



Modèle de santé et de bien-être Guide pour le cadre d'évaluation

Le comité pour l'amélioration, les
connaissances, la transformation et
l'équité (ACTE)
(anciennement Comité de gestion du
rendement)

fevrier 2025

Renseignements sur les diverses versions

| Version du document | Auteur | Date d'approbation : | Approuvé par : | Résumé des modifications apportées à cette version : |
|----------------------------|---|-----------------------------|-----------------------|---|
| 1.0 | RDSS | Août 2014 | CGR | Première version |
| 2.0 | Arron Service | Février 2015 | CGR | Rétroaction du CDG |
| 3.0 | Arron Service | Version finale | CGR | Modifications finales |
| 4.0 | Nancy LaPlante | Septembre 2018 | Réseau ED | Mise à jour complète |
| 4.2 | Nancy LaPlante | Novembre 2018 | CGR | Mise à jour des champs de données de bien-être Vital 8 |
| 5.0 | Christine Randle, Brian Sankarsingh, Wendy Banh, Rodney Burns, Catherine Macdonald, Rachelle Arbour | Janvier- Novembre 2019 | CGR | Examen et mise à jour - document complet |
| 6.0 | Nancy LaPlante | Juin 2021 | ACTE | Ajouté : Définitions des services fournis et des procédures en clinique |
| 7.0 | Christine Randle, Catherine Macdonald, Stéphanie Lamothe | Décembre 2024 | ACTE | Mise à jour : plusieurs éléments des spécifications techniques, les données sociodémographiques, autres mises en forme mineures |



Table des matières

| | |
|---|------------|
| Liste des tableaux | iii |
| Liste des figures | v |
| Introduction..... | 1 |
| <i>Contexte</i> | <i>1</i> |
| <i>But.....</i> | <i>2</i> |
| <i>Le cadre.....</i> | <i>3</i> |
| <i>Procédure de révision.....</i> | <i>3</i> |
| Modèle logique axé sur les résultats (MLAR) | 3 |
| Questions clés et indicateurs | 6 |
| <i>Évaluation des processus/mesures</i> | <i>7</i> |
| <i>Évaluation des résultats (évaluation des impacts)</i> | <i>7</i> |
| <i>Utilisation de l'indicateur</i> | <i>7</i> |
| <i>Principes de bons indicateurs.....</i> | <i>7</i> |
| Spécifications techniques de l'indicateur du cadre d'évaluation..... | 8 |
| <i>Données obligatoires (O) et requises (R).....</i> | <i>9</i> |
| <i>Données facultatives (F).....</i> | <i>9</i> |
| <i>Données d'inscription.....</i> | <i>10</i> |
| <i>Données pour les événements ou les rencontres de services individuels</i> | <i>23</i> |
| <i>Groupe de développement personnel.....</i> | <i>33</i> |
| <i>Initiatives communautaires</i> | <i>40</i> |
| Lexique | 42 |
| Acronymes..... | 45 |
| Références..... | 47 |
| Annexe 1: Indicateurs obligatoires et indicateurs facultatifs | 49 |
| Annexe 2 : Attributs du Modèle de santé et de bien-être..... | 59 |
| Annexe 3 : Définitions des services fournis et des procédures en clinique..... | 62 |
| <i>Services fournis</i> | <i>62</i> |
| <i>Procédures en clinique</i> | <i>66</i> |



Liste des tableaux

| | |
|--|----|
| Tableau 1 - Correspondances entre les résultats directs du MLAR et les attributs du MSBE | 7 |
| Table 2 - Données d'inscription : Vue d'ensemble | 10 |
| Tableau 3 – Renseignements personnels d'ordre général – Obligatoire/ Requis..... | 11 |
| Tableau 4 – Données sociodémographiques – Sexe assigné à la naissance..... | 12 |
| Tableau 5 – Données sociodémographiques – Identité de genre..... | 12 |
| Tableau 6 - Données sociodémographiques – Identité transgenre | 12 |
| Tableau 7 – Données sociodémographiques – Orientation sexuelle | 13 |
| Tableau 8 - Origine ethnique ou culturelle..... | 13 |
| Tableau 9 – Données sociodémographiques – Groupe racial ou ethnique | 14 |
| Table 10 - Données sociodémographiques – Identité comme membre des Premières Nations, Métis et/ou Inuit(e)..... | 14 |
| Tableau 11 – Données sociodémographiques – Pays d'origine et date d'arrivée | 14 |
| Tableau 12 – Données sociodémographiques – État de sans-abri | 14 |
| Tableau 13 sociodémographiques – Définition inclusive de francophone | 15 |
| Tableau 14 - Données sociodémographiques – Langue préférée pour les services..... | 15 |
| Tableau 15 - Besoin d'interprétation linguistique..... | 15 |
| Tableau 16 - Données sociodémographiques - Revenu du ménage et nombre de personnes soutenues par le revenu..... | 16 |
| Tableau 17 - Données sociodémographiques - Difficultés à assumer les coûts liés aux besoins primaires..... | 16 |
| Tableau 18 – Données sociodémographiques – Situation actuelle de logement | 17 |
| Tableau 19 - Données sociodémographiques – Composition actuelle du ménage | 17 |
| Tableau 20 - Données sociodémographiques – Niveau de scolarité le plus élevé atteint | 18 |
| Tableau 21 - Données sociodémographiques - Appartenance religieuse ou spirituelle | 18 |
| Tableau 22 - Données sociodémographiques – Identification comme personne vivant avec un handicap | 19 |
| Tableau 23 – Données Sociodémographiques – Bénéficiaire d'un soutien | 19 |
| Tableau 24 - Données sociodémographiques – Statut du dossier | 19 |
| Tableau 25 - Données sociodémographiques – Raison de terminaison | 19 |
| Tableau 26 - Données sociodémographiques – Statut de soins primaires continus..... | 20 |
| Tableau 27 – Indicateurs de bien-être- Sentiment d'appartenance à la communauté..... | 20 |
| Tableau 28 - Indicateurs de bien-être - Auto-évaluation de la santé physique | 21 |
| Tableau 29 - Indicateurs de bien-être - Auto-évaluation de la santé mentale | 21 |
| Tableau 30 – Événements/rencontres de services individuels : Vue d'ensemble | 23 |
| Tableau 31 - Événements/rencontres de services individuels - Date du contact..... | 23 |
| Tableau 32 - Événements/rencontres de services individuels – Emplacement du contact | 24 |



| | |
|--|----|
| Tableau 33 - Événements/rencontres de services individuels – Langue du contact..... | 24 |
| Tableau 34 - Événements/rencontres de services individuels – Type de contact..... | 24 |
| Tableau 35 - Événements/rencontres de services individuels - Mode de contact..... | 25 |
| Tableau 36 - Événements/rencontres de services individuels – Raison pour la visite..... | 25 |
| Tableau 37 - Événements/rencontres de services individuels - Problèmes traités..... | 25 |
| Tableau 38 - Événements/rencontres de services individuels – Problèmes traités..... | 26 |
| Tableau 39 - Événements/rencontres de services individuels - Services fournis..... | 28 |
| Tableau 40 - Événements/rencontres de services individuels – Aiguillages - Type de fournisseur/d’intervenant..... | 31 |
| Tableau 41 - Événements/rencontres de services individuels – Aiguillages - Agences..... | 32 |
| Tableau 42 - Événements/rencontres de services individuels - Immunisations..... | 33 |
| Tableau 43 - Groupe de développement personnel : Vue d’ensemble..... | 33 |
| Tableau 44 – Groupe de développement personnel – Type de groupe..... | 33 |
| Tableau 45 - Groupe de développement personnel – Nature de l’adhésion au groupe..... | 34 |
| Tableau 46 - Groupe de développement personnel – - Nature des sessions de groupe..... | 34 |
| Tableau 47 - Groupe de développement personnel – Durée de vie du groupe..... | 34 |
| Tableau 48 - Groupe de développement personnel – Source du GDP..... | 34 |
| Tableau 49 - Groupe de développement personnel – Emplacement du groupe..... | 35 |
| Tableau 50 - Groupe de développement personnel – Problèmes traités..... | 35 |
| Tableau 51 - Groupe de développement personnel - Personnel participant et leur rôle..... | 35 |
| Tableau 52 - Groupe de développement personnel – Nombre de participants inscrits au programme..... | 35 |
| Tableau 53 - Groupe de développement personnel - Nombre de personnes ayant complété l’activité de groupe..... | 35 |
| Tableau 54 - Groupe de développement personnel – Activités..... | 36 |
| Tableau 55 - Groupe de développement personnel - Objectifs..... | 37 |
| Tableau 56 - Groupe de développement personnel – Population visée..... | 39 |
| Tableau 57 - Groupe de développement personnel - % de PV inscrit..... | 40 |
| Tableau 58 - Groupe de développement personnel - % de PV Complété..... | 40 |
| Tableau 59 - Groupe de développement personnel – Statut antérieur du client..... | 40 |
| Tableau 60 - Groupe de développement personnel – Résultats de chaque client..... | 40 |
| Tableau 61 - Lexique..... | 44 |
| Tableau 62 - Acronymes..... | 45 |
| Tableau 63 - Les liens entre résultat direct 1 du MLAR et les attributs du MSBE..... | 49 |
| Tableau 64 - Les questions clés associées au résultat direct 1..... | 50 |
| Tableau 65 - Indicateurs de base (Vital 8) et les sources de données pour résultat direct 1..... | 51 |
| Tableau 66 - Indicateurs facultatifs et les sources de données pour résultat direct 1..... | 53 |
| Tableau 67 - Les liens entre résultat direct 2 du MLAR et les attributs du MSBE..... | 53 |



| | |
|---|-----------|
| <i>Tableau 68 - Les questions clés associées au résultat direct 2</i> | <i>54</i> |
| <i>Tableau 69 - Indicateurs de base (Vital 8) et les sources de données pour résultat direct 2.....</i> | <i>54</i> |
| <i>Tableau 70 - Indicateurs facultatifs et les sources de données pour résultat direct 2</i> | <i>56</i> |
| <i>Tableau 71 - Les liens entre résultat direct 3 du MLAR et les attributs du MSBE</i> | <i>56</i> |
| <i>Tableau 72 - Les questions clés associées au résultat direct 3</i> | <i>57</i> |
| <i>Tableau 73 - Indicateurs facultatifs et les sources de données pour résultat direct 3</i> | <i>57</i> |
| <i>Tableau 74 - Les liens entre résultat direct 4 du MLAR et les attributs du MSBE</i> | <i>57</i> |
| <i>Tableau 75 - Les questions clés associées au résultat direct 4</i> | <i>58</i> |
| <i>Tableau 76 - Indicateurs de base (Vital 8) et les sources de données pour résultat direct 4.....</i> | <i>58</i> |
| <i>Tableau 77 – Indicateurs facultatifs et les sources de données pour résultat direct 4.....</i> | <i>58</i> |
| <i>Tableau 78 - Définitions des services fournis.....</i> | <i>66</i> |
| <i>Tableau 79 - Définitions des procédures en clinique</i> | <i>68</i> |

Liste des figures

| | |
|---|-----------|
| <i>Figure 1 : Modèle de santé et de bien-être</i> | <i>1</i> |
| <i>Figure 2: de la théorie des pratiques a la collecte de données.</i> | <i>4</i> |
| <i>Figure 3: Modèle logique axé sur les résultats (MLAR).....</i> | <i>5</i> |
| <i>Figure 4 : Modèle de santé et de bien-être</i> | <i>59</i> |



Introduction

Le cadre d'évaluation (cadre) des centres de santé communautaire (CSC) a été conçu dans le contexte du [Modèle de santé et de bien-être](#) (MSBE) (figure 1) qui décrit les valeurs et les principes qui unissent les membres de l'Alliance. Le modèle se compose de trois principes directeurs et de huit attributs qui caractérisent les programmes et les services offerts par les centres membres de l'Alliance. Une description détaillée du modèle se trouve à l'[Annexe 2](#).

Un [Modèle logique axé sur les résultats](#) (MLAR) a été élaboré pour montrer la façon dont les activités des membres et leurs résultats sont liés aux attributs du MSBE. Les résultats directs au sein du MLAR constituent la base de l'élaboration d'indicateurs et servent à mesurer de façon précise et cohérente les spécifications relatives aux indicateurs aux fins de collecte de données. Ce modèle et sa relation avec le MLAR font l'objet de discussions approfondies à la section suivante du présent document.

Ce document donne un aperçu du cadre de mesure de l'Alliance ainsi que des spécifications techniques relatives aux indicateurs individuels. L'aperçu décrit la façon dont le cadre est organisé autour du MSBE.

Contexte

Il existe une demande croissante pour une meilleure évaluation et une meilleure gestion du rendement dans le domaine des soins de santé. Dans le passé, les réformes des soins de santé n'étaient pas toujours fondées sur des données probantes; les progrès étaient souvent motivés par des arguments politiques ou les intérêts de groupes professionnels particuliers plutôt que par les résultats d'évaluations solides (Watson, Broemeling, Reid et Black, 2004). Les organismes de soins de santé ont besoin d'un moyen valable pour montrer la valeur de leurs programmes et services aux parties prenantes. Ceci exige une approche commune pour décrire les services qu'offre un centre, afin d'en démontrer la valeur. Pour ce faire au niveau provincial, on utilise le cadre conceptuel commun du Modèle de santé et de bien-être (MSBE), illustré ci-dessus (figure 1).

Le secteur de soins de santé communautaire de première ligne a élaboré ce modèle fondé sur des données probantes pour décrire et orienter la prestation des soins de santé primaires (Rayner et coll., 2018). Le modèle définit la santé de la même manière que l'Organisation mondiale de la santé (OMS),



Figure 1 : Modèle de santé et de bien-être



comme « un état de bien-être physique, mental et social complet et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »

L'Alliance a pour vision la meilleure santé et le meilleur bien-être qui soient pour toute personne vivant en Ontario. Pour atteindre cet objectif, le MSBE fait avancer le changement transformateur pour les personnes et les communautés qui se heurtent à des obstacles à l'atteinte d'une bonne santé. Il fournit un cadre conceptuel commun en fonction duquel tous les services peuvent être évalués. Pour atteindre cet objectif, le MSBE englobe huit attributs que les centres membres conviennent sont des éléments essentiels des soins de santé primaires gérés par la communauté et des programmes de promotion de la santé et développement communautaire qu'ils offrent. Les attributs décrivent ces services comme :

1. Interprofessionnel, intégré et coordonné
2. Anti-oppressif et culturellement sécuritaire
3. Responsable et efficace
4. Ancré dans le développement communautaire
5. Géré par la communauté
6. Axé sur les déterminants de la santé
7. Fondé sur les besoins de la population
8. Accessible

Ces attributs sont abordés en détail à [l'Annexe 2](#).

Bien qu'il soit difficile de distiller les services offerts par divers CSC à travers l'Ontario en un cadre conceptuel unique, puis dans un cadre de mesure unique, cet effort est essentiel à la compréhension du but collectif. Il sert également à mesurer les progrès en cours de route.

Les organisations des soins de santé primaires autochtones ont formulé un [modèle de santé et de bien-être holistiques](#) semblable en mettant l'accent sur la conception adapté à la culture. Le cadre d'évaluation de ce modèle est distinct et séparé du cadre d'évaluation des CSC (cadre).

But

Le cadre vise à appuyer l'examen et l'évaluation continue des programmes et des services, sert de fondement aux enquêtes plus ciblées, et devrait constituer le point de départ à la réalisation d'évaluation de programmes précis. On recommande aux chercheurs d'utiliser le cadre comme première étape d'élaboration de modèles conceptuels et de cadres d'évaluation plus ciblés et détaillés axés sur des programmes. Le cadre est conçu pour être suffisamment générique pour s'appliquer en général à tout programme et service sans fournir le soutien direct à l'évaluation détaillée d'un programme particulier. Par conséquent, il ne devrait pas être considéré comme guide d'évaluation de programme précis.

Les centres qui cherchent à évaluer des services particuliers auront à effectuer des travaux supplémentaires au niveau du programme. Pour ce faire, il faut d'abord garantir que la programme est propice à l'évaluation et ancrée dans un cadre conceptuel commun, puis identifier des indicateurs



appropriés susceptibles d'éclairer les extraits et les mesures des résultats du programme. Le cadre peut appuyer ces efforts d'évaluation plus ciblée en fournissant des renseignements sur les extraits et résultats collectifs sur lesquels les équipes concentrent leurs efforts.

Le cadre

Le cadre contient une série de composantes distinctes, mais interreliées, qui peuvent servir à évaluer les programmes et les services en fonction des huit attributs du Modèle de santé et de bien-être. Un manuel de saisie de données est disponible séparément aux fins de référence.

Le cadre est divisé en plusieurs sections:

1. Modèle logique axé sur les résultats (MLAR)
2. Lexique
3. Acronymes
4. Annexe 1 : Indicateur source de données
5. Annexe 2 : Attributs du Modèle de santé et de bien-être

Procédure de révision

Des révisions des spécifications techniques sont apportées aux trois ans afin de garantir que les champs de données reflètent toujours les pratiques courantes. Trois groupes de travail ont été formés en juin 2023 pour examiner les données d'inscription, les données relatives aux services distincts et les données relatives au GDP. Les informations fournies par ces comités ont été transmises à l'ensemble des CSC, qui ont été invités à commenter les recommandations formulées. Les résultats de l'enquête ont été examinés par Jen Rayner, directrice de la recherche, Christine Randle, coordinatrice provinciale de la gestion des données, et Stephanie Lamothe, responsable de l'amélioration de la qualité et du rendement.

Modèle logique axé sur les résultats (MLAR)

Les modèles logiques basées sur les résultats représentent, en format linéaire, les liens entre les intrants ou ressources investies, les activités réalisées, les services rendus et les résultats obtenus. Ils identifient les domaines critiques qui nécessitent la surveillance, l'évaluation et la production de rapports. Les mesures d'évaluation et de rendement issues d'un modèle conceptuel commun de service, dans ce cas le Modèle de santé et de bien-être, améliorent la pertinence des indicateurs (substitutifs) et veille à ce qu'ils reflètent adéquatement les valeurs organisationnelles.

Ainsi, le MLAR jette un pont entre le conceptuel et l'opérationnel, c'est-à-dire entre le Modèle de santé et de bien-être et les indicateurs de rendement et le manuel de saisie des données du dossier médical électronique (DME). Le MLAR a été élaboré au moyen de consultations rigoureuses avec des spécialistes du domaine et de l'examen de documents, notamment :

- Les décideurs dans les centres membres de l'Alliance.



