanovic B, Roos NP, Heppner P. Family physician workloads and access to care in Winnipeg: 1991 to 2001. *CMAJ* 2004;171(4):339-342.
- 47 Roos NP, Carriere KC, Friesen D. Factors influencing the frequency of visits by hypertensive patients to primary care physicians in Winnipeg. *CMAJ* 1998;159(7):777-783.
- 48 Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield B, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ* 2003;327(7425):1219-1221.
- 49 Christakis DA, Mell L, Koepsell TD, Zummerman FJ, Connell FA. Association of lower continuity of care with greater risk of emergency department use and hospitalization in children. *Pediatrics* 2001;107(3):524-529.



- ⁵⁰ Hjortdahl P, Laerum E. Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction. *BMJ* 1992;304(6837):1287-1290.
- ⁵¹ Parchman ML, Pugh JA, Noel PH, Larme AC. Continuity of care, self-management behaviours, and glucose control in patients with type 2 diabetes. *Med Care* 2002;40(2):137-144.
- ⁵² "Longitudinality, in the context of primary care, is a long-term personal relationship between practitioners and patients in their practice. Continuity is not necessary for this relationship to be present; interruptions in the continuity of care for whatever reason need not disrupt this relationship. Therefore, the term 'longitudinality'...provides a much better sense of the characteristic that is a critical part of primary care."⁴⁴
- ⁵³ Hennen BK. Continuity of care in family practice. Part 1: dimensions of continuity. *J Fam Pract* 1975;2(5):371-372.
- ⁵⁴ Ettner SL. The timing of preventative services for women and children: the effect of regular source of care. *Am J Public Health* 1996;86(12):1748-1754.
- ⁵⁵ Lambrew JM, DeFriesse GH, Carey TS, Ricketts TC, Biddle AK. The effects of having a regular doctor on access to primary care. *Med Care* 1996;34(2):138-151.
- ⁵⁶ Cleary PD, McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry* 1988;Spring;25(1):25-36.
- ⁵⁷ Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Soc Sci Med* 2000;51(11):1611-1625.
- ⁵⁸ Stewart M, Brown JB, Weston WW, McWhinney IR, McWilliam CL, Freeman TR. *Patient-centred medicine transforming the clinical method*. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 1995.
- ⁵⁹ Stewart M. Towards a global definition of patient centred care [editorial]. *BMJ* 2001;322(7284):444-445.
- ⁶⁰ Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: What it is and what it isn't [editorial]. *BMJ* 1996;312(7023):71-72.
- ⁶¹ McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, Kerr EA. The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med* 2003;348(26):2635-2645.
- ⁶² Katz A, De Coster C, Bogdanovic B, Soodeen R, Chateau D. Using administrative data to develop indicators of quality in family practice. Winnipeg (MB): Manitoba Centre for Health Policy, University of Manitoba; 2004.
- ⁶³ Forster AJ, Asmis TR, Clark HD, Al Saied G, Code CC, Caughey SC, Baker K, Watters J, Worthington J, van Walraven C. Ottawa Hospital Patient Safety Study: incidence and timing of adverse events in patients admitted to a Canadian teaching hospital. *CMAJ* 2004;170(8):1235-1240.
- ⁶⁴ World Health Organization. *International classification of functioning, disability, and health*. Geneva: World Health Organization; 2001.
- ⁶⁵ Canadian Institute for Health Information (CIHI). *Canada's health care providers*. Ottawa: Canadian Institute for Health Information; 2001.
- ⁶⁶ Eisenberg JM, Bowman CC, Foster NE. Does a healthy health care workforce produce higher quality care. *Jt Comm J Qual Improvement* 2001;27(9):444-457.
- ⁶⁷ Lavis JN, Anderson GM. Appropriateness in health care delivery: definitions, measurement and policy implications. *CMAJ* 1996;154(3):321-328.
- ⁶⁸ Pulchins I. Health indicators conceptual framework technical specifications [conference presentation]. At: Partnership for Health Information Standards Fall 2000 Conference; 2000 Oct 2-3; Toronto ON. Ottawa: Canadian Institute for Health Information; c2000 [cited 2004 Jan 21]. Available from: http://secure.cihi.ca/cihiweb/en/downloads/partner_conf_oct2000_e_IPulchins.pdf
- ⁶⁹ Parchman ML, Culler S. Primary care physicians and avoidable hospitalizations. *J Fam Pract* 1994;39(2):123-128.
- ⁷⁰ Franks P, Fiscella K. Primary care physicians and specialists as personal physicians. Health care expenditures and mortality experience. *J Fam Pract* 1998;47(2):105-109.
- ⁷¹ Survey by Berger Health Monitor 1991, 1994, 1995, 1999, 2000. In: Mendelsohn M. *Canadians' thoughts on their health care system: preserving the Canadian model through innovation*. Saskatoon (SK): Commission on the Future of Health Care in Canada; 2002.
- ⁷² Dunlop S, Coyte PC, Mclsaac W. Socio-economic status and the utilisation of physicians' services: results from the Canadian National Population Health Survey. *Soc Sci Med* 2000;51(1):123-133.
- ⁷³ Frohlich N, Fransoo R, Roos N. Health services use in the Winnipeg Regional Health Authority: variations across areas in relation to health and socioeconomic status. *Health Care Manage Forum* 2000;51(1 Winter Suppl):9-14.
- ⁷⁴ Forrest CB, Reid RJ. Prevalence of health problems and primary care physicians' specialty referral decisions. *J Fam Pract* 2001 May;50(5):427-432.
- ⁷⁵ Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994;344(8930):1129-1133.
- ⁷⁶ Merck Frost/Pollara, 1999. In: Mendelsohn M. *Canadians' thoughts on their health care system: preserving the Canadian model through innovation*. Saskatoon (SK): Commission on the Future of Health Care in Canada; 2002.
- ⁷⁷ Shi L, Macinko J, Starfield B, Wulu J, Regan J, Politzer R. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in the US states, 1980-1995. *J Am Board Fam Pract* 2003;16:412-422.
- ⁷⁸ Shi L, Starfield B, Kennedy B, Kawachi I. Income in equality, primary care, and health indicators. *J Fam Pract* 1999;48(4):275-284.
- ⁷⁹ Martin-Misener R, McNab J, Sketris IS, Edwards L. Collaborative practice in health systems change: the Nova Scotia experience with the Strengthening Primary Care Initiative. *Can J Nurs Leadership* 2004 May;17(2):33-45.
- ⁸⁰ Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington; The National Academies Press: 2001.