- Les spécialistes d'appui à la décision et personnel des centres membres qui possèdent des connaissances en évaluation et en gestion du rendement.
- Les modèles logiques antérieurs élaborés par les membres de l'Alliance.
- Le modèle logique axé sur les résultats pour les soins primaires élaboré par le Centre de recherche sur les services et les politiques de santé, l'Université de la Colombie-Britannique (Watson, Broemeling, Reid et Black, 2004).
- Les examens du cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats du Conseil du Trésor du Canada (2010).
- Le cadre de mesure d rendement des soins primaires du ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario (2013).

La figure 2 (ci-dessous) illustre la relation entre la théorie des pratiques (MSBE), la théorie de la mesure (MLAR), les questions clés et les indicateurs (cadre) et la collecte de données (Laplante et Service, 2015). Le modèle logique complet (MLAR) est représenté à la figure 3 (page suivante).

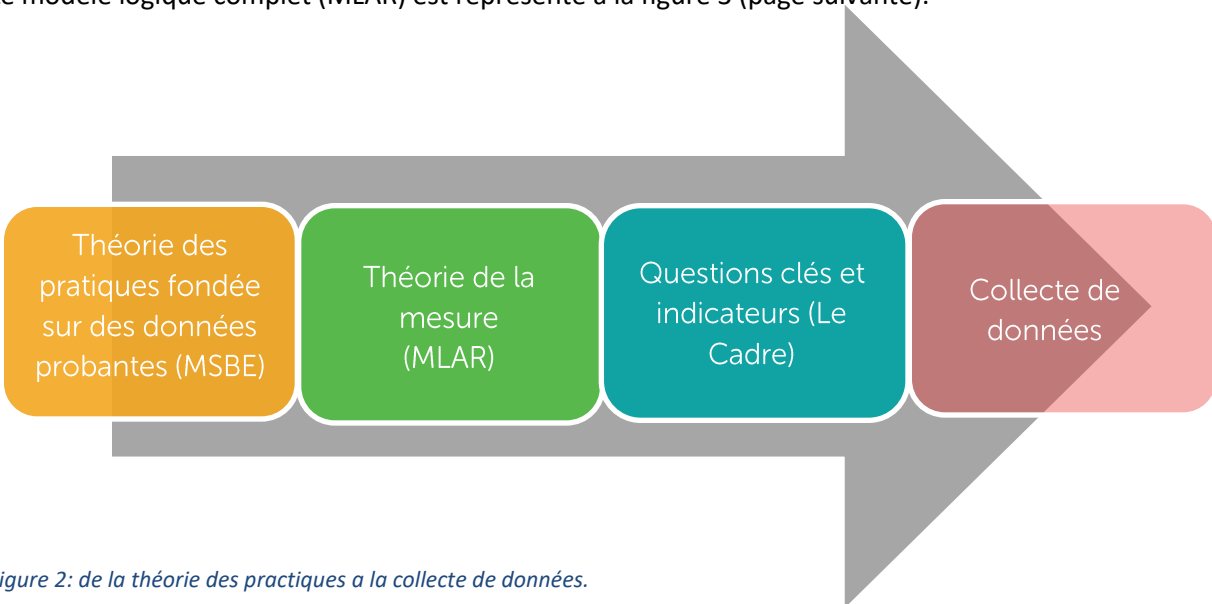


Figure 2: de la théorie des pratiques à la collecte de données.



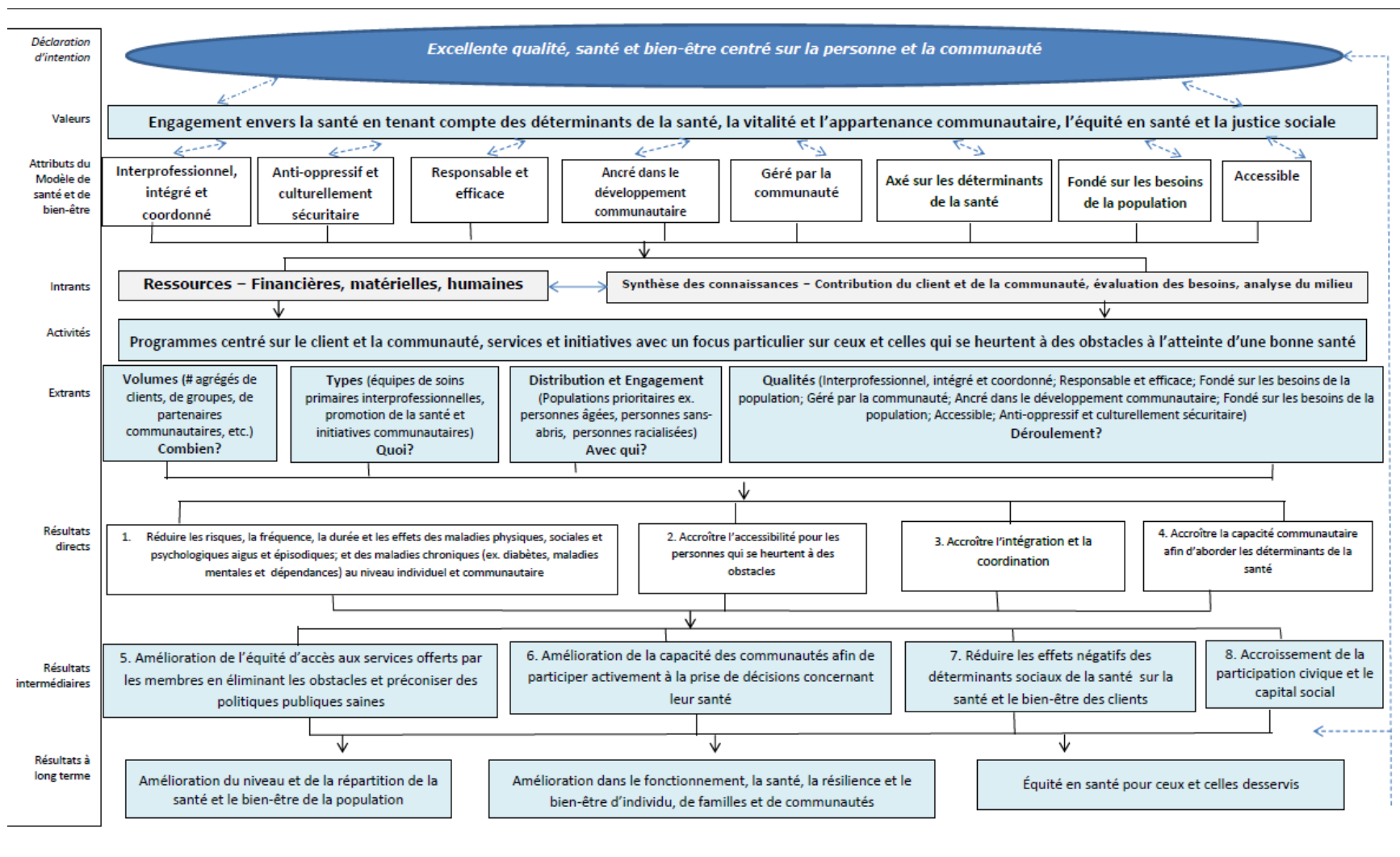


Figure 3: Modèle logique axé sur les résultats (MLAR). [Cliquez ici pour voir une version agrandie](#)



Questions clés et indicateurs

Un élément essentiel du cadre est l'identification de questions stratégiques et générales visant à orienter les activités et les approches d'évaluation. Ces questions surviennent des quatre résultats directs du MLAR. Chaque résultat direct comporte un ensemble d'indicateurs de rendement qui permet aux équipes de répondre aux questions et d'évaluer ainsi les progrès réalisés pour atteindre les résultats directs du MLAR.

Par exemple, le deuxième résultat direct du MLAR est « accroître l'accessibilité pour les personnes qui se heurtent à des obstacles ». L'une des questions soulevées par ce résultat se pose : « L'intégration des services, la coordination dans les CSC augmentent-elles l'accès des personnes qui connaissent des obstacles par rapport aux soins standard, à d'autres modèles? » Les indicateurs susceptibles d'aider les équipes à répondre à ces questions sont les suivants : % de rencontres de clients dont la langue préférée est autre que l'anglais et qui reçoivent des services dans la même langue de contact ou l'interprétation; % de membres de la communauté qui signalent la participation aux activités organisées; % de clients qui se sentent toujours à l'aise et accueillis dans [nom du CSC]; % de clients qui déclarent que leur médecin de famille/infirmière praticien(ne) est sensible à leur origine culturelle, ethnique et spirituelle et à leurs valeurs; et % de clients déclarant qu'ils ne participent jamais ou rarement à des événements et aux activités communautaires.

Les tableaux à l'[Annexe 1](#) énumèrent les questions principales découlant de chacun des résultats directs du MLAR et les indicateurs susceptibles d'aider les centres à y répondre. Il importe de noter qu'il n'y a pas de correspondance individuelle entre les questions et les indicateurs; pour répondre à chaque question, il faut examiner les résultats de plusieurs indicateurs.

Le tableau 1 (ci-dessous) démontre le lien entre chaque résultat direct du MLAR et les attributs du MSBE. Le fait de garder ces correspondances à l'esprit nous rappelle qu'en bout de ligne, ce que nous mesurons c'est si les programmes et les services tiennent leur engagement envers le MSBE.



| | | Attributs du MSBE | | | | | | | |
|-------------------------------|---|--|---|--------------------------------------|------------|-------------------------|------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| | | Interprofessionnel, intégré et coordonné | Ancré dans le développement communautaire | Axé sur les déterminants de la santé | Accessible | Responsable et efficace | Géré par la communauté | Fondé sur les besoins de la | Anti-oppressif et culturellement |
| Résultats directs MLAR | Réduire les risques, la fréquence, la durée et les effets de maladies physiques, sociales et psychologiques aigus et épisodiques; et de maladies chroniques (ex. diabète, maladies mentales et dépendances) au niveau individuel et communautaire | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | | |
| | Accroître l'accessibilité pour les personnes qui se heurtent à des obstacles | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | |
| | Accroître l'intégration et la coordination | ✓ | ✓ | ✓ | | ✓ | | | |
| | Accroître la capacité communautaire afin d'aborder les déterminants de la santé | ✓ | ✓ | ✓ | | | ✓ | ✓ | |

Tableau 1 - Correspondances entre les résultats directs du MLAR (rangées) et les attributs du MSBE (colonnes).

Évaluation des processus/mesures

L'**évaluation des processus** examine à quel point la mise en œuvre du programme a eu lieu, la nature des personnes desservies et le degré selon lequel le programme fonctionne comme prévu.

Évaluation des résultats (évaluation des impacts)

Les mesures des **résultats** peuvent assumer plusieurs niveaux de complexité. Le niveau le plus élémentaire consiste à évaluer l'état de ceux qui ont reçu le service, c'est-à-dire les clients sont-ils en meilleure santé? Des évaluations plus difficiles pourraient tâcher de montrer que le recours aux services du programme a entraîné ce changement positif (Posavac et Carey, 2010).

Utilisation de l'indicateur

[L'Annexe 1](#) énumère les indicateurs du cadre et les sources de données pour chacun d'eux, ainsi que les questions clés auxquelles ces indicateurs sont censés aider à répondre, organisées en fonction des résultats directs correspondants du MLAR. Il décrit également les correspondances entre les résultats directs, les questions clés et les attributs du MSBE.

Principes de bons indicateurs

Pour être significatifs, les indicateurs doivent adhérer aux principes suivants : ils doivent être valides, fiables, sensibles, acceptables, réalisables, universels et inclusifs. Ces sept principes sont définis ci-dessous; collectivement, ils affirment que de bons indicateurs mesurent les bonnes choses de manière cohérente et précise, de façon à ce qu'ils puissent être compris et acceptés; que le processus de collecte des données ne crée pas un fardeau excessif; et que la signification de ces mêmes indicateurs est



cohérente dans divers contextes. Ces principes ont été choisis par le Groupe de travail sur la validation des indicateurs d'évaluation provinciaux de l'Alliance, basé sur les travaux de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2012), de Qualité des services de santé Ontario (QSSO) (s.d.) et de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (Campbell, Braspenning, Hutchinson et Marshall 2008).

- **Valide** : L'indicateur mesure ce qu'il est censé mesurer.
- **Fiable** : L'indicateur peut produire des résultats cohérents à chaque fois.
- **Sensible** : L'indicateur est sensible et peut mesurer les changements au fil du temps ou entre les groupes.
- **Acceptable** : L'indicateur est compréhensible et crédible.
- **Réalizable** : L'indicateur peut être saisi et géré.
- **Universel** : L'indicateur peut être utilisé avec différents groupes.
- **Inclusif** : Un indicateur qui est élaboré auprès de plus d'un groupe est plus susceptible d'être inclusif.

Spécifications techniques de l'indicateur du cadre d'évaluation

Cette section sert de guide pour identifier l'information qui doit être recueillie. Il sert aussi à familiariser les nouveaux employés qui participent au processus de collecte de données. On recommande au personnel actuel d'examiner le contexte et le but du cadre. Cela les aidera à se réorienter dans le contexte de la collecte de données et servira de rappel de la logique derrière les données particulières recueillies.

Les **renseignements individuels sur les clients** sont recueillis chaque fois qu'il y a un contact avec le personnel du CSC qui répond aux critères ci-dessous. Le contact qui justifie la documentation se définit comme :

- Une interaction entre un client individuel et le fournisseur, dans le but de recevoir un service individualisé, ce qui justifie une notation dans le dossier du client.
- Une interaction entre le centre et un tiers qui exerce une influence directe sur la prestation ou l'accès aux services pour le client individuel et qui justifie la notation dans le dossier du client.

Les renseignements sont recueillis dans le cas de contacts téléphoniques ou autres technologies et de contacts en personne avec les clients et les tierces parties. Chaque interaction avec un fournisseur répondant aux exigences ci-dessus nécessite de la documentation. Chaque fournisseur doit indiquer les actions dont il est responsable.

Les données recueillies des clients sont classées comme **obligatoires, requises** ou **facultatives**. L'explication des catégories figure ci-dessous. Chaque type de renseignement est extrêmement précieux pour les besoins d'analyse. Il importe donc de les saisir. Trois grandes catégories d'information sur les clients individuels doivent être recueillies :



- Renseignements généraux sur l'identité.
- Renseignements sociodémographiques.
- Renseignements sur les interactions avec le client.

Données obligatoires (O) et requises (R)

Les données recueillies par rapport au cadre d'évaluation sont classées comme obligatoires ou requises.

- **Obligatoire** : Les données *obligatoires* doivent être saisies; un champ réservé aux données obligatoires ne peut pas être laissé en blanc. Les tableaux ci-dessous identifient les données à recueillir obligatoirement, codées « O. » Tous les membres de l'Alliance recueillent ces données, de sorte que les membres peuvent compter sur un ensemble de données robustes comme repère.
- **Requis** : Les données *requises* sont aussi obligatoires, s'il y a lieu. Ils doivent être saisis quand cela convient, mais autrement laissés en blanc. Par exemple, si un client est né au Canada, il n'est pas nécessaire d'inscrire la date d'arrivée au Canada. Toutefois, si le client est né à l'étranger, la date d'arrivée au Canada est alors requise. Les données requises sont identifiées par un « R ».

Données facultatives (F)

Certains champs de données dépendent uniquement des besoins organisationnels. Dans ce document, ceux-ci sont identifiés comme facultatifs - codés « F ». Les membres qui recueillent des données pour ces indicateurs pourront seulement se comparer aux membres qui recueillent les données pour les mêmes indicateurs. Dans certains cas, il peut s'agir d'un petit sous-ensemble de leurs pairs.

Le processus de collecte de données décrit ci-dessous, est divisé en trois sections selon le type de données :

1. **Données d'inscription** - répond aux questions de base sur les personnes que les centres membres desservent.
Données sur les demandes de services distincts (ou rencontres) - information détaillée sur la prestation de services ou de programmes avec les fournisseurs à l'intention de clients individuels.
2. **Groupes de développement personnel (GDP)** - information détaillée sur la prestation de services et de programmes de groupe.

Initiatives communautaires (IC) : Les données sur les IC sont captées séparément. Consulter le Guide de l'outil des ressources des initiatives communautaires pour plus de détails.



Données d'inscription

| | |
|-----------------|--|
| Quand | Habituellement, lors de la première rencontre avec un client, avec mise à jour au besoin au moins une fois tous les deux ans. |
| Qui | Le CSC doit décider qui se chargera de recueillir ces renseignements. |
| Comment | Dossier médical électronique. |
| Pourquoi | Ces renseignements nous aident à répondre à des questions telles que : <ul style="list-style-type: none"> • Les CSC desservent-ils les populations qu'ils ciblent? • Les CSC s'attaquent-ils aux grands déterminants de la santé? |
| Quoi | Deux types de renseignements sur les clients individuels doivent être recueillis auprès de tous les clients inscrits : <ul style="list-style-type: none"> • Renseignements généraux sur le client; • Renseignements sociodémographiques sur chaque client. |

Table 2 - Données d'inscription : Vue d'ensemble

Renseignements personnels d'ordre général – O

Les **renseignements d'ordre général identifiant les clients** sont recueillis lors du premier contact en personne avec le client, aussitôt qu'il est possible de le faire. Les membres doivent disposer de suffisamment de renseignements fiables pour identifier les personnes. La capacité de compter chaque client est tout à fait essentielle, car elle garantit que tous les services sont correctement enregistrés, et elle soutient la capacité de démontrer des résultats par rapport au MSBE. De plus, lorsque les clients ne sont pas identifiés de façon distincte ou ne sont pas enregistrés, la qualité des données en est négativement affectée. Par conséquent, lorsque les renseignements transmis aux bases de données administratives telles que le Système d'information financière et statistique sur les services de santé de l'Ontario (SIFSSO) et l'Initiative ontarienne de coût par cas (IOCC) sont incomplets, cela a une incidence sur la façon dont le financement est attribué et nuit à la capacité des décideurs à comprendre les résultats du système.

| O | R | |
|---|---|---|
| x | | Nom du client : Besoins internes seulement – pas utilisé à l'échelle de la province. |
| x | | Numéro du dossier : Numéro qui identifie de manière unique le client. Un numéro de code devrait être assigné (sans doute produit automatiquement par le DME) selon que le nom ou autres renseignements sont fournis ou non. |
| x | | Date de naissance : aaaa/mm/jj. |
| x | | Code postal : Si le client est sans abri, inscrire le code postal du centre. |



| O | R | |
|---|---|---|
| x | | Carte santé / Statut d'assurance : OHIP (Régime d'assurance-maladie de l'Ontario, RAMO) Programme fédéral de santé intérimaire Programme des services de santé non assurés (SSNA) pour membres des Premières nations ou Inuit Assuré par un tiers Hors province Sans assurance Éligible pour OHIP, mais n'a pas de carte Période d'attente de 3 mois Autre Je ne sais pas Je préfère ne pas répondre |

Tableau 3 – Renseignements personnels d'ordre général – Obligatoire/ Requis

Données sociodémographiques

Les données sociodémographiques nous aident à comprendre les clients desservis par un centre particulier. Cette compréhension joue un rôle important dans la planification de programmes et de services, et dans l'évaluation de leur efficacité. Ces données peuvent également servir à déterminer et à évaluer l'équité en santé. Cette information doit être obtenue auprès de tous les clients.

Habituellement, le CSC recueille ces données lors de la première visite. Cela peut toutefois être impossible dans certaines circonstances.

Les changements apportés aux champs de données sociodémographiques ont été principalement dictés par l'initiative « Measuring Health Equity », lancée par Santé Ontario. Cette série de questions actualisées provient du projet « Measuring Health Equity ». Elle a été élaborée à partir de consultations approfondies avec la communauté de pratique de la région de Toronto sur la collecte, l'analyse et l'utilisation des données, l'équipe de l'étude SPARK, et des spécialistes dans le domaine, et de la consultation de la littérature scientifique. La collecte de données sociodémographiques devrait devenir obligatoire dans toutes les organisations de soins de santé de la province au printemps 2024.

Les organismes doivent décider du moment propice à recueillir ces renseignements de façon à conserver la confiance et le respect de leurs clients. Ces renseignements doivent être mis à jour lors de rencontres subséquentes, si la situation démographique du client concerné a visiblement changé. On doit réviser les données démographiques au moins une fois tous les deux ans.

Les renseignements sociodémographiques suivants doivent être obtenus auprès de tous les clients.



- **Sexe assigné à la naissance – O**

| O | R | |
|---|---|--|
| x | | Homme Femme Personne intersexe Je ne sais pas Je préfère ne pas répondre |

Tableau 4 – Données sociodémographiques – Sexe assigné à la naissance

- **Identité de genre – O**

La recherche traditionnelle reconnaît qu'il existe d'importantes différences entre les hommes et les femmes en matière de santé. Vu la reconnaissance croissante de la **diversité des genres**, un consensus se dessine que les services de santé manquent de stratégies adéquates pour garantir l'accès aux soins de santé de qualité. Au niveau du client individuel, les données sur l'identité sexuelle peuvent fournir des renseignements sur des choses comme l'attribution de chambre ou des types de tests à prévoir. Au niveau global, ces données peuvent servir à comprendre l'expérience de soins de santé des groupes vulnérables tels que les clients transgenres. Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.

| O | R | |
|---|---|--|
| x | | Homme Femme Genre fluide ou « genderqueer » Non binaire Bispiritualité En questionnement ou incertain(e) Une autre identité de genre (veuillez préciser) _____ Je ne sais pas Je préfère ne pas répondre |

Tableau 5 – Données sociodémographiques – Identité de genre

- **Identité transgenre – O**

« Transgenre » est un terme générique utilisé pour décrire les personnes dont l'identité de genre ou l'expression de genre diffère du sexe qui leur a été assigné à la naissance.

| O | R | |
|---|---|--|
| x | | Oui Non Je préfère ne pas répondre |

Tableau 6 - Données sociodémographiques – Identité transgenre

- **Orientation sexuelle – O**

Les populations LGB2Q+ (lesbiennes, gaies, bisexuelles, bispirituelles, allosexuelle et autres) font face à de multiples obstacles aux soins de santé de qualité, comme la stigmatisation sociale et les différents comportements favorisant la santé. Ces obstacles affectent leur accès aux services de santé et la qualité des soins qu'ils reçoivent. La collecte de renseignements sur l'**orientation sexuelle** peut aider les



membres à remédier ces inégalités et aider à la planification des soins de santé au niveau individuel et global. Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.

| O | R |
|---|---|
| x | Asexualité Bisexualité Demisexualité Homosexualité (hommes) Homosexualité (femmes) Pansexualité Queer En questionnement ou incertain(e) Attiré(e) par les personnes du même sexe que moi Hétérosexualité Bispiritualité Autre orientation sexuelle (veuillez préciser) _____ Je ne sais pas Je préfère ne pas répondre |

Tableau 7 – Données sociodémographiques – Orientation sexuelle

- **Origine ethnique ou culturelle – O**

| O | R |
|---|---|
| x | Veuillez préciser _____ Je ne sais pas Je préfère ne pas répondre |

Tableau 8 - Origine ethnique ou culturelle

- **Groupe racial – O**

On a observé d'importantes différences entre les groupes racisés et les Canadiennes et Canadiens de race blanche, même si l'on tient compte de facteurs comme le genre, l'âge, le statut d'immigrant, le revenu et l'éducation. La saisie de données sur les **groupes raciaux ou ethniques** aide les membres et les décideurs dans leurs efforts de planification des soins de santé de la population et leur permet de combler les lacunes relatives à l'équité en matière de santé. Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.

| O | R |
|---|--|
| x | Originaire du Moyen-Orient, de l'Asie occidentale ou arabe (p. ex. afghan, égyptien, iranien, libanais, persan, turc, kurde, etc.) Noir (p. ex., africain, afro-canadien, afro-antillais, afro-égyptien, etc.) Asiatique oriental (p. ex. chinois, coréen, japonais, taïwanais, etc.) Latino-Américain (d'origine hispanique ou latino-américaine) Asiatique du Sud (p. ex. bangladais, indien, indo-caribéen, pakistanais, sri-lankais, etc.) Asiatique du Sud-Est (p. ex. philippin, vietnamien, cambodgien, thaïlandais, indonésien, etc.) |



- **Définition inclusive de francophone – O**

La **langue de service préférée** n'est pas la même que la langue **maternelle**. Ce groupe linguistique affronte d'importants obstacles à l'accès, et pas tous les centres membres sont en mesure de fournir des services en français à leurs clients. L'offre de service d'interprétation professionnelle peut réduire cet impact au minimum et mener à une meilleure communication, à une plus grande satisfaction de la clientèle et à de meilleurs résultats en matière de santé. Améliorer les questions posées pour évaluer l'identité linguistique francophone revêt une importance primordiale pour les membres de l'Alliance et en particulier pour les centres qui desservent les communautés francophones.

| O | R |
|---|---|
| x | |

| |
|---|
| 1. Quelle est votre langue maternelle? |
| a. Français |
| b. Anglais |
| c. Autre |
| 2. Si votre langue maternelle est autre que le français ou l'anglais, dans quelle langue officielle du Canada êtes-vous le plus à l'aise? |
| d. Français |
| e. Anglais |

Tableau 13 sociodémographiques – Définition inclusive de francophone

- **Langue préférée pour les services – O**

La **langue préférée de service** identifie la langue dans laquelle le client se sent le plus à l'aise de recevoir les services. Vu les obstacles aux soins primaires, à l'imagerie diagnostique, au suivi des clients, à la gestion de la douleur, à l'ordonnance de médicaments et à la gestion des maladies chroniques, ces données peuvent faciliter le recours aux interprètes professionnels ce qui mène à une communication optimale, à la satisfaction de la clientèle et à des meilleurs résultats en matière de soins de santé.

| O | R |
|---|---|
| x | |

| |
|--|
| Une liste de plus de 100 langues se trouve dans le DME |
|--|

Tableau 14 - Données sociodémographiques – Langue préférée pour les services

- **Besoin d'interprétation linguistique – F**

| | |
|---|------------|
| Contrairement à d'autres champs de données, celui-ci est facultatif en fonction du besoin organisationnel pour les données. | Oui Non |
|---|------------|

Tableau 15 - Besoin d'interprétation linguistique

- **Revenu et nombre de personnes soutenues par le revenu – O**

Ces données ont pour objectif de déterminer si les clients vivent au-dessus ou en dessous du seuil de pauvreté. Il y a consensus que le revenu est un important facteur prévisionnel d'un mauvais état de santé et de mauvais résultats du traitement. Identifier le revenu brut de toutes les sources dans les fourchettes suivantes :



| O | R |
|---|--|
| X | 0\$-14 999 \$ 15 000 \$-19 999 \$ 20 000 \$-24 999 \$ 25 000 \$-29 999 \$ 30 000 \$-34 999 \$ 35 000 \$-39 999 \$ 40 000 \$-59 999 \$ 60 000 \$ à 89 999 \$ 90 000 \$ à 119 999 \$ 120 000\$ à 149 999 \$ 150 000\$ ou plus Je ne sais pas Je préfère ne pas répondre |
| X | Nombre de personnes soutenues par le revenu. Identifier le nombre de personnes que ce revenu combiné soutient; sans dépasser 19 personnes. Le nombre de personnes que le revenu du ménage soutient en combinaison avec le revenu total du ménage détermine si le client vit au-dessus ou en dessous du seuil de pauvreté. Le chiffre devrait inclure toutes les personnes vivant dans le même logement qui sont liées par le sang, le mariage, ou l'union de fait. (Nota : il s'agit de la définition de la « famille économique » de Statistique Canada.) |

Tableau 16 - Données sociodémographiques - Revenu du ménage et nombre de personnes soutenues par le revenu

• **Difficultés à assumer les coûts liés aux besoins primaires – O**

| O | R |
|---|---|
| O | Oui Non Je ne sais pas Je préfère ne pas répondre Ne s'applique pas |

Tableau 17 - Données sociodémographiques - Difficultés à assumer les coûts liés aux besoins primaires

• **Situation actuelle de logement – O**

Il s'agit des conditions de vie du client. Elle a pour but d'aider à identifier le degré d'isolement, qui est un facteur de risque pour de mauvais résultats en matière de santé.

| O | R |
|---|--|
| x | Un logement dont vous ou votre famille êtes propriétaire Un logement que vous ou votre famille louez Logement social, logement subventionné ou loyer indexé sur le revenu Logement avec services de soutien ou foyer de groupe Établissement de soins de longue durée Établissement correctionnel Je demeure chez quelqu'un d'autre par manque d'alternative |



| O | R |
|---|--|
| | Sans domicile fixe (p. ex. refuge, domicile dans un lieu public ou véhicule) Autre (précisez) Je ne sais pas Je préfère ne pas répondre |

Tableau 18 – Données sociodémographiques – Situation actuelle de logement

- **Avec qui ils vivent – O**

Il s'agit des conditions de vie du client. Elle a pour but d'aider à identifier le degré d'isolement, qui est un facteur de risque pour de mauvais résultats en matière de santé.

| O | R |
|---|---|
| X | Parent(s) ou tuteur(s) Conjoint(e) ou partenaire Enfant(s) Grand(s)-parent(s) Frère(s) et/ou sœur(s) Autre famille Ami(e)s ou colocataires Personne soignant(e) ou accompagnateur/trice rémunéré(e) Seul(e) Autre (précisez) _____ Je ne sais pas Je préfère ne pas répondre |

Tableau 19 - Données sociodémographiques – Composition actuelle du ménage

- **Niveau de scolarité actuel – O**

L'éducation est liée aux avantages pour la santé comme la capacité de naviguer efficacement le système de soins de santé, des compétences plus élevées susceptibles de mener à un meilleur emploi et de meilleurs comportements personnels en matière de santé.

| O | R |
|---|--|
| X | Pas de scolarité formelle École primaire (de la 1 ^{ère} à la 8 ^e année) Études secondaires, mais sans diplôme Certificat d'études secondaires ou d'équivalence d'études secondaires (9 ^{ème} à 12 ^{ème} année) Apprentissage enregistré complété ou autre diplôme d'une école de métiers ou autre certificat (en cours) Certificat ou diplôme d'un collège, d'un cégep ou d'un autre établissement non universitaire (ou présentement en cours) Diplôme universitaire de premier cycle ou études universitaires Études universitaires supérieures ou titre professionnel (p. ex. maîtrise, doctorat, médecin) |



| O | R |
|---|--|
| | Je ne sais pas Je préfère ne pas répondre |

Tableau 20 - Données sociodémographiques – Niveau de scolarité le plus élevé atteint

- **Appartenance religieuse ou spirituelle – F**

Veillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.

| | |
|---|--|
| Contrairement à d'autres champs de données, celui-ci est facultatif en fonction du besoin organisationnel pour les données. | Agnosticisme Animisme ou chamanisme Athéisme Bahaïsme Bouddhisme Christianisme orthodoxe Christianisme, non inclus sur cette liste Confucianisme Hindouisme Islam Jaïnisme Judaïsme Spiritualité autochtone Paganisme Protestantisme Rastafarisme Catholicisme Sikhisme Spiritualité Unitarisme Zoroastrisme Autre (précisez) _____ Ne s'applique pas, je n'ai pas d'affiliation religieuse ou spirituelle Je ne sais pas Je préfère ne pas répondre |
|---|--|

Tableau 21 - Données sociodémographiques - Appartenance religieuse ou spirituelle

- **Identification comme personne vivant avec un handicap – O**

Vu qu'il existe différents types de handicaps auto-identifiés, il existe différentes tendances en matière d'utilisation des soins de santé. La satisfaction des clients handicapés par rapport à l'accès et aux services de soins de santé pourrait être plus faible en raison d'un manque d'accès approprié aux soins, d'information sur la santé accessible ou de procédures relatives aux mesures d'adaptation. Veillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent.



| O | R |
|---|---|
| x | <p>Oui</p> <ul style="list-style-type: none"> Si vous le souhaitez, veuillez préciser l'handicap dont il est question <p>Non</p> <p>Je ne sais pas</p> <p>Je préfère ne pas répondre</p> |

Tableau 22 - Données sociodémographiques – Identification comme personne vivant avec un handicap

• **Bénéficiaire d'un soutien – O**

| O | R |
|---|---|
| x | <p>Maladie d'Alzheimer ou démence</p> <p>Trouble du spectre autistique</p> <p>Maladie chronique (p. ex. anémie falciforme, diabète, etc.)</p> <p>Trouble cognitif</p> <p>Trouble du développement</p> <p>Dépendance à la drogue ou à l'alcool</p> <p>Trouble de l'apprentissage</p> <p>Maladie mentale</p> <p>Incapacité physique</p> <p>Trouble sensoriel (p. ex. malvoyance, cécité, surdité, difficulté d'audition, etc.)</p> <p>Autre (veuillez préciser) _____</p> |

Tableau 23 – Données Sociodémographiques – Bénéficiaire d'un soutien

• **Statut du dossier – O**

Les **clients actifs** sont ceux qui ont eu une rencontre ou qui ont participé à un groupe enregistré de développement personnel (GDP) au cours des trois dernières années. Les **clients inactifs** n'ont pas eu de rencontre ou n'ont pas participé à un GDP enregistré depuis au moins trois ans. Le DME ne modifie pas automatiquement ce statut, de sorte que les centres doivent le faire manuellement.

| O | R |
|---|-----------------------------|
| x | <p>Actif</p> <p>Inactif</p> |

Tableau 24 - Données sociodémographiques – Statut du dossier

• **Raison de terminaison – R**

| O | R |
|---|--|
| | x <p>Déménagé</p> <p>De passage</p> <p>Aucun rendez-vous depuis trois (3) ans</p> <p>Transféré</p> <p>Décédé</p> <p>N'est plus admissible</p> <p>Autre</p> |

Tableau 25 - Données sociodémographiques – Raison de terminaison



- **Statut de soins primaires continus – R**

Les clients qui reçoivent des soins primaires continus au centre sont considérés des **clients de soins primaires continus**. Ces clients sont inclus dans les dénominateurs utilisés pour divers indicateurs de l'entente de responsabilisation des services multisectoriels (ERS-M), contrat que chaque CSC a conclu avec son organisme de financement.

| O | R | |
|---|---|------------------------------------|
| | x | Client de soins primaires continus |

Tableau 26 - Données sociodémographiques – Statut de soins primaires continus

Indicateurs de bien-être

Les indicateurs de bien-être sont tirés de l'Indice canadien du mieux-être (ICME) élaboré par l'Université de Waterloo.

- **Sentiment d'appartenance à la communauté – O**

Cet indicateur traduit le domaine *dynamisme communautaire* de l'ICME. Un sentiment profond d'appartenance est reconnu d'avoir une incidence positive sur le bien-être d'une personne. Le sondage « Portez-vous bien ? » de 2014 menée par l'Alliance en collaboration avec l'ICME a constaté qu'un fort sentiment d'appartenance entraîne des positifs pour la santé.

Un sentiment d'appartenance communautaire a été identifié comme une priorité pour démontrer l'efficacité des soins de santé primaires complets dans le Modèle de la santé et du bien-être.

| O | R | |
|---|---|--|
| x | | Très fort Plus ou moins fort Plus ou moins faible Très faible Je ne sais pas Je préfère ne pas répondre |

Tableau 27 – Indicateurs de bien-être- Sentiment d'appartenance à la communauté

- **Auto-évaluation de la santé physique – O**

L'**auto-évaluation de la santé physique perçue** correspond à plusieurs mesures retrouvées dans le domaine *populations en santé* de l'ICME, et sert à une plus vaste analyse comparative. Il s'agit d'une mesure subjective de l'état de santé global. L'auto-évaluation de la santé peut inclure des aspects difficiles à saisir du côté clinique, tels que le premier stade d'une maladie, la gravité de la maladie, les réserves physiologiques et psychologiques et la fonction sociale. Des études ont montré qu'il s'agit d'une mesure fiable et valide, associée au déclin fonctionnel, à la morbidité et à la mortalité. La perception de la santé est souvent plus efficace que les mesures cliniques pour prédire les comportements de recherche d'aide et le recours aux services de santé. La santé perçue est une mesure relative — les données suggèrent que les gens évaluent leur santé par rapport à leurs circonstances et attentes, ainsi qu'à leurs pairs.



| O | R |
|---|--|
| x | Excellente Très bonne Bonne Assez bonne Mauvaise Je ne sais pas Je préfère ne pas répondre |

Tableau 28 - Indicateurs de bien-être - Auto-évaluation de la santé physique

• **Auto-évaluation de la santé mentale – O**

L'**auto-évaluation de la santé mentale** correspond à la mesure de la santé mentale retrouvée dans le domaine des *populations en santé* de l'ICME, et sert à une plus vaste analyse comparative. Il s'agit d'une mesure subjective de l'état de santé global. Lorsque les gens évaluent leur santé, ils pensent non seulement à leur situation actuelle, mais aussi aux trajectoires, aux déclinés et aux améliorations (Statistique Canada).

| O | R |
|---|--|
| x | Excellente Très bonne Bonne Assez bonne Mauvaise Je ne sais pas Je préfère ne pas répondre |

Tableau 29 - Indicateurs de bien-être - Auto-évaluation de la santé mentale

Questions facultatives supplémentaires

- *Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été dans l'impossibilité de payer votre hypothèque ou votre loyer à temps ?*
- *Au cours des 12 derniers mois, avez-vous éprouvé des inquiétudes à savoir si vous aurez assez de nourriture avant que vous puissiez en acheter ou en obtenir davantage ?*
- *Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été dans l'impossibilité de vous procurer des médicaments ou des fournitures médicales, ou avez-vous essayé de les conserver plus longtemps en raison de leur coût ?*
- *Au cours des 12 derniers mois, le manque de moyens de transport vous a-t-il empêché(e) d'aller à des rendez-vous médicaux, à des réunions, au travail ou d'obtenir des articles nécessaires à la vie quotidienne ? Veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent :*
- *Avez-vous un accès régulier à un téléphone ou à Internet ?*



- *Au cours des 12 derniers mois, avez-vous omis de payer une facture de services publics (p. ex. électricité, gaz/carburant, eau) en raison de son coût ?*
- *Y a-t-il des personnes sur lesquelles vous pouvez compter et à qui vous pouvez vous confier ?*
- *Y a-t-il des personnes sur lesquelles vous pouvez compter si vous avez besoin d'aide ?*
- *Avez-vous actuellement un emploi (cela inclut les travailleurs indépendants, à temps plein, à temps partiel ou autre) ?*
- *Êtes-vous actuellement à la recherche d'un emploi ?*
- *Votre emploi principal est-il temporaire ou à temps partiel (p. ex. occasionnel, contractuel, indépendant, à court terme, saisonnier) ?*
- *Pensez-vous que votre emploi actuel pourrait être affecté négativement si vous souleviez des préoccupations concernant votre travail (p. ex. santé, sécurité, droits) ?*
- *Au cours des 12 derniers mois, votre revenu a-t-il fortement fluctué d'un mois à l'autre ?*



Données pour les événements ou les rencontres de services individuels

Les événements de services individuels ou les rencontres de services individuels servent à enregistrer les notes cliniques portant sur les interactions avec les clients. Les intervenants créent une rencontre chaque fois qu'un service est fourni à un client ou pour ce dernier.

| | |
|-----------------|---|
| Quand | À quel moment a eu lieu le contact ou l'interaction entre le personnel du CSC et le client et à quel moment des services ont été reçus par le client |
| Qui | Le personnel participant aux services – un membre du personnel par rencontre – si plus d'un intervenant participe, chacun doit recueillir les données de sa rencontre. Tout membre du personnel d'un CSC doit entrer les données s'il y a interaction en face à face avec un client. |
| Comment | <p>Les renseignements sont recueillis pour chaque contact avec des clients individuels. Les contacts qui doivent être documentés se définissent comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une interaction entre un client individuel et un fournisseur aux fins de recevoir des services individualisés, qui valent d'être notés au dossier individuel du client; • et une interaction entre le centre et un tiers, ayant une influence directe sur la prestation de services ou l'accès à ces services pour les clients individuels et qui valent d'être notés à leur dossier. Ces renseignements doivent être recueillis pour les rencontres en personne ou les contacts par téléphone <p>Chaque interaction avec un intervenant répondant aux critères ci-dessus exige d'être documentée. Chaque rencontre doit comporter un seul intervenant. Si un intervenant travaille en coordination avec un autre intervenant, chacun doit remplir l'information sur sa rencontre. Les renseignements sur la nature et le contenu du contact avec le client sont notés pendant ou immédiatement après la rencontre, sans égard au lieu et au type de rencontre (que ce soit face à face, au téléphone ou avec des tiers).</p> |
| Pourquoi | Ces renseignements nous aident à répondre aux questions sur le travail qui se déroule en face à face |
| Quoi | Tous les renseignements concernant les rencontres en face à face. |

Tableau 30 – Événements/rencontres de services individuels : Vue d'ensemble

- **Date du contact – O**

Un rapport du jour, du mois et de l'année où l'événement a eu lieu.

| O | R | | | | | | |
|--------|--|------|--------------------|--------|----------------|------|------------|
| X | <table border="1"> <tr> <td>Jour</td> <td>Jour de la semaine</td> </tr> <tr> <td>Soirée</td> <td>Fin de semaine</td> </tr> <tr> <td>Soir</td> <td>Jour férié</td> </tr> </table> | Jour | Jour de la semaine | Soirée | Fin de semaine | Soir | Jour férié |
| Jour | Jour de la semaine | | | | | | |
| Soirée | Fin de semaine | | | | | | |
| Soir | Jour férié | | | | | | |

Tableau 31 - Événements/rencontres de services individuels - Date du contact

- **Emplacement du contact – R**

L'**emplacement du contact** répond à la question, *où la rencontre/le contact a-t-il eu lieu ? C'est-à-dire, était-ce au site principal du CSC, à un emplacement satellite ou à un autre point de contact?*



| O | R | |
|---|---|---|
| | x | Centre – emplacement principal Centre – autre emplacement Agence communautaire Agence partenaire École Espace public Domicile du client Hôpital Autre |

Tableau 32 - Événements/rencontres de services individuels – Emplacement du contact

- **Langue du contact – R**

Langue parlée par l’intervenant durant l’événement de service. Si un interprète participe au contact, on doit le noter dans la portion consacrée aux services dispensés.

| O | R | |
|---|---|--|
| | x | Une liste de plus de 100 langues est fournie dans le DME |

Tableau 33 - Événements/rencontres de services individuels – Langue du contact

- **Type de contact – R**

Un rapport du type d’interaction entre l’intervenant et le client ou le tiers impliqué dans la prestation de soin

En 2018, Le comité pour l’amélioration, les connaissances, la transformation et l’équité (ACTE) (anciennement Comité de gestion du rendement) a précisé qu’une rencontre avec « les proches » (donc, parent ou conjoint) n’est pas considéré comme « avec un tiers/une tierce partie au nom du client » et donc devrait être documentée comme une rencontre avec le client.

| O | R | |
|---|---|--|
| | x | Individuel - en personne Famille – en personne Couple - en personne Par téléphone Avec un tiers/une tierce partie au nom du client Par courriel Par message texte Par vidéo |

Tableau 34 - Événements/rencontres de services individuels – Type de contact



- **Mode de contact – R**

La nature du contact individuel entre un client et un intervenant

| O | R | |
|---|---|--|
| | x | Rendez-vous planifié Sans rendez-vous Service de garde Crise / Urgence Urgent / rendez-vous jour même Autre |

Tableau 35 - Événements/rencontres de services individuels - Mode de contact

- **Raison pour la visite – F**

Pour chaque contact, indiquer la raison précise identifiée par le client.

| | |
|--|---|
| Contrairement aux autres champs de données, celui-ci est facultatif, tout dépendant de votre collecte de données organisationnelles. | La liste provient de Electronic Nomenclature and Classification Of Disorders and Encounters for Family Medicine (ENCODE-FM) |
|--|---|

Tableau 36 - Événements/rencontres de services individuels – Raison pour la visite

- **Problèmes traités – O**

Pour chaque contact, indiquer tous les problèmes traités. La liste provient de [Electronic Nomenclature and Classification of Disorders and Encounters for Family Medicine](#) (ENCODE-FM), terminologie clinique bilingue (anglaise et française) de symptômes, plaintes, diagnostics, troubles, et raison pour la visite, conçu pour être utilisé dans les DME de soins primaires.

| O | R | |
|---|---|---|
| x | | La liste provient de Electronic Nomenclature and Classification Of Disorders and Encounters for Family Medicine (ENCODE-FM) |

Tableau 37 - Événements/rencontres de services individuels - Problèmes traités

- **Procédures en clinique – R**

Une liste des procédures effectuées en clinique dans le centre. Choisissez toutes celles qui s’appliquent.

[Voir Annexe 3 pour les définitions](#)

| O | R | |
|---|---|--|
| | x | Biopsie Surveillance de la pression sanguine Bronchspirométrie Coupe des ongles d’orteils Cryothérapie Débridement Ajustement de diaphragme Implant contraceptif Retrait d’implant contraceptif Anesthésie locale |



| O | R |
|---|---|
| | Analyse d'urine Lecture du glucomètre Test de dépistage de drogues dans l'urine Prélèvement d'échantillon Mammographie demandée Excision des lésions cutanées Cautérisation Vaccin administré ECG Examen de la vue (Technique de Snellen) Irrigation oculaire Fragmentation des fécalomes Test FIT demandé Ajustements des chaussures/orthèse Exérèse de corps étranger Immobilisation Injection de médicaments L'insertion d'un stérilet Retrait d'un stérilet Nettoyage de l'oreille moyenne Chirurgie mineure Limage des ongles Onychectomie/Onychéctomie/Oxymétrie/saturation artérielle en oxygène Test Pap Physiothérapie Plâtre Psychothérapie Retrait de points de suture ou d'agrafes Thérapie physique respiratoire Étirement musculaire Test de dépistage de la TB Lecture du test de dépistage de la TB Coupe des ongles Veino-ponction/ ponction veineuse Exploration de plaie (sans réparation) Soins de plaie |

Tableau 38 - Événements/rencontres de services individuels – Problèmes traités



- **Services fournis – R**

Une liste des services fournis. Choisissez toutes celles qui s’appliquent. [Voir Annexe 3 pour les définitions](#)

| O | R | |
|---|---|---|
| | x | Accompagnement Promotion des droits Service anonyme lié su VIH Demande pour une admissibilité limitée Soutien de base Documentation sur le plan de soins Conférence de cas Prise en charge et coordination de cas Examen de dossier Surveillance de la maladie chronique Correspondance relative aux soins du client Admission/entrevue du client Interventions complémentaire Soutien en matière d’allaitement Cérémonie culturelle Enseignement culturel Interprétation Détachement d’un interprète dispatching Soins dentaires Demande de test diagnostic Discussion du bulletin médical Discussion du plan de traitement Distribution de médicaments Référence externe Planification familiale Conseil familial/de couple Soins des pieds Remplissage de formulaires Évaluation générale Conseils/directives sur la santé Services d’inscription à la carte santé Conseil individuel Information sur les ressources communautaires Évaluation intermédiaire Consultation interne Référence interne Prescription médical |



| O | R |
|---|--|
| | Bilan comparatif des médicaments Renouvellement d'ordonnance Soins de santé mentale Évaluation mineure Ergothérapie Autres services d'identification Soins palliatifs Examen de santé périodique Demander une carte santé permanente Physiothérapie Soins postnataux Soins prénataux Soins préventifs Évaluation psychologique Recommandations/aide Examen de santé périodique Orthophonie Guérison traditionnelle Assistance pour le transport Triage Examen médical du bébé en santé Soutien au bébé en santé Examen médical de l'enfant en santé Traduction écrite des soins Évaluation cognitive Soins d'affirmation de genre Counselling de soutien Prescription sociale |

Tableau 39 - Événements/rencontres de services individuels - Services fournis

- **Aiguillages - R**

Choisissez un type de fournisseur/d'intervenant et/ou d'organisme vers lequel le client a été aiguillé, à l'interne ou à l'externe

- **Type de fournisseur/d'intervenant – R**

| O | R |
|---|---|
| | x Acupuncteur Allergologue Thérapeute alternative/complémentaire Audiologue Cardiologue |



| O | R |
|---|--|
| | <p>Assistante sociale</p> <p>Enseignante de maternelle/services à l'enfance</p> <p>Agent de la protection de l'enfance</p> <p>Podologue</p> <p>Chiropraticien</p> <p>Agent de développement communautaire</p> <p>Intervenant en santé mentale</p> <p>Conseiller</p> <p>Interprète</p> <p>Assistante dentaire</p> <p>Hygiéniste dentaire</p> <p>Technicien dentaire</p> <p>Dentiste</p> <p>Denturologiste</p> <p>Dermatologue</p> <p>Éducateur spécialisé en diabète</p> <p>Diététiste/nutritionniste</p> <p>Éducateur de la petite enfance</p> <p>Spécialiste ORL</p> <p>Médecin urgentiste</p> <p>Endocrinologue</p> <p>Gastro-entérologue</p> <p>Gérontologue</p> <p>Gynécologue</p> <p>Hématologue</p> <p>Travailleur en réduction des méfaits</p> <p>Promoteur de la santé/éducateur</p> <p>Intervenant en soins à domicile</p> <p>Hypnotiseur</p> <p>Spécialiste en maladies infectieuses</p> <p>Préposé à l'accueil</p> <p>Interniste</p> <p>Kinésithérapeute</p> <p>Technicien de laboratoire</p> <p>Consultante en lactation</p> <p>Avocat</p> <p>Assistance judiciaire</p> <p>Massothérapeute</p> <p>Assistant de bureau médical</p> <p>Technicien médical/technologies</p> |



| O | R |
|---|---|
| | <p>Sage-femme</p> <p>Naturopathe</p> <p>Neurologue</p> <p>Infirmière</p> <p>Infirmière praticienne</p> <p>Obstétricien</p> <p>Ergothérapeute</p> <p>Oncologue</p> <p>Ophthalmologue</p> <p>Optométriste</p> <p>Ostéopathe</p> <p>Autres</p> <p>Travailleur en service d'approche</p> <p>Pédiatre</p> <p>Travailleur de soutien entre pairs</p> <p>Préposé aux soins personnels</p> <p>Pharmacien</p> <p>Médecin</p> <p>Psychométricien</p> <p>Physiothérapeute</p> <p>Psychologue</p> <p>Podologue</p> <p>Psychiatre</p> <p>Psychologue</p> <p>Radiologue</p> <p>Récréothérapeute</p> <p>Infirmière auxiliaire autorisée</p> <p>Inhalothérapeute</p> <p>Pneumologue</p> <p>Rhumatologue</p> <p>Coordonnateur d'accès aux services</p> <p>Travailleur social</p> <p>Orthophonie</p> <p>Étudiant/stagiaire – non clinique</p> <p>Étudiant/stagiaire –clinique</p> <p>Chirurgien – général</p> <p>Chirurgien - dentaire</p> <p>Chirurgien - spécialisé (œil, cœur, cerveau, etc.)</p> <p>Navigateur du système de santé</p> <p>Guérisseur traditionnel</p> |



| O | R |
|---|--|
| | Travailleur pairs – formés et rémunérés Urologue Urogynécologue Bénévole Coordonnateur des bénévoles Agent du bien-être social Assistant médicale Travailleur auprès des jeunes |

Tableau 40 - Événements/rencontres de services individuels – Aiguillages - Type de fournisseur/d'intervenant

• **Agences – R**

| O | R | | | | | | | | | | |
|---|--|--|------------------------------------|------------------------|--|---|--|------------------------|---|---|--|
| | <table border="1"> <thead> <tr> <th>O</th> <th>R</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>x</td> <td> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Services de santé</th> <th>Services sociaux et communautaires</th> <th>Groupes communautaires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> Centre de désintoxication/traitement de la toxicomanie Clinique de services médicaux parallèles Établissement de soins ambulatoires (laboratoires, radiographie, radiologie, ultrason, etc.) Autre CSC Notre centre Clinique dentaire Centre de développement de la petite enfance Services d'urgences Hôpital de soins aigus pour enfants Hôpital de soins aigus pour adultes Hôpital de soins chroniques Hôpital de soins de longue durée Hôpital psychiatrique </td> <td> Société d'aide à l'enfance Agence pour les enfants et les jeunes Centre d'échange et de distribution de vêtements Collèges/ Universités Centre d'accès aux soins communautaires Centre de santé mentale communautaire Centre de ressources communautaire Centre d'interprétation culturelle Centre d'emploi Organisme ethno-spécifique Agence d'aide aux familles Centre de remise en forme/ entraînement </td> <td> Groupe d'intérêt (vaste)/ Coalition Groupe d'intérêt (spécifique)/ Coalition Association commerciale Association d'agriculteurs Organisation syndicale Association de parents/école Groupes Religieux/ Œcuménique/Foi Association des résidents Club philanthropique Centraide Associations à but non lucratifs Autres groupes communautaires </td> </tr> </tbody> </table> </td> </tr> </tbody> </table> | O | R | x | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Services de santé</th> <th>Services sociaux et communautaires</th> <th>Groupes communautaires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> Centre de désintoxication/traitement de la toxicomanie Clinique de services médicaux parallèles Établissement de soins ambulatoires (laboratoires, radiographie, radiologie, ultrason, etc.) Autre CSC Notre centre Clinique dentaire Centre de développement de la petite enfance Services d'urgences Hôpital de soins aigus pour enfants Hôpital de soins aigus pour adultes Hôpital de soins chroniques Hôpital de soins de longue durée Hôpital psychiatrique </td> <td> Société d'aide à l'enfance Agence pour les enfants et les jeunes Centre d'échange et de distribution de vêtements Collèges/ Universités Centre d'accès aux soins communautaires Centre de santé mentale communautaire Centre de ressources communautaire Centre d'interprétation culturelle Centre d'emploi Organisme ethno-spécifique Agence d'aide aux familles Centre de remise en forme/ entraînement </td> <td> Groupe d'intérêt (vaste)/ Coalition Groupe d'intérêt (spécifique)/ Coalition Association commerciale Association d'agriculteurs Organisation syndicale Association de parents/école Groupes Religieux/ Œcuménique/Foi Association des résidents Club philanthropique Centraide Associations à but non lucratifs Autres groupes communautaires </td> </tr> </tbody> </table> | Services de santé | Services sociaux et communautaires | Groupes communautaires | Centre de désintoxication/traitement de la toxicomanie Clinique de services médicaux parallèles Établissement de soins ambulatoires (laboratoires, radiographie, radiologie, ultrason, etc.) Autre CSC Notre centre Clinique dentaire Centre de développement de la petite enfance Services d'urgences Hôpital de soins aigus pour enfants Hôpital de soins aigus pour adultes Hôpital de soins chroniques Hôpital de soins de longue durée Hôpital psychiatrique | Société d'aide à l'enfance Agence pour les enfants et les jeunes Centre d'échange et de distribution de vêtements Collèges/ Universités Centre d'accès aux soins communautaires Centre de santé mentale communautaire Centre de ressources communautaire Centre d'interprétation culturelle Centre d'emploi Organisme ethno-spécifique Agence d'aide aux familles Centre de remise en forme/ entraînement | Groupe d'intérêt (vaste)/ Coalition Groupe d'intérêt (spécifique)/ Coalition Association commerciale Association d'agriculteurs Organisation syndicale Association de parents/école Groupes Religieux/ Œcuménique/Foi Association des résidents Club philanthropique Centraide Associations à but non lucratifs Autres groupes communautaires |
| O | R | | | | | | | | | | |
| x | <table border="1"> <thead> <tr> <th>Services de santé</th> <th>Services sociaux et communautaires</th> <th>Groupes communautaires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> Centre de désintoxication/traitement de la toxicomanie Clinique de services médicaux parallèles Établissement de soins ambulatoires (laboratoires, radiographie, radiologie, ultrason, etc.) Autre CSC Notre centre Clinique dentaire Centre de développement de la petite enfance Services d'urgences Hôpital de soins aigus pour enfants Hôpital de soins aigus pour adultes Hôpital de soins chroniques Hôpital de soins de longue durée Hôpital psychiatrique </td> <td> Société d'aide à l'enfance Agence pour les enfants et les jeunes Centre d'échange et de distribution de vêtements Collèges/ Universités Centre d'accès aux soins communautaires Centre de santé mentale communautaire Centre de ressources communautaire Centre d'interprétation culturelle Centre d'emploi Organisme ethno-spécifique Agence d'aide aux familles Centre de remise en forme/ entraînement </td> <td> Groupe d'intérêt (vaste)/ Coalition Groupe d'intérêt (spécifique)/ Coalition Association commerciale Association d'agriculteurs Organisation syndicale Association de parents/école Groupes Religieux/ Œcuménique/Foi Association des résidents Club philanthropique Centraide Associations à but non lucratifs Autres groupes communautaires </td> </tr> </tbody> </table> | Services de santé | Services sociaux et communautaires | Groupes communautaires | Centre de désintoxication/traitement de la toxicomanie Clinique de services médicaux parallèles Établissement de soins ambulatoires (laboratoires, radiographie, radiologie, ultrason, etc.) Autre CSC Notre centre Clinique dentaire Centre de développement de la petite enfance Services d'urgences Hôpital de soins aigus pour enfants Hôpital de soins aigus pour adultes Hôpital de soins chroniques Hôpital de soins de longue durée Hôpital psychiatrique | Société d'aide à l'enfance Agence pour les enfants et les jeunes Centre d'échange et de distribution de vêtements Collèges/ Universités Centre d'accès aux soins communautaires Centre de santé mentale communautaire Centre de ressources communautaire Centre d'interprétation culturelle Centre d'emploi Organisme ethno-spécifique Agence d'aide aux familles Centre de remise en forme/ entraînement | Groupe d'intérêt (vaste)/ Coalition Groupe d'intérêt (spécifique)/ Coalition Association commerciale Association d'agriculteurs Organisation syndicale Association de parents/école Groupes Religieux/ Œcuménique/Foi Association des résidents Club philanthropique Centraide Associations à but non lucratifs Autres groupes communautaires | | | | |
| Services de santé | Services sociaux et communautaires | Groupes communautaires | | | | | | | | | |
| Centre de désintoxication/traitement de la toxicomanie Clinique de services médicaux parallèles Établissement de soins ambulatoires (laboratoires, radiographie, radiologie, ultrason, etc.) Autre CSC Notre centre Clinique dentaire Centre de développement de la petite enfance Services d'urgences Hôpital de soins aigus pour enfants Hôpital de soins aigus pour adultes Hôpital de soins chroniques Hôpital de soins de longue durée Hôpital psychiatrique | Société d'aide à l'enfance Agence pour les enfants et les jeunes Centre d'échange et de distribution de vêtements Collèges/ Universités Centre d'accès aux soins communautaires Centre de santé mentale communautaire Centre de ressources communautaire Centre d'interprétation culturelle Centre d'emploi Organisme ethno-spécifique Agence d'aide aux familles Centre de remise en forme/ entraînement | Groupe d'intérêt (vaste)/ Coalition Groupe d'intérêt (spécifique)/ Coalition Association commerciale Association d'agriculteurs Organisation syndicale Association de parents/école Groupes Religieux/ Œcuménique/Foi Association des résidents Club philanthropique Centraide Associations à but non lucratifs Autres groupes communautaires | | | | | | | | | |



| O | R | | |
|---|---|--|---|
| | | <p>Clinique de santé mentale</p> <p>Clinique de physiothérapie/ergothérapie</p> <p>Bureau de praticien privé - seul/groupe</p> <p>Clinique de soins préventifs (mammographie, voyage/tropique/maladies infectieuses, médecine etc.)</p> <p>Organisation de soins primaire (extérieur au CSC)</p> <p>Service de santé publique</p> <p>Centre de réadaptation</p> <p>Organisation axé sur la recherche/planification</p> <p>Centre de médecine sportive</p> <p>Centre de soins urgents</p> <p>Centre de santé pour les femmes/clinique</p> <p>Autre agence/organisation de santé</p> | <p>Organisme de lutte contre l'insécurité alimentaire</p> <p>Agences de soins à domicile</p> <p>Agence de logement (à but non lucratif)</p> <p>Agence d'aide juridique</p> <p>Centre de ressources parentales</p> <p>Service de police</p> <p>Organismes récréatives</p> <p>Organisation axé sur la recherche/planification</p> <p>Conseil scolaire</p> <p>Services pour les personnes ayant de déficiences physiques</p> <p>Agence pour personnes âgées</p> <p>Organisme d'aide à l'intégration des immigrants</p> <p>Refuge pour les victimes de violence familiale</p> <p>Refuge pour les sans abris</p> <p>Réseau de soutien/Groupes d'entraide</p> <p>Bureau d'aide sociale</p> <p>Organisation pour les femmes</p> <p>Autres services sociaux et communautaires</p> |

Tableau 41 - Événements/rencontres de services individuels – Aiguillages - Agences



- **Immunisations – R**

| O | R |
|---|---|
| | x |

Ce champ provient de la liste d’immunisation dans le dossier médical électronique.

Tableau 42 - Événements/rencontres de services individuels - Immunisations

Groupe de développement personnel

Un groupe de développement personnel (GDP) est une série de séances limitées dans le temps qui se tiennent, son animées ou sont appuyées par du personnel interne ou externe et dont l’objectif est de susciter des changements dans les comportements, les connaissances ou les attitudes des individus.

Ils peuvent aussi être caractérisés par des thèmes changeants et le nombre de membres peut fluctuer.

Ces groupes peuvent poursuivre un objectif précis, c’est-à-dire conçus pour s’attaquer à un ou à des problèmes précis et peuvent cibler des populations précises.

Les GDP sont menés, facilités ou appuyés par du personnel du centre, et les objectifs et résultats sont captés dans le DME. Les groupes de développement personnel sont différents des initiatives communautaires (IC), car ils se concentrent sur les changements individuels au lieu de favoriser un développement ou un changement à l’échelle communautaire.

| | |
|-----------------|--|
| Quand | Chaque fois qu’un groupe se rencontre |
| Qui | Le personnel participant (peut être bénévole) – un membre du personnel notera tous les noms des bénévoles et des employés participant au groupe. |
| Comment | Dossier médical électronique. |
| Pourquoi | Ces renseignements nous aident à répondre aux questions sur le travail qui se fait en face à face. |
| Quoi | Participation et renseignements sur le groupe. . |

Tableau 43 - Groupe de développement personnel : Vue d’ensemble

- **Type de groupe – O**

Groupe inscrit : Ce groupe est conçu pour assurer la prestation d’une activité ou d’un service précis et on y note l’identité du participant. La majorité des participants doivent être un client « inscrit » dans le DME du CSC, lié au groupe en tant que membre et dont les présences sont notées à toutes les séances. Les groupes inscrits sont souvent fermés ou se rencontrent régulièrement, et les activités ont une date de début et de fin.

Groupe non-inscrit : Ce groupe est conçu pour assurer la prestation d’une activité ou d’un service où l’identité des participants n’est pas notée ou impossible à noter. Ce type de groupe est ouvert à tous, l’inscription et la participation ne sont pas documentées. Pour ce groupe, on ne note que le nombre de participants qui ont pris part à l’activité ou qui ont bénéficié du service offert, et non pas l’identité des participants.

| O | R |
|---|---|
| x | |

Inscrit
Non-inscrit

Tableau 44 – Groupe de développement personnel – Type de groupe



- **Nature de l'adhésion au groupe – O**

Indique si les séances du groupe ont été prévues pour accueillir un nombre limité et précis de membres à fréquence régulière – les participants reviennent chaque fois, si les membres sont différents chaque fois ou si les nouveaux membres sont invités à devenir membres au cours des séances de groupe.

| O | R | |
|---|---|---|
| x | | Fermé - adhésion à durée limitée Ouvert – adhésion en tout temps |

Tableau 45 - Groupe de développement personnel – Nature de l'adhésion au groupe

- **Nature des sessions de groupe – O**

Indique le type d'intervenant qui mène le groupe. Nota : ce champ a été reconçu en 2017 suite à une révision des champs de données.

| O | R | |
|---|---|---|
| x | | Mené par le personnel du centre Mené par un bénévole Mené par un partenaire Mené par un pair |

Tableau 46 - Groupe de développement personnel – Nature des sessions de groupe

- **Durée de vie du groupe – O**

Indique si le groupe aura un nombre défini de sessions ou s'il est illimité dans le temps, donc une durée de vie continue.

| O | R | |
|---|---|--------------------------------|
| x | | Limité dans le temps Ouvert |

Tableau 47 - Groupe de développement personnel – Durée de vie du groupe

- **Source du GDP – O**

La source enregistre les liens qui permettent d'assurer le suivi de l'évolution du groupe. Cette information décrit ce qui vous a incité à créer le groupe.

| O | R | |
|---|---|---|
| x | | Autre groupe de développement personnel Initiative communautaire Objectif du centre Basé sur une rencontre individuelle Autre |

Tableau 48 - Groupe de développement personnel – Source du GDP

- **Emplacement du groupe – O**

Endroit où le groupe s'est réuni.

| O | R | |
|---|---|--|
| x | | Centre Emplacement satellite Organisme communautaire |



| O | R | |
|---|---|--|
| | | École Espace public Édifice des résidents Hôpital Autre Virtuelle |

Tableau 49 - Groupe de développement personnel – Emplacement du groupe

- **Problèmes traités – O**

| O | R | |
|---|---|---|
| x | | La liste provient de Electronic Nomenclature and Classification Of Disorders and Encounters for Family Medicine (ENCODE-FM) |

Tableau 50 - Groupe de développement personnel – Problèmes traités

- **Personnel participant et leur rôle – O**

Indique tout le personnel participant au groupe et leur rôle.

| O | R | |
|---|---|--|
| x | | Personnel participant Pour le personnel interne , sélectionnez un membre du personnel dans le menu déroulant. Pour le personnel externe , inscrivez le nom de la personne ou de l'organisme ayant participé au groupe. |
| x | | Rôle Facilitateur Partenaire Leader Facilitateur bénévole Facilitateur étudiant Soutien/ conseiller sur les ressources Formateur/ éducateur Facilitateur pour les clients Autre |

Tableau 51 - Groupe de développement personnel - Personnel participant et leur rôle

- **Nombre de participants inscrits au programme – O**

| O | R | |
|---|---|---|
| x | | # de participants inscrits au programme |

Tableau 52 - Groupe de développement personnel – Nombre de participants inscrits au programme

- **Nombre de personnes ayant complété l'activité de groupe – O**

| O | R | |
|---|---|--|
| x | | # de personnes ayant complété l'activité de groupe |

Tableau 53 - Groupe de développement personnel - Nombre de personnes ayant complété l'activité de groupe



- **Activités – O**

Indique les activités planifiées pour le groupe.

| O | R |
|---|---|
| x | <p>Création de forums pour présenter les gens les uns aux autres ou les rassembler</p> <p>Création occasions de formation et d'expérience pratiques (ex. entraide mutuelle, intervention de crise, résolution de conflit, garde d'enfants, premiers soins, etc.)</p> <p>Discussions entourant des préoccupations communes</p> <p>Encouragement du développement de réseaux naturels (ex. des ateliers relatifs à l'entraînement, visites inattendues, échange de vêtements, appui parental, etc.)</p> <p>Promotion du développement d'aptitudes sociales et de communication</p> <p>Promotion du développement de l'entraide</p> <p>Promotion de la sensibilisation du groupe à la source de problèmes et à des stratégies de résolution de problèmes</p> <p>Promotion de l'éducation des membres du groupe sur des sujets extérieurs au groupe</p> <p>Encouragement du développement des compétences visant la saine résolution de problèmes</p> <p>Planification, mise en œuvre et évaluation des activités de groupe par le groupe</p> <p>Augmentation de la sensibilisation des membres du groupe à leurs forces et habilités</p> <p>Partage de connaissance ou d'expérience au sein du groupe</p> <p>Exercices d'habilités individuelles afin d'encourager l'autogestion des problèmes de santé</p> <p>Présentation au groupe de renseignements éducatifs sur un problème ou un sujet</p> <p>Création d'occasions permettant aux membres du groupe d'identifier leurs préoccupations</p> <p>Création d'occasions pour les membres d'utiliser ou de partager leurs connaissances</p> <p>Sensibilisation des membres aux établissements, aux services et aux ressources</p> <p>Reconnaissance ou célébration des réussites personnelles</p> <p>Enseignement des compétences individuelles afin d'encourager l'autogestion des problèmes de santé</p> <p>Utilisation d'activités ou d'intérêts communs pour rassembler les gens</p> <p>Utilisation d'occasions permettant de renforcer les atouts du groupe</p> |

Tableau 54 - Groupe de développement personnel – Activités



- **Objectifs – R**

Identifiez les objectifs que vous espérez atteindre avec la création du groupe :

| O | R |
|---|--|
| | x Modifier un comportement Développer ses forces ou ses talents Améliorer son style de vie ou sa qualité de vie Identifier ou améliorer son potentiel Améliorer sa santé Améliorer sa conscience de soi Améliorer sa connaissance de soi Améliorer ses aptitudes sociales Augmenter l'accès aux besoins de base |

Tableau 55 - Groupe de développement personnel - Objectifs

- **Population visée – R**

Indique la population pour laquelle le groupe a été prévu au départ et peut ne pas refléter les participants réels. L'information doit être documentée une fois seulement – soit avant ou lors de la première session – et peut être combinée avec l'information documentée sur les taux de participation de la population visée.

| O | R |
|---|---|
| | x Groupe d'âge Population générale Les nourrissons (0-18 mois) Préscolaire (19 mois-4 ans) L'école primaire (5-9 ans) Les jeunes (10-14 ans) Les adolescents (15-19 ans) Les jeunes adultes (20-34 ans) Adultes (35-49 ans) Les jeunes aînés (50-64 ans) Les aînés (65 ans et plus) |
| | x Genre Homme Femme Genre fluide ou « genderqueer » Non binaire Bispiritualité En questionnement ou incertain(e) Une autre identité de genre (veuillez préciser) |



| O | R | |
|---|---|---|
| | x | Orientation sexuelle Asexualité Bisexualité Demisexualité Homosexualité (hommes) Homosexualité (femmes) Pansexualité Queer En questionnement ou incertain(e) Attiré(e) par les personnes du même sexe que moi Hétérosexualité Bispiritualité Autre orientation sexuelle (veuillez préciser) |
| | x | Groupe racial ou ethnique Autochtone (Premières Nations, Métis et/ou Inuit(e)) Originaire du Moyen-Orient, de l'Asie occidentale ou arabe (p. ex. afghan, égyptien, iranien, libanais, persan, turc, kurde, etc.) Noir (p. ex., africain, afro-canadien, afro-antillais, afro-égyptien, etc.) Asiatique oriental (p. ex. chinois, coréen, japonais, taiwanais, etc.) Latino-Américain (d'origine hispanique ou latino-américaine) Asiatique du Sud (p. ex. bangladais, indien, indo-caribéen, pakistanais, sri-lankais, etc.) Asiatique du Sud-Est (p. ex. philippin, vietnamien, cambodgien, thaïlandais, indonésien, etc.) Blanc (p. ex. d'origine européenne) Autre race/groupe ethnique (veuillez préciser) |
| | x | Conditions physiques/ troubles mentaux VIH/SIDA Dépendance à l'alcool Maladies cardiaques/hypertension Arthrite Asthme / MPOC Douleur chronique Dépression Diabète Trouble alimentaire Santé nutritionnelle Problèmes mentaux/comportemental Dépendance à la nicotine Obésité Déficiência physique / fragilité |



| O | R | |
|---|---|---|
| | | Santé physique Santé sexuelle Santé buccodentaire Santé mentale Toxicomanie Hépatite C Autre |
| | x | Conditions sociales / économiques Sans-abri Logement inadéquat Barrières linguistiques / culturelles Faible revenu / pauvreté Faible alphabétisation Risques professionnels Auteurs d'actes de violence / abus Racisme Discrimination Isolement social Sous-emploi Chômage Rescapées de la violence / abus Violence / abus Témoin de violence / abus Autre |
| | x | Rôle / identité / statut Soignants / aidants Bénévoles Personnes en conflit avec la loi Membre de la famille / personne d'appui Fournisseurs de soins de santé Nouveaux-arrivants Parents Futurs parents Nouveaux parents Parent célibataire Réfugié Étudiant Autre |
| | x | Langues parlées Une liste de plus de 100 langues se trouve dans le DME |

Tableau 56 - Groupe de développement personnel – Population visée



- **% de la population visée inscrite – O**

Le % de la population pour laquelle le groupe a été prévu au départ.

| O | R |
|---|---|
| x | % personnes de la population visée inscrit à l'activité de groupe |

Tableau 57 - Groupe de développement personnel - % de PV inscrit

- **% de la population visée complète – O**

Le % de la population visée qui a complété une proportion de sessions. Les centres attribuent eux-mêmes la définition de « Complété » pour chaque GDP.

| O | R |
|---|--|
| x | % personnes de la population visée ayant complété l'activité de groupe |

Tableau 58 - Groupe de développement personnel - % de PV Complété

- **(Groupe) Statut antérieur du client – R**

Ce champ identifie le statut du client **avant** sa participation au groupe. Un score unique est requis pour chaque client. Ce champ peut être utilisé en conjonction avec le champ **Résultats du client** afin de mesurer le changement dans les résultats en matière de santé du client suite à sa participation au groupe.

| O | R |
|---|---|
| | x Ne répond pas aux objectifs du groupe Répond à certains objectifs du group Répond aux objectifs du groupe Dépasse les objectifs du groupe |

Tableau 59 - Groupe de développement personnel – Statut antérieur du client

- **(Groupe) Résultats de chaque client – R**

Ce champ identifie les résultats/évaluation des membres du groupe **après** leur participation au groupe. Un score unique est requis pour chaque client. Ce champ peut être utilisé en conjonction avec le champ **Statut antérieur du client** afin de mesurer le changement dans les résultats en matière de santé du client suite à sa participation au groupe.

| O | R |
|---|---|
| | x Ne répond pas aux objectifs du groupe Répond à certains objectifs du group Répond aux objectifs du groupe Dépasse les objectifs du groupe N'a pas complété le groupe |

Tableau 60 - Groupe de développement personnel – Résultats de chaque client

Initiatives communautaires

Une initiative communautaire est un ensemble d'activités visant à renforcer la capacité de la communauté à s'attaquer aux facteurs qui affectent sa santé collective. Les initiatives communautaires cherchent à faire participer les communautés et les groupes dans la détermination et l'évolution des conditions qui façonnent leur vie et leurs perspectives de santé collective. Cela peut se faire par des



changements environnementaux au sens le plus large; c'est-à-dire physiques, économiques et sociaux, sur le plan des services/politiques, et/ou en augmentant la capacité collective des gens à réaliser eux-mêmes un tel changement, ou du moins à s'adapter aux conditions qui ne sont pas de leur ressort (comme les progrès technologiques). Les initiatives communautaires aident des groupes de personnes à mieux maîtriser les principaux déterminants de leur santé et à améliorer ainsi leur état de santé.

La raison d'être des initiatives communautaires découle de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (1986), qui stipule que « La promotion de la santé procède de la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration des stratégies de planification, pour atteindre un meilleur niveau de santé. »

Il y a des défis concernant la documentation d'initiatives communautaires. Par exemple :

- Les initiatives communautaires sont souvent non linéaires et d'une durée indéterminée, mais sont développées à partir de discussions communautaires et d'activités existantes.
- Peuvent susciter une participation fluctuante de participants et partenaires, en plus les problèmes peuvent évoluer avec le temps.
- Les buts et objectifs peuvent changer au fur et à mesure que le travail avec la communauté progresse, et les résultats peuvent être différents de ceux conçus à l'origine.
- Un groupe de développement personnel peut faire partie d'une initiative communautaire.

Alors que le GDP et les rencontres visent la santé des personnes, les initiatives communautaires (IC) sont des programmes conçus pour renforcer les communautés en abordant les facteurs ayant une incidence sur la santé collective. Les IC cherchent la participation des communautés et des groupes communautaires pour repérer et changer les conditions qui façonnent leurs vies et leurs perspectives de santé en tant que groupe. Pour se plier à ces caractéristiques, la démarche d'évaluation exige que l'on dresse un portrait mensuel de toute activité ayant eu lieu au cours du mois évalué, de même qu'un registre des objectifs atteints. Les changements aux enjeux, aux partenaires et à leurs rôles pourront ainsi faire l'objet d'un suivi de mois en mois.



Lexique

| Terme | Définition |
|---|---|
| Client actif | Client « inscrit » du CSC qui a bénéficié d'une demande de service distinct ou qui a participé à une séance de développement personnel en groupe au cours des trois dernières années. |
| Clients de soins primaires réguliers (CSPR) | Un client inscrit qui obtient des <i>soins de santé primaires réguliers</i> au centre est identifié comme client de soins primaires réguliers . Ces clients sont inclus dans les dénominateurs des indicateurs de l'entente de responsabilisation en matière de services multisectoriels (ERS-M). |
| Données de base | Information recueillie au début d'un projet qui servira de base de comparaison pour l'information recueillie à une date ultérieure. |
| Données obligatoires | Données nécessaires pour qu'un dossier soit valide. On ne peut laisser blanc le champ d'une donnée obligatoire. Voir aussi Données requises . |
| Données requises | Les champs prévus pour accueillir ces données doivent être remplis, si possible. Les données manquantes dans les champs requis feront en sorte que les rapports destinés aux bailleurs de fonds seront incomplets ou inexacts. Aucun message d'erreur n'apparaîtra si l'un de ses champs n'est pas rempli. |
| Entente de responsabilisation en matière de services multisectoriels (ERS-M) | Dans le cadre des exigences de la <i>Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local</i> , les RLISS doivent conclure une entente de responsabilisation en matière de services avec tous les fournisseurs de services de santé qu'ils financent. Les ententes de responsabilisation en matière de services constituent la base du cadre pluriannuel de planification et de financement de chacun des fournisseurs de services de santé financés par le RLISS. |
| Évaluation du processus | Évaluation des activités ayant été mises en œuvre, de la qualité de la mise en œuvre, des forces et des faiblesses de la mise en œuvre. |
| Événement de service | Rencontre avec un client individuel ou une séance d'un groupe de développement personnel. Le terme <i>rencontre</i> est souvent utilisé pour signifier un événement de service. |
| Groupe de développement personnel (GDP) | Une série de séances continues ou limitées dans le temps, menées, animées ou supervisées par un membre du personnel à l'interne ou l'externe, qui a pour tâche d'aider les participants à modifier leur comportement, à acquérir des connaissances ou à modifier leur attitude. |
| Indicateurs | Les indicateurs sont des mesures précises permettant de voir jusqu'à quel point un but ou un objectif a été atteint. |
| Initiative communautaire | Une initiative communautaire est un ensemble d'activités visant à aider la communauté à s'attaquer à des facteurs ayant des effets sur la santé collective. |



| Terme | Définition |
|-----------------------|---|
| Interprétation | <p>Service fourni par un CSC – on a recours à un interprète (soit un membre du personnel, un bénévole ou un contractuel payé par le CSC) pour les services d’interprétation langagière pendant le contact entre un fournisseur et un client.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L’interprétation est un service fourni et devrait être recueilli comme tel. L’interprète n’est pas inscrit à titre de membre du personnel. En soi, l’interprétation ne mérite pas le statut de rencontre. • La langue de contact est toujours celle parlée par le fournisseur pendant la prestation du service, même si les services d’interprétation sont fournis. |
| Modèle logique | <p>Le modèle logique d’un programme est un diagramme préparé en vue d’illustrer ce que fait un programme, pour qui et pourquoi. Les modèles logiques comprennent habituellement des renseignements sur le groupe cible d’un programme (la population à laquelle il est destiné), les activités qu’il entend proposer, les extrants, les intrants et les résultats visés</p> <ul style="list-style-type: none"> • Population visée - tout individu, groupe, organisme ou communauté à l’intention de qui un programme est créé; il s’agit de la population prioritaire que l’on souhaite atteindre. • Intrants - comprend les ressources investies ou utilisées pour la prestation d’un programme. L’argent, le personnel et le temps de travail du personnel sont des exemples d’intrants, de même que les installations, le temps des bénévoles, le matériel et les fournitures. • Extrants - les produits découlant directement des activités du programme, qui sont habituellement quantifiés en mesurant la quantité de travail accompli – le nombre de cours donnés, par exemple, ou le nombre de séances de counseling, la quantité de matériel éducatif distribué ou le nombre de participants desservis. • Résultats - avantages ou changements observés chez les personnes ou les groupes participant à un programme. Les résultats sont souvent associés aux évaluations des impacts. On compte au moins trois degrés de résultats : direct, intermédiaire et long terme. |



| Terme | Définition |
|-------------------------|--|
| Point d'accès | Emplacement affilié au centre. Le point d'accès affiche toutes les caractéristiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Les services de santé sont fournis moins de 21 heures par semaine, possiblement en collaboration avec un partenaire; • Le site offre un service de santé particulier ou un ensemble de services; • Le personnel du site provient du centre principal ou d'un satellite; • Aucun personnel d'accueil ou de soutien administratif; • Soutien administratif et infrastructurel fournis par le centre principal. Voir aussi satellite . |
| Population visée | Les populations visées sont les populations prioritaires identifiées dans les objectifs de l'organisation, les IC et les groupes. Ils sont souvent liés aux caractéristiques sociodémographiques de la population visée. |
| Renvoi externe | L'aiguillage d'un client vers un fournisseur/service à l'extérieur du centre. |
| Renvoi interne | L'aiguillage d'un client vers un fournisseur/service à l'intérieur du centre. |
| Satellite | Emplacement permanent où les services de santé sont fournis à l'extérieur du centre principal. Les centres satellites se caractérisent par : <ul style="list-style-type: none"> • Activités régulières (minimum de 21 h / semaine); • Emplacement fixe et accessible, garanti par la propriété, un bail ou une entente écrite; • Personnel affecté en permanence; • Soutien à l'administration et à l'infrastructure qui lui sont propres. |
| Services fournis | Services effectués par le fournisseur. |

Tableau 61 - Lexique



Acronymes

| Terme | Signification |
|-------------------|--|
| ACTE | le comité pour l'amélioration, les connaissances, la transformation et l'équité (ACTE) (anciennement Comité de gestion du rendement (CGR)) |
| BIRT | Business Intelligence Reporting Tool |
| CASSA | Centres d'accès aux services pour les Autochtones |
| CHC | Centre de santé communautaires |
| CI | Initiatives communautaires |
| CIRT | L'outil des ressources des initiatives communautaires ORIC |
| CSPR | Client de soins primaires réguliers (voir lexique) |
| DS | Déterminants de la santé |
| ENCODE-FM | Electronic Nomenclature and Classification Of Disorders and Encounters for Family Medicine |
| ERSM | Entente de responsabilisation en matière de services multisectoriels (voir lexique) |
| GDP | Groupe de développement personnel |
| ICES | Institute for Clinical Evaluative Sciences |
| ICME | Indice canadien du mieux-être |
| LGB2Q* | Lesbienne, gai, bisexuel, bispirituel, queer, ou autres |
| MLAR | Modèle logique axé sur les résultats |
| MSBE | Modèle de santé et de bien-être |
| PV | Population visée |
| QSSO / PAQ | Qualité des services de santé Ontario / Plans d'amélioration de la qualité |
| RLISS | Réseaux locaux d'intégration des services de santé |

Tableau 62 - Acronymes





Références

Alberta Health (2013). Primary Health Care Evaluation Framework. Consulté le 6 mai 2019 à partir de <https://open.alberta.ca/publications/6862113>.

Campbell, S. M.; Braspenning, J.; Hutchinson, A; et Marshall, M. (2002). Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *Quality & Safety in Health Care* 11:358-364. Consulté le 6 mai 2019 à partir de <https://www.who.int/management/district/ResearchMethodsQualityIndicatorsPHC.pdf>.

Gouvernement du Canada (2010). *Conseil du Trésor du Canada Cadre de gestion et de responsabilisation axé sur les résultats*. Consulté le 6 mai 2019 à partir de la version anglaise de <https://www.tbs-sct.gc.ca/cee/tools-outils/polrmaf-polcgrr-fra.asp>. <http://www.tbs-sct.gc.ca/cee/tools-outils/polrmaf-polcgrr-eng.asp>

Health Quality Council of Alberta (2005). *Alberta Quality Matrix for Health: User Guide*. Consulté le 6 mai 2019 à partir de https://hqca.ca/wp-content/uploads/2018/05/HQCA_User_Guide_Web.pdf.

Hoffman, K. (2009). A Decision Support System for Community Initiatives: Background and Recommendations for Action: Final Report. Soumis à l'AOHC.

Institut canadien d'information sur la santé (2012). *Rapport sur la mise à jour des indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires*. Consulté le 6 mai 2019 à partir de la version anglaise de https://secure.cihi.ca/free_products/Pan-Canadian_PHC_Indicator_Update_Report_fr_web.pdf.

Institut canadien d'information sur la santé et Qualité des services de santé Ontario (2013). *Compte-rendu du Sommet sur l'évaluation de la performance des soins primaires Ontario*. Consulté le 6 mai 2019 à partir de la version anglaise de <http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/pr/pc-summit-proceedings-report-en.pdf>.

Institut canadien d'information sur la santé et Statistique Canada (s.d.). Rapport de la Conférence consensuelle sur les indicateurs de la santé : Rapport de la troisième Conférence consensuelle sur les indicateurs de la santé. Consulté le 6 mai 2019 à partir de la version anglaise de <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-230-x/82-230-x2009001-fra.htm>. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-230-x/82-230-x2009001-eng.htm>

Laplante, Nancy et Service, Aaron (2015). Wellbeing Evaluation Framework & Data Entry Manual Presented at Community Connections 2015. Richmond Hill, Ontario : le 2 juin 2015.

Ngo, Edward (2011). Effet de l'immigrant en santé et taux de mortalité. *Rapports sur la santé, Statistique*. Consulté le 1 mai 2019 à partir de la version anglaise de : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/fr/pub/82-003-x/2011004/article/11588-fra.pdf?st=vTrP62Si>.

Organisation mondiale de la santé. (2008). Comblent le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux. Genève : Organisation mondiale de la Santé.



Organisation mondiale de la santé (s.d.). *Primary Care Evaluation Tool*. Consulté le 6 mai 2019 de http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/107851/PrimaryCareEvalTool.pdf.

Posavac, E.J., et Carey, R. G. (2010). *Program Evaluation Methods and Case Studies* (8^e éd). Prentice Hall, Upper Saddle River, New Jersey.

Pyra Management Consulting Services Inc. and Research Power (2006). *A Primary Health Care Evaluation System for Nova Scotia*. Préparé pour le ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse. Consulté le 6 mai 2019 à partir de <https://novascotia.ca/dhw/publications/Primary-Health-Care-Evaluation-Report-2006.pdf>.

Qualité des services de santé Ontario (s.d.). *Comment on sélectionne les indicateurs pour mesurer le rendement du système de santé de l'Ontario*. Consultée le 6 mai 2019 à partir de la version anglaise de <https://www.hqontario.ca/Rendement-du-système/Mesurer-le-rendement-du-système/Comment-on-selectionne-les-indicateurs>.

R. A. Malatest et Associates Ltd. (s.d.). *Primary Care Initiative Evaluation*. Consulté le 6 mai 2019 à partir de <http://pcnevolution.pcnpmo.ca/SiteCollectionDocuments/PCNe%20Overview/malatest-PHC-PrimaryCareInitiative-Evaluation2011.pdf>.

Raphael, D. (éd.) (2009). *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*. Consulté en version anglaise. 2^e édition. Toronto : École de gestion et de politique de la santé de l'Université York.

Rayner, Jennifer; Muldoon, Laura; Bayoumi, Imaan; McMurchy, Dale; Mulligan, Kate; et Tharao, Wangari (2018). "Delivering primary health care as envisioned: A model of health and well-being guiding community-governed primary care organizations", *Journal of Integrated Care*, Vol. 26, numéro : 3, pp. 231-241, <https://doi.org/10.1108/JICA-02-2018-0014>. Consulté le 30 avril 2019.

Watson, D.E., Broemeling, A.-M., Reid, R. et Black, C. (2004). "A Results-Based Logic Model for Primary Health Care: Laying an Evidence-Based foundation to Guide Performance Measurement, Monitoring and Evaluation." Vancouver : Centre for Health Services and Policy Research.

Watson, D.E. (2009). "For Discussion: A Roadmap for Population-Based Information systems to Enhance Primary Healthcare in Canada." *Healthcare Policy* 5(Sp) : 105-20.

Weinstein, S. (2014). *Bramalea Community Health Centre / Four Corners Health Centre Community Initiative Evaluation Guide*.



Annexe 1: Indicateurs obligatoires et indicateurs facultatifs

En 2016, à la demande du comité pour l'amélioration, les connaissances, la transformation et l'équité (anciennement Comité de gestion du rendement), le Groupe de travail sur les indicateurs du cadre d'évaluation a examiné les indicateurs actuels, et par la suite, a dressé une liste d'indicateurs facultatifs dont un « petit nombre essentiel » (collectivement connu comme « Vital 8 ») serait saisi et mesuré dans l'ensemble du secteur. Il s'agit d'une première étape pour mieux mesurer le Modèle de santé et de bien-être des CSC.

Les tableaux ci-dessous illustrent :

- Les liens entre les quatre résultats directs du Modèle logique axé sur les résultats (MLAR) et les huit attributs du Modèle de santé et de bien-être (MSBE) (en-têtes en jaune).
- Les questions clés associées à chaque résultat direct, et les attributs MSBE auxquels ils correspondent (en-têtes en vert).
- Indicateurs de base (Vital 8) et les sources de données pour chaque résultat direct (en-têtes en bleu).
- Indicateurs facultatifs et les sources de données pour chaque résultat direct (en-têtes en bleu).

| Résultats directs MLAR | Attributs du MSBE | |
|--|---|---|
| RÉSULTAT DIRECT 1 : Réduire les risques, la fréquence, la durée et les effets de maladies physiques, sociales et psychologiques aigus et épisodiques; et de maladies chroniques (ex. diabète, maladies mentales et dépendances) au niveau individuel et communautaire | A. Interprofessionnel, intégré et coordonné | ✓ |
| | B. Approche fondée sur le développement communautaire | ✓ |
| | C. Axé sur les déterminants de la santé | ✓ |
| | D. Responsable et efficace | ✓ |
| | E. Accessible | ✓ |
| | F. Géré par la communauté | |
| | G. Fondé sur les besoins de la population | |
| | H. Anti-oppressif et culturellement sécuritaire | |

Tableau 63 - Les liens entre résultat direct 1 du MLAR et les attributs du MSBE

| Questions clés | Attribut du MSBE |
|---|---|
| Comment les soins interprofessionnels, intégrés et coordonnés affectent-ils les risques, la fréquence, la durée et les effets de maladies physiques, sociales et psychologiques aigus et épisodiques; et de maladies chroniques (p. ex. diabète, maladies mentales et dépendances) au niveau individuel et communautaire? | A. Interprofessionnel, intégré et coordonné |
| Les personnes qui reçoivent des soins interprofessionnels sont-elles plus susceptibles d'avoir | A. Interprofessionnel, intégré et coordonné |



| Questions clés | Attribut du MSBE |
|---|---|
| des risques, une fréquence, une durée et des effets moindres de certaines affections et maladies comparativement aux personnes similaires qui n'en reçoivent pas? | |
| Peut-on recueillir des données de base pour saisir les répercussions des soins interprofessionnels sur la réduction de la fréquence, de la durée et des effets de maladies physiques, sociales et psychologiques aigus et épisodiques et de maladies chroniques (p. ex. diabète, maladies mentales et dépendances) au niveau individuel et communautaire? | A. Interprofessionnel, intégré et coordonné |
| | |
| Les collectivités qui ont accès au développement communautaire du CSC présentent-elles des risques, une fréquence, une durée ou des effets moindres comparativement aux collectivités semblables qui n'y ont pas accès? | B. Approche fondée sur le développement communautaire |
| Les collectivités qui s'engagent avec les CSC dans le développement communautaire ont-elles des risques, une fréquence, une durée et efficacité moindres des maladies physiques, sociales et psychologiques aigus et épisodiques qu'avant? | B. Approche fondée sur le développement communautaire |
| Quelles sont les façons dont les CSC abordent les déterminants de la santé qui font une différence pour réduire les risques, la fréquence ou la durée, au niveau individuel ou communautaire, par rapport à ne rien faire ou à administrer des soins ordinaires? | C. Axé sur les déterminants de la santé |
| Comment l'efficacité et la responsabilisation influencent-ils les risques, la fréquence ou la durée, au niveau individuel ou communautaire, par rapport à ne rien faire ou à administrer des soins ordinaires? | D. Responsable et efficace |
| L'accessibilité aux services du CSC a-t-elle une incidence sur les risques, la fréquence ou la durée, au niveau individuel ou communautaire, comparativement à ne rien faire ou à administrer des soins ordinaires chez les clients du CSC? | E. Accessible |
| Les CSC assurent-ils la prestation de soins efficaces? (L'efficacité est une question d'efficience au moindre coût.) | s/o |

Tableau 64 - Les questions clés associées au résultat direct 1



| Indicateurs vitaux de base (Vital 8) | Sources de données |
|--|--------------------|
| % de clients de soins primaires recevant des soins interprofessionnels | BIRT |
| % d'organismes de SSP qui proposent actuellement des initiatives ou des programmes particuliers (y compris des groupes d'entraide et d'autogestion) pour réduire les risques suivants pour la santé dans la population desservie par leur pratique (ICIS) : <ul style="list-style-type: none"> • Tabagisme; • Mauvaises habitudes alimentaires; • Problèmes d'alcool; • Obésité; • Inactivité physique / sédentarité • Isolement social • Pauvreté / insécurité alimentaire | DME / CIRT |
| % de clients déclarant participer aux décisions liées aux soins | Expérience client |

Tableau 65 - Indicateurs de base (Vital 8) et les sources de données pour résultat direct 1

| Indicateurs facultatifs | Sources de données |
|---|--------------------|
| % de clients HbA1C recevant des soins interprofessionnels par rapport à ceux qui n'en reçoivent pas. | DME |
| % de clients atteints d'une maladie mentale grave recevant des soins interprofessionnels par rapport à ceux qui n'en reçoivent pas. | DME / BIRT |
| % de clients atteints d'UNE maladie mentale grave à qui l'on offre DEUX des services suivants : services psychologiques/renvoi; thérapie pharmacologique; renvoi en psychiatrie; ou groupe de soutien psychosocial. | DME / BIRT |
| % de clients au cours des douze derniers mois qui ont fait examiner leurs médicaments et qui en ont discuté, y compris ceux d'autres médecins (P). | BIRT |
| % de clients qui accèdent à trois ou plus des suivants : (P) <ul style="list-style-type: none"> · Soins actifs épisodiques Soins non urgents (p. ex. bien bébés en santé, soins prénatals, gestion des maladies chroniques) · Services de prévention et de promotion de la santé · Soins de santé mentale primaire · Services psychosociaux (p. ex. counseling pour des problèmes physiques, émotionnels ou financiers) · Gestion de cas pour les populations vulnérables · Renvois et soins de suivi des services spécialisés · Conseils nutritionnels · Services dentaires · Soins de fin de vie | BIRT / DME |
| % de clients déclarant que leur médecin de famille/infirmière praticienne/infirmier praticien est informé et à jour concernant les soins qu'ils ont reçus de spécialistes. | Sondage client |
| % de clients qui accèdent à trois types de fournisseurs ou plus. | BIRT |
| Indicateurs d'impact collectifs | CIRT |
| % de clients ayant une rencontre médicale qui aborde les problèmes ENCODE du chapitre social. | DME / BIRT |



| Indicateurs facultatifs | Sources de données |
|---|--------------------|
| % d'aidants naturels qui ont reçu du soutien pour leur rôle de soignant de leur organisation de SSP au cours des douze derniers mois. | DME / Sondage |
| % d'adultes atteints de diabète dont la valeur HbA1c est inférieure à 7 %. | DME / BIRT |
| % de clients examinés pour <ul style="list-style-type: none"> • Diabète • Asthme • Insuffisance cardiaque congestive • Maladie cardiaque • Maladie mentale • Toxicomanie | DME / BIRT |
| % de clientes enceintes ou post-partum qui ont subi un dépistage pour la dépression. | DME / BIRT |
| % de clients ayant les éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> • Tabagisme; • Mauvaises habitudes alimentaires; • Problèmes d'alcool; • Obésité; • Sédentarité • Isolement social • Pauvreté/insécurité alimentaire • Déterminants sociaux divers (revenu, logement, éducation, identité de genre, orientation sexuelle, groupe racial/ethnique) | BIRT |
| % de clients participant à un programme d'autogestion | EMR (GDP) |
| % de clients âgés de douze ans et plus qui déclarent fumer quotidiennement ou occasionnellement. | Expérience client |
| % de clients qui déclarent avoir reçu des conseils pertinents lors de leurs visites au SP pour rester en bonne santé et éviter la maladie. | Expérience client |
| % de clients qui ont un plan de soins au sujet de leurs maladies chroniques. | BIRT |
| % de clients atteints de diabète qui déclarent avoir passé un examen des pieds au cours des douze derniers mois. | BIRT |
| % de clients atteints de coronaropathie qui ont reçu ou commandé les tests suivants (HbA1c, profil lipidique, tension artérielle, dépistage de l'obésité, tout ce qui précède) | BIRT |
| % de clients avec l'hypertension dont la pression artérielle a été enregistrée au cours des douze derniers mois | BIRT |
| % de clients atteints de maladies chroniques qui ont subi un examen au cours des douze derniers mois | BIRT |
| % de clients qui déclarent avoir reçu des conseils pertinents lors de leurs visites au SP pour rester en bonne santé et éviter la maladie. | Expérience client |



| Indicateurs facultatifs | Sources de données |
|--|--------------------|
| Polypharmacie - % des clients ayant plus de dix ordonnances / bilan comparatif des médicaments | BIRT |
| % de patients qui déclarent avoir eu une discussion au cours des deux dernières années au sujet de comportements de vie sains. | Expérience client |
| % de clients qui déclarent être traités avec respecte par le FSP. | Expérience client |
| % de clients qui déclarent avoir reçu suffisamment d'information sur les nouveaux médicaments. | Expérience client |

Tableau 66 - Indicateurs facultatifs et les sources de données pour résultat direct 1

| Résultats directs MLAR | Attributs du MSBE | |
|---|---|---|
| RÉSULTAT DIRECT 2 : Accroître l'accessibilité pour les personnes qui se heurtent à des obstacles. | A. Interprofessionnel, intégré et coordonné | ✓ |
| | B. Approche fondée sur le développement communautaire | ✓ |
| | C. Axé sur les déterminants de la santé | ✓ |
| | D. Responsable et efficace | |
| | E. Accessible | ✓ |
| | F. Géré par la communauté | |
| | G. Fondé sur les besoins de la population | ✓ |
| | H. Anti-oppressif et culturellement sécuritaire | |

Tableau 67 - Les liens entre résultat direct 2 du MLAR et les attributs du MSBE

| Questions clés | Attribut du MSBE |
|---|---|
| L'intégration et la coordination des services dans les CSC augmentent-elles l'accès des personnes qui connaissent des obstacles par rapport aux soins standard, à d'autres modèles? | A. Interprofessionnel, intégré et coordonné |
| Les clients qui éprouvent des obstacles sont-ils plus susceptibles d'avoir accès aux soins interprofessionnels dans les CSC que les autres modèles, ou avant d'avoir accès aux CSC? | A. Interprofessionnel, intégré et coordonné |
| Quels plans d'intervention (p. ex. renvoi du PCC, conférence de cas, services linguistiques au BPO) les CSC ont-ils mis en place pour éliminer les obstacles explicites et systémiques? | A. Interprofessionnel, intégré et coordonné |
| Les personnes qui connaissent des obstacles accèdent-ils aux CSC qui traitent des déterminants de la santé | C. Axé sur les déterminants de la santé |



| Questions clés | Attribut du MSBE |
|--|---|
| comparativement à d'autres (cliniques, CSC, autres organismes de SP) qui n'en traitent pas? ¹ | |
| Quelles sont les DS clés du CSC en particulier (p. ex. Première nation, pauvreté, revenu, logement, sécurité, brevets, etc.)? ² | C. Axé sur les déterminants de la santé |
| Les CSC identifient-ils les personnes qui éprouvent des obstacles et s'attaquent-ils aux obstacles aux DS et de bien-être comparativement à d'autres modèles? ³ | C. Axé sur les déterminants de la santé |
| Les personnes qui connaissent des obstacles trouvent-elles les CSC plus accessible que les modèles standard/autres? | E. Accessible |
| Les personnes qui connaissent des obstacles ont-elles plus souvent accès aux services du CSC que les autres modèles? | E. Accessible |
| Les CSC utilisent-ils des processus axés sur les besoins de la population pour desservir les clients qui font face à des obstacles? | G. Fondé sur les besoins de la population |
| Comment fait-on pour que les clients participent aux discussions pour aborder les DS pendant la planification du programme? | s/o |

Tableau 68 - Les questions clés associées au résultat direct 2

| Indicateurs vitaux de base (Vital 8) | Sources de données |
|---|----------------------------|
| % de clients admissibles qui ont subi un dépistage du cancer colorectal par DS (P). | DME / BIRT |
| % de clients admissibles qui ont subi un dépistage du cancer du col de l'utérus par DS (P). | DME / BIRT |
| % de clients qui se sentent toujours à l'aise et accueillis dans [nom du CSC]? | Sondage client |
| % de clients déclarant leur santé physique comme étant excellente ou très bonne (O). | DME / BIRT, sondage client |
| % de clients déclarant leur santé mentale comme étant excellente ou très bonne. | DME / BIRT, sondage client |

Tableau 69 - Indicateurs de base (Vital 8) et les sources de données pour résultat direct 2

^{2,3,4} identifiés par le groupe de travail sur la stratégie de la santé et du bien-être communautaires (CHW) comme domaines prioritaires



| Indicateurs facultatifs | Sources de données |
|--|---|
| % de clients admissibles qui ont reçu des vaccins antigrippaux par DS (P). | DME / BIRT |
| % de clients admissibles qui ont subi un dépistage du cancer du sein par DS (P) | DME / BIRT |
| % de clients déclarant que leur rendez-vous commence à l'heure prévue ou les temps d'attente à la clinique. | Sondage client |
| % de clients qui reçoivent un renvoi interne et qui se présentent effectivement au renvoi. | DME / BIRT |
| % de clients qui déclarent avoir expédié un courriel à leur médecin de famille ou au personnel infirmier praticien pour lui poser une question médicale au cours des 12 derniers mois. | Sondage client |
| % de rencontres de clients dont la langue préférée est autre que l'anglais et qui reçoivent le service dans la même langue de contact ou l'interprétation. | DME / BIRT |
| % de membres de la communauté signalant la participation aux activités organisées (O). | Sondage client / Indice canadien du mieux-être (ICME) – Statistique Canada (StatsCan) |
| % de clients qui déclarent que leur médecin de famille/infirmière praticienne/infirmier praticien est sensible à leur origine culturelle, ethnique et spirituelle et à leurs valeurs. | Sondage client |
| % de clients déclarant qu'ils ne participent jamais ou rarement à des événements et aux activités communautaires. | Sondage client, DME |
| Obstacles au transport % qui se heurtent toujours ou souvent à des obstacles à l'accès aux moyens de transport fiables. | Expérience client |
| % qui ne s'impliquent pas dans la résolution des problèmes ou des problèmes dans leur communauté. | Expérience client |
| Insécurité alimentaire % de clients déclarant avoir mangé moins ou sauté des repas parce qu'il n'y a pas assez de nourriture au moins une fois par semaine ou au moins une fois par mois. | Expérience client |
| Expérience de discrimination % d'expériences de discrimination (religion, culture, origine ethnique, langue, orientation sexuelle, etc.). | Expérience client |
| Manque d'appui social % de clients déclarant avoir moins de cinq amis intimes. | Expérience client |
| Faible sentiment d'appartenance communautaire/vitalité communautaire % de clients signalant un sentiment d'appartenance faible ou très faible à la communauté. | DME / BIRT |
| % de clients qui reçoivent des prestations du POSPH par rapport au total des clients bénéficiaires du soutien du revenu. | ICES |
| % de clients se déclarant très satisfaits des CSC stratifiés par revenu. | Expérience client |
| % de clients qui déclarent que leur FSP les a aidés à se sentir confiants quant à leur capacité à s'occuper de leur santé. | Sondage(s) client |
| % de clients complexes qui ont vu plus de deux fournisseurs. | BIRT |



| Indicateurs facultatifs | Sources de données |
|--|--------------------|
| ** % qui déclarent que lorsqu'ils appellent avec une question médicale, ils obtiennent une réponse le jour même. | Sondage client |

Tableau 70 - Indicateurs facultatifs et les sources de données pour résultat direct 2

| Résultats directs MLAR | Attributs du MSBE | |
|--|---|---|
| RÉSULTAT DIRECT 3 : Accroître l'intégration et la coordination. | A. Interprofessionnel, intégré et coordonné | ✓ |
| | B. Approche fondée sur le développement communautaire | ✓ |
| | C. Axé sur les déterminants de la santé | ✓ |
| | D. Responsable et efficace | ✓ |
| | E. Accessible | ✓ |
| | F. Géré par la communauté | |
| | G. Fondé sur les besoins de la population | |
| | H. Anti-oppressif et culturellement sécuritaire | |

Tableau 71 - Les liens entre résultat direct 3 du MLAR et les attributs du MSBE

| Questions clés | Attribut du MSBE |
|---|---|
| Les CSC offrent-ils des services plus intégrés et coordonnés que les soins standard ou d'autres modèles, ou qu'avant que les clients n'aient eu accès aux CSC? | A. Interprofessionnel, intégré et coordonné |
| Comment les CSC planifient-ils et organisent-ils les PCC qui engagent des équipes multiples? | A. Interprofessionnel, intégré et coordonné |
| Combien de CSC utilisent des plans de soins coordonnés pour lutter contre les maladies mentales? | A. Interprofessionnel, intégré et coordonné |
| Les CSC offrent-ils des services qui s'attaquent à un plus grand nombre de déterminants de la santé qu'avant que le client n'ait accès, ou comparativement à d'autres modèles? | C. Axé sur les déterminants de la santé |
| Est-ce qu'une intégration et une coordination accrues dans les CSC mènent à de meilleurs résultats et à un moindre coût pour les clients et les collectivités que les soins standard/autres modèles/avant que le client ait accès au CSC? | D. Responsable et efficace |
| La responsabilisation et l'efficacité améliorent-elles l'intégration et la coordination des services pour les clients et les collectivités? | D. Responsable et efficace |
| Comment les CSC s'intègrent-ils (p. ex. WEQI, intégration Back Office, etc.) pour travailler sur les indicateurs d'accessibilité et partager les ressources? | D. Responsable et efficace |



| Questions clés | Attribut du MSBE |
|--|------------------|
| Les soins aux CSC sont-ils plus intégrés et coordonnés pour les clients du CSC, indépendamment du genre, du revenu, de l'éducation, de la langue, de l'orientation sexuelle, de la race... que les modèles standard/autres/avant d'accéder au CSC? | E. Accessible |
| Comment les CSC travaillent-ils ensemble pour desservir les clients non assurés, les CI ou les PDG? | E. Accessible |

Tableau 72 - Les questions clés associées au résultat direct 3

| Indicateurs facultatifs | Sources de données |
|---|-----------------------|
| % de clients complexes ayant des plans de soins coordonnés (P) | DME / BIRT |
| % de clients de soins primaires recevant des services de soins non primaires- (médecin/IP/IA/IAA/auxiliaire médical) | DME / BIRT |
| Taux de réadmission | Profil de la pratique |
| % de tous les clients fréquentant les PDG en un an | DME / BIRT |
| % de clients qui reçoivent un suivi des soins primaires dans les sept jours suivant le congé de l'hôpital (P/O) | Profil de la pratique |
| % de clients ayant une langue préférée autre que l'anglais; un faible revenu; une éducation minimale; un sexe non binaire; une orientation sexuelle non-hétéro; OU non de race blanche; qui reçoivent des renvois (externes ou internes) au même taux que la population générale? | DME / BIRT |

Tableau 73 - Indicateurs facultatifs et les sources de données pour résultat direct 3

| Résultats directs MLAR | Attributs du MSBE | |
|---|---|---|
| RÉSULTAT DIRECT 4 : Accroître la capacité communautaire afin d'aborder les déterminants de la santé. | A. Interprofessionnel, intégré et coordonné | ✓ |
| | B. Approche fondée sur le développement communautaire | ✓ |
| | C. Axé sur les déterminants de la santé | ✓ |
| | D. Responsable et efficace | |
| | E. Accessible | |
| | F. Géré par la communauté | ✓ |
| | G. Fondé sur les besoins de la population | ✓ |
| | H. Anti-oppressif et culturellement sécuritaire | |

Tableau 74 - Les liens entre résultat direct 4 du MLAR et les attributs du MSBE

| Questions clés | Attribut du MSBE |
|--|---|
| Le travail interprofessionnel et intégré coordonné du CSC augmente-t-il la capacité de la communauté à | A. Interprofessionnel, intégré et coordonné |



| Questions clés | Attribut du MSBE |
|--|---|
| s'attaquer aux déterminants de la santé par rapport à ne rien faire, à d'autres modèles, avant de s'engager avec l'équipe du CSC? | |
| La participation du CSC à la lutte contre les déterminants de la santé augmente-t-elle la capacité de la communauté à s'attaquer aux déterminants de la santé, comparativement à ne rien faire, à d'autres modèles auparavant? | C. Axé sur les déterminants de la santé |
| La gouvernance communautaire du CSC augmente-t-elle la capacité de la communauté à traiter des déterminants de la santé? | F. Géré par la communauté |

Tableau 75 - Les questions clés associées au résultat direct 4

| Indicateurs vitaux de base (Vital 8) | Sources de données |
|---|--------------------|
| % de membres de la communauté ayant un fort ou très fort sentiment d'appartenance à la communauté (O) | Sondage client |

Tableau 76 - Indicateurs de base (Vital 8) et les sources de données pour résultat direct 4

| Indicateurs facultatifs | Sources de données |
|---|--------------------|
| Quel est le DS abordé par les IC du centre? (P) | Sondage org., CIRT |
| % de membres de la communauté signalant cinq amis intimes ou plus (O) | Sondage client |
| % de centres avec un conseil d'administration traduisant la population qu'ils visent à desservir. | Sondage org. |
| % de centres qui comptent des membres du conseil d'administration siégeant à leur comité PAQ. | Sondage org. |
| % de membres de la communauté signalant la participation à des activités organisées (O). | Sondage client |

Tableau 77 – Indicateurs facultatifs et les sources de données pour résultat direct 4



Annexe 2 : Attributs du Modèle de santé et de bien-être

Interprofessionnel, intégré et coordonné

La prestation de services complets de soins de santé primaires aux clients assurée par de multiples professionnels de la santé qui travaillent en collaboration pour dispenser des soins. « L'équipe » est un ensemble de personnes qui sont interdépendantes dans leurs tâches et qui partagent la responsabilité des résultats. Les soins axés sur l'équipe seront intégrés et coordonnés en veillant à ce que l'information circule facilement à la fois au sein de l'équipe, mais aussi au fur et à mesure que les soins sont passés à l'extérieur de l'équipe vers d'autres organismes communautaires, secondaires (*spécialistes*), tertiaires (*hôpitaux*) et des services de soins de longue durée.

Fondé sur les besoins de la population

Les clients et les fournisseurs de soins participent pleinement à leurs propres soins en fixant des objectifs et en fournissant une orientation aux services et aux programmes. Les collectivités participent à la direction, à la planification et à la gouvernance des services des centres. Les centres planifient des services et des programmes en fonction des besoins de la population et de la collectivité.

Géré par la communauté

Une méthode d'engagement communautaire qui assure une participation et une autonomisation efficace des représentants des communautés locales dans la planification, l'établissement des orientations et le suivi des organismes de santé afin de répondre aux besoins et aux priorités en matière de santé et de bien-être des populations au sein des quartiers communautaires locaux. Les membres de l'Alliance sont des organismes sans but lucratif, régis par des conseils d'administration (CA) communautaires constitués de membres de la communauté locale. Les CA et les comités communautaires fournissent aux centres un mécanisme pour représenter les besoins de leurs communautés locales et y répondre, et pour que les collectivités cultivent une prise en charge démocratique de « leurs » centres. La gouvernance communautaire contribue à la santé des communautés locales en participant activement au capital social et au leadership communautaire.



Figure 5 : Modèle de santé et de bien-être

Responsable et efficace

Les membres de l'Alliance sont des organisations efficaces à haute performance qui rendent des comptes à leurs bailleurs de fonds et aux communautés locales desservies. Ils s'efforcent d'offrir à leur personnel une



rémunération et des avantages sociaux équitables. Capturer et mesurer leur travail constitue un élément essentiel de la prestation complète des soins de santé primaires. L'élaboration et la mise en œuvre d'indicateurs significatifs fondés sur le Modèle de santé et de bien-être permettent de rendre compte à tous les bailleurs de fonds des services et des programmes offerts ainsi que des résultats qui en découlent.

Approche fondée sur le développement communautaire

Les services et les programmes sont axés sur des initiatives et des besoins communautaires; l'approche de développement communautaire s'appuie sur le leadership communautaire, les connaissances et les expériences de vie des membres et des partenaires de la collectivité pour contribuer à la santé et au bien-être des collectivités. Les centres augmentent la capacité des collectivités locales de répondre à leurs besoins à l'échelle de la collectivité et d'améliorer leurs résultats en matière de santé et de bien-être collectif et individuel.

Anti-oppressif et culturellement sécuritaire

L'idée que les services de santé seront fournis dans un environnement anti-oppressif et sécuritaire sur le plan culturel est une idée qui va au-delà du concept traditionnel de tolérance ou de sensibilité culturelle (acceptant les différences) à une orientation militante qui cherche à éliminer les causes profondes de l'inégalité sociale telles que le déséquilibre historique du pouvoir et la discrimination systématique. Il est particulièrement important pour ceux qui participent aux systèmes qui fournissent des services de santé de comprendre le rôle que la médecine occidentale a et peut jouer dans l'oppression de divers groupes ethniques, de genre, sexuel, économiques, religieux et politiques s'assurer que les organisations ne perpétuent pas cette discrimination (p. ex., l'eugénisme).

Axé sur les déterminants de la santé

Les conditions de vie que nous affrontons pendant notre vie sont façonnées par la répartition des richesses, du pouvoir et des ressources au niveau mondial, national et local. Les déterminants sociaux de la santé sont principalement responsables des inégalités en matière de santé, que l'on peut constater dans les différences injustes et évitables dans l'état de santé observé entre les personnes. Les déterminants de la santé sont les suivants : le revenu, l'éducation, l'emploi, les conditions de travail, le développement de la petite enfance, l'insécurité alimentaire, le logement, l'exclusion sociale, le réseau de sécurité sociale, les services de santé, le genre, la race, la culture et le handicap. Dans la plupart des cas, ces conditions de vie nous sont imposées par la qualité des communautés, les situations de logement, les milieux de travail, les agences de santé et de services sociaux et les établissements d'enseignement avec lesquels nous interagissons.

Accessible

Les clients devraient être en mesure d'obtenir des services de santé appropriés et en temps opportun pour atteindre les meilleurs résultats possibles en matière de santé. L'accès est multidimensionnel : l'abordabilité, la disponibilité (c.-à-d. une personne obtient des soins quand elle en a besoin) , l'accessibilité géographique et, ou virtuelle (c.-à-d. l'emplacement du fournisseur de soins par rapport à l'endroit où habite le client; l'accessibilité par télémédecine) , l'adaptation (p. ex., prolongation des heures d'ouverture; capacité d'obtenir un rendez-vous dans un délai raisonnable) et l'acceptabilité (p. ex., accès physique à la clinique, services



adaptés à la culture, recevoir des soins du professionnel de la santé appropriée) . L'accès n'est atteint que si tous ces composants sont assurés.



Annexe 3 : Définitions des services fournis et des procédures en clinique

Services fournis

| Nom | Définition |
|---|---|
| Accompagnement | La pratique intentionnelle de la présence. |
| Admission/entrevue du client | Admission/entrevue du client |
| Assistance pour le transport | Assistance ou prise de dispositions pour le transport au besoin. |
| Autres services d'identification | Autres services d'identification |
| Bilan comparatif des médicaments | Bilan comparatif des médicaments |
| Cérémonie culturelle | Cérémonie culturelle |
| Conférence de cas | Participation à une rencontre prévue avec d'autres fournisseurs, des membres de la famille ou le client pour discuter et créer un plan de soins pour le client. |
| Conseil familial/de couple | Les services de counseling (consultation) sont des services fournis dans le contexte d'une relation professionnelle dans le but d'aider les clients à remédier à des problèmes <i>relationnels</i> , notamment en les aidant à trouver des solutions et à faire des choix en examinant diverses options, en cernant les atouts et les besoins, en trouvant de l'information et en fournissant des ressources, et en promouvant diverses stratégies d'adaptation. Ces services n'incluent pas de services de psychothérapie. |
| Conseil individuel | Les services de counseling (consultation) sont des services fournis dans le contexte d'une relation professionnelle dans le but d'aider les clients à remédier à des problèmes dans leur vie, notamment en les aidant à trouver solutions et à faire des choix en examinant diverses options, en cernant les atouts et les besoins, en trouvant de l'information et en fournissant des ressources, et en promouvant diverses stratégies d'adaptation. Ces services n'incluent pas de services de psychothérapie. |
| Conseils/directives en matière de santé | Conseils/directives en matière de santé |
| Consultation externe | Demande d'opinion ou opinion fournie à un fournisseur externe. Le fournisseur original conserve la responsabilité des soins concernant le problème. |
| Consultation interne | Demande d'opinion ou opinion fournie à un fournisseur interne. Le fournisseur original conserve la responsabilité des soins concernant le problème. |



| Nom | Définition |
|---|---|
| Correspondance relative aux soins prodigués au client | Communication écrite avec le client/patient |
| Délivrance de médicaments | La préparation de médicaments et leur remise à un client pour qu'ils soient pris plus tard, les démarches effectuées pour s'assurer de la convenance pharmaceutique et thérapeutique des médicaments pour leur utilisation prévue, et les mesures prises pour assurer une utilisation appropriée. |
| Demande de carte santé permanente | Demande de carte santé permanente |
| Demande de test diagnostique | Demande pour tout test utilisé pour déterminer la nature ou la gravité d'une condition particulière (p. ex., imagerie, tests de laboratoire). |
| Demande pour une admissibilité limitée | Demande pour une admissibilité limitée |
| Discussion sur le bilan médical | Discussion concernant les résultats d'examens |
| Discussion sur le plan de traitement | Discussion sur un plan documenté qui décrit la condition du patient, les interventions requises, le traitement à suivre et les résultats attendus, et la durée prévue du traitement prescrit par le médecin. |
| Documentation sur le plan de soins | Instructions cliniques écrites pour des activités particulières à être effectuées afin d'aider le client à atteindre le résultat souhaité. |
| Enseignement culturel | Enseignement culturel |
| Envoi (détachement) d'un interprète | Envoi d'un interprète |
| Ergothérapie | Ergothérapie |
| Évaluation générale | Un service qui requiert un historique complet (y compris un historique du problème présenté, les antécédents médicaux familiaux, les antécédents médicaux personnels, le profil social, et les bilans des fonctions ayant été effectués) et, à l'exception de l'examen des seins ou de l'examen génital ou rectal s'il n'est pas médicalement indiqué ou s'il est refusé par le client, un examen de toutes les parties et tous les systèmes du corps, et peut inclure un examen plus approfondi de certaines parties ou certains systèmes. |
| Évaluation intermédiaire | Un service de soins primaires qui nécessite un examen plus exhaustif qu'une évaluation mineure. Elle requiert un historique du ou des problèmes présentés, ainsi que des questions et un examen pertinents concernant les parties, régions ou systèmes affectés ou les troubles mentaux ou émotionnels selon le cas pour poser un diagnostic, exclure une maladie ou évaluer la fonction. |



| Nom | Définition |
|---|--|
| Évaluation mineure | Une évaluation mineure comprend un ou les deux éléments suivants : <i>a.)</i> brève histoire et examen sommaire de la partie ou de la région affectée ou concernant le problème mental ou émotionnel; <i>b.)</i> conseil ou information sommaire concernant le maintien de la santé, le diagnostic, le traitement ou le pronostic. |
| Évaluation périodique | Suivi continu de la condition du patient et intervention selon le cas. |
| Évaluation psychologique | L'évaluation psychologique comprend un historique psychiatrique, des questions, un examen du patient, selon le cas, afin de permettre au médecin de remplir les formulaires pertinents et d'aviser le patient, sa famille, ou le représentant du patient, et les autorités compétentes en vertu de la Loi sur la santé mentale. |
| Examen de dossier | Examen d'un dossier |
| Examen de santé périodique | Examen de santé périodique |
| Examen médical de l'enfant en santé | Examen déterminant si les besoins de l'enfant sont satisfaits à différents âges et stades. |
| Examen médical du bébé en santé | Un examen périodique d'un nourrisson/nouveau-né en santé au cours des deux premières années de vie, y compris un examen complet avec suivi du poids et de la croissance et des directives pour le(s) parent(s) ou le représentant concernant les soins de santé. |
| Exécution (remplissage) de formulaires | Exécution de formulaires |
| Guérison traditionnelle | Guérison traditionnelle |
| Interprétation | Service fourni par un CSC. Un interprète, bénévole ou rémunéré par le CSC, est utilisé lors des rencontres entre un fournisseur de soins et un client. |
| Interventions complémentaires | Interventions complémentaires |
| Orthophonie | Orthophonie |
| Physiothérapie | Physiothérapie |
| Planification familiale/contraception | La planification du nombre de naissances et le moment de ces naissances. Elle peut inclure l'avortement, une discussion sur les divers moyens de contraception, des tests de fertilité et même de traitements. |
| Prescription médicale (ordonnance) | Prescription médicale (ordonnance) |
| Prise en charge et coordination de cas | Prise en charge et coordination de cas |
| Promotion et défense des droits (revendication) | La représentation ou la défense directe d'autres personnes. |
| Recommandations/aide | Recommandations/aide |



| Nom | Définition |
|--|--|
| Référence (aiguillage) externe | Un aiguillage vers un fournisseur ou un service à l'extérieur du centre. Le fournisseur original transfère la responsabilité des soins concernant le problème. |
| Référence (aiguillage) interne | Un aiguillage vers un fournisseur ou service au sein du centre. Le fournisseur original transfère la responsabilité des soins concernant le problème. |
| Renouvellement d'ordonnance | Renouvellement d'ordonnance |
| Renseignements sur les services communautaires | Renseignements fournis à un client sur les ressources offertes dans sa communauté pour l'aider à satisfaire à ses besoins. |
| Service anonyme lié au VIH | Tests sur une personne atteinte de certaines infections, particulièrement le VIH, et transmission des résultats aux départements de santé publique en utilisant un numéro pour identifier la personne et non son nom. |
| Services d'inscription à la carte santé | Assistance prêtée à un client pour l'inscription au RAMO et réception d'une carte santé. |
| Soins de santé mentale | Soins pour des maladies mentales, de mauvaises adaptations comportementales ou d'autres problèmes présumés être de nature émotionnelle, qui tiennent compte du fonctionnement biologique et psychosocial du patient. |
| Soins dentaires | Soins dentaires |
| Soins des pieds | Tous les aspects des soins préventifs et correcteurs pour les pieds et les chevilles. |
| Soins palliatifs | Soins dispensés à un patient en phase terminale au cours de la dernière année de vie lorsque la décision a été prise qu'il n'y aura aucun traitement agressif de la maladie et que les soins viseront le maintien du confort jusqu'au décès. |
| Soins postnataux | Soins postnataux |
| Soins prénataux | <p>Un examen prénatal complet (majeur) comprend un historique complet et un examen de toutes les parties du corps ou de tous les systèmes (et peut inclure un examen approfondi de certaines parties ou de certains systèmes), un dossier approprié et des conseils pour la patiente.</p> <p>Toutes les autres visites prénatales comprendront l'historique requis, l'examen, le dossier approprié et des conseils pour la patiente.</p> <p>Toutes les visites prénatales (majeures, mineures, grossesse à risque élevé) comprennent des conseils en matière de grossesse à la patiente ou à son représentant.</p> |
| Soins préventifs | Soins préventifs |



| Nom | Définition |
|--|---|
| Soutien au bébé en santé | L'examen pédiatrique comprend également l'examen médical du bébé en santé, un examen périodique d'un nourrisson/nouveau-né en santé au cours des deux premières années de vie, y compris un examen complet avec suivi du poids et de la croissance et des directives pour le(s) parent(s) ou le représentant concernant les soins de santé. |
| Soutien de base | Un soutien ou des soins de soutien de base (p. ex., donner de la nourriture, des vêtements ou une douche) |
| Soutien en matière d'allaitement | Les services de counseling (consultation) sont des services fournis dans le contexte d'une relation professionnelle dans le but d'aider les clientes à remédier à des problèmes d'allaitement, notamment en les aidant à trouver des solutions et à faire des choix en examinant diverses options, en cernant les atouts et les besoins, en trouvant de l'information et en fournissant des ressources, et en promouvant diverses stratégies d'adaptation. Ces services n'incluent pas de services de psychothérapie. |
| Surveillance de la maladie chronique | Suivi de la maladie chronique d'un client |
| Traduction (écrite) des soins fournis au patient | Traduction des soins fournis au patient. |
| Transport | Transport |
| Triage | Détermination de la priorité dans l'attribution de l'aide selon les besoins et les bienfaits probables du traitement médical. |

Tableau 78 - Définitions des services fournis

Procédures en clinique

| Nom | Définition |
|-------------------------------------|---|
| Ajustement de diaphragme | Prévention de la grossesse par la création d'une barrière entre l'utérus d'une femme et le sperme d'un homme. Un diaphragme est un dispositif réutilisable en forme de dôme qui s'installe dans l'ouverture du col de l'utérus. |
| Ajustements des chaussures/orthèses | Ajustement, fabrication ou ordonnance d'orthèses plantaires. |
| Biopsie | Prélèvement de tissu de toute partie du corps pour détecter la présence, la cause ou l'étendue d'une maladie. Le prélèvement d'une petite quantité de tissu peut être fait avec une aiguille, tandis qu'une masse ou un nodule suspect peut être enlevé chirurgicalement. |
| Bronchspirométrie | Mesure de la fonction ventilatoire de chaque poumon séparément. |



| Nom | Définition |
|--|---|
| Chirurgie mineure | Toute intervention chirurgicale qui ne nécessite pas d'anesthésie ou d'assistance respiratoire. |
| Coupe des ongles d'orteils | Coupe des ongles d'orteils. |
| Cryothérapie | Destruction de tissu de lésions bénignes ou malignes par un procédé de congélation et de décongélation. |
| Débridement | Élimination de tissu malade d'une plaie pour favoriser la guérison. |
| ECG | Mesure de l'activité électrique du cœur. L'électrocardiogramme enregistre l'information et la transpose sous forme de graphique composé de lignes ondulées. La forme des ondulations peut révéler divers éléments à propos de la condition du cœur. |
| Étirement musculaire | Étirement des muscles pour améliorer l'amplitude du mouvement et la mobilité articulaire. |
| Examen de la vue (technique de Snellen) | Test de la vision à l'aide d'un tableau de Snellen. |
| Exérèse d'un corps étranger | Retrait d'un corps étranger. |
| Exploration de plaie (sans réparation) | Exploration de plaie (sans réparation). |
| Fragmentation des fécalomes | Réduction du volume des selles dans le rectum et le colon. |
| Immobilisation | Immobilisation d'un joint ou d'un os à l'aide d'une attelle, d'un plâtre ou d'une orthèse. |
| Injection de médicaments | Injection d'un médicament (injection sous-cutanée). |
| Irrigation oculaire | Irrigation de l'œil. |
| Lecture du test de dépistage de la TB | La « lecture » du résultat du test sur la peau servant à détecter l'induration, une zone localisée de la peau qui est soulevée ou épaissie. L'induration, et non la rougeur ou les ecchymoses, est le principal élément devant être détecté. |
| Limage | Limage des ongles ou des callosités. |
| Limage mécanique des ongles | Limage ou ponçage des ongles à l'aide d'un outil spécialisé (Dremel). |
| Nettoyage de l'oreille moyenne | Retrait sécuritaire de cérumen excessif ou de débris à l'aide d'un instrument comme un dispositif d'aspiration, un outil en forme de cuillère ou une pince. |
| Onychectomie | Retrait chirurgical d'un ongle, en entier ou en partie. |
| Oxymétrie et saturation du sang en oxygène | Mesure de la concentration d'oxygène dans le sang pour évaluer diverses conditions médicales qui peuvent affecter le fonctionnement du cœur et des poumons. |
| Physiothérapie | Services aidant à améliorer, maintenir et rétablir la capacité fonctionnelle et la capacité de mouvement. |



| Nom | Définition |
|--|---|
| Physiothérapie respiratoire | Amélioration de la respiration par l'expulsion indirecte des mucosités des voies respiratoires d'un patient. |
| Plâtre | Une coquille moulée de plâtre, de fibre de verre et de pansements servant à protéger un membre fracturé lors de sa guérison. |
| Pose d'un stérilet | Insertion d'un stérilet, un petit dispositif en forme de T, dans l'utérus comme moyen de contraception. |
| Psychothérapie | Le traitement de problèmes de santé par des discussions avec un psychiatre, un psychologue ou un autre fournisseur de soins de santé mentale. |
| Retrait d'un stérilet | Retrait d'un stérilet. |
| Retrait de points de suture ou d'agrafes | Retrait de points de suture ou d'agrafes. |
| Soins des plaies | Soins des plaies (y compris nettoyage, pansement). |
| Surveillance de la pression sanguine | Mesure de la tension artérielle à l'aide d'un appareil automatisé. |
| Test de dépistage de la TB | Injection de 0,1 ml de tuberculine PPD. |
| Test Pap | Test des cellules du col de l'utérus, l'ouverture entre le vagin et l'utérus. Le test Pap détecte des cellules anormales qui peuvent causer le cancer du col de l'utérus. |
| Test TIF (FIT) commandé | Remise d'un test TIF (FIT) pour évaluer la possibilité du cancer du côlon. |
| Trousse FOBT (RSOS) fournie | Remise d'une trousse RSOS (FOBT) pour évaluer la possibilité du cancer du côlon. |
| Veinopuncture | Prélèvement sanguin. |

Tableau 79 - Définitions des procédures en clinique

