

Guide de planification populationnelle pour soutenir le plan d'action régional et les plans d'action locaux de santé publique

Version révisée (2011)

*Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal*

Québec



Santé publique

Une publication de la
Direction de prévention et de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : (514) 528-2400
<http://www.santepub-mtl.qc.ca>

© Direction de prévention et de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

Rédaction

Eric Litvak

Collaborateurs

Denis Allard

Irma Clapperton

Mireille Desrochers

Michèle A. Dupont

Christine Lacroix

Table des matières

Introduction.....	1
Mise en contexte	2
La complémentarité entre le PAR et les PAL	3
Les étapes d’une démarche de planification populationnelle.....	4
Préambule : la santé et ses déterminants.....	5
Étape 1. Déterminer les besoins de santé de la population	6
Étape 2. Inventorier les ressources et les services disponibles.....	8
Étape 3. Identifier les interventions optimales pour répondre aux besoins.....	9
Une typologie des interventions de santé publique	10
Étape 4. Prioriser les besoins et les interventions	11
Étape 5. Expliciter les interventions et fixer les objectifs	13
Étape 6. Identifier les indicateurs et suivre les résultats	17
Conclusion.....	18
Annexe 1. Grille d’exploration des options d’intervention pour un besoin de santé.....	19
Annexe 2. Typologie des interventions de santé publique.....	20
Annexe 3. Matrice de priorisation des besoins et des interventions	21
Annexe 4. Modèle logique pour décrire les interventions.....	22

Liste des figures

Figure 1. La complémentarité entre le PAR et les PAL.....	3
Figure 2. La démarche de planification populationnelle en santé.....	4
Figure 3. Le continuum des états de santé.....	5
Figure 4. Les déterminants de la santé	5
Figure 5. Trois scénarios d'imputabilité qui influencent les résultats attendus des interventions.....	15

Introduction

Ce guide décrit une démarche générale de planification populationnelle qui peut être utilisée pour planifier des programmes et des services de santé. Il a été écrit dans le but de soutenir la planification à l'intérieur du programme montréalais de santé publique, tant aux paliers régional que local. L'objectif principal du guide est de proposer une démarche et des outils, décrits en termes simples et concis, afin que tous ceux qui participent de près ou de loin à la planification en santé publique puissent en partager une compréhension commune. De manière générale, le guide peut aussi servir de référence pour soutenir l'exercice de la responsabilité populationnelle.

La démarche de planification qui est proposée comporte six grandes étapes. Bien qu'elles s'enchaînent dans un ordre logique, ces étapes ne seront que rarement effectuées en séquence dans la réalité. De plus, dans de nombreuses situations de planification, une ou plusieurs des étapes auront déjà été réalisées et il ne sera pas nécessaire de les reprendre. En somme, il ne faut pas voir la démarche proposée comme étant un cadre rigide. Il s'agit plutôt d'une illustration des éléments essentiels, qui sont à agencer de manière flexible, pour réaliser une planification populationnelle.

Les prochaines sections du document font une brève mise en contexte pour expliquer les circonstances dans lesquelles ce guide a été produit. On introduit ensuite la démarche de planification populationnelle en six étapes. Par la suite, le guide reprend les étapes une à une pour les expliquer plus en détail. Enfin, en annexe, on trouve des outils pratiques qui peuvent être utiles lors de l'application de la démarche proposée.

Mise en contexte

Actuellement, les CSSS procèdent à une révision de leurs plans d'action locaux de santé publique (PAL), dans le cadre de l'élaboration de leur projet clinique et organisationnel. Pour soutenir ce travail, les membres de la Table régionale de santé publique ont convenu en janvier 2006 de lancer des travaux afin de construire un tronc commun de la programmation locale en santé publique. Ce tronc commun décrira les programmes et les interventions qui devraient normalement être offerts dans tous les CSSS, afin de répondre aux besoins de base de la population. Il servira aussi à identifier les zones de consolidation afin d'assurer l'équité sur le plan régional. Chaque CSSS aura la responsabilité d'adapter et de bonifier le tronc commun pour répondre aux besoins spécifiques de sa population.

L'élaboration des différentes composantes du tronc commun s'effectue par les sous-comités et groupes de travail de la Table régionale, qui regroupent des représentants des douze CSSS et de la DSP, autour des priorités suivantes :

- Tout-petits, familles et communautés;
- Écoles et milieux en santé;
- Pratiques cliniques préventives;
- Urgences courantes de santé publique;
- Infections transmissibles sexuellement et par le sang;
- Développement durable;
- Qualité de l'air.

Les résultats des travaux en cours seront présentés à la Table régionale, en vue d'être adoptés formellement par ses membres en mai 2006.

La révision des PAL offre également une opportunité d'améliorer les plans d'action existants. Dans ce but, la Table régionale a identifié quelques enjeux clés pour guider l'élaboration du tronc commun : la nécessité d'explicitier les résultats attendus en termes mesurables, d'identifier et de quantifier les ressources requises pour les atteindre, et d'assurer la pertinence et la cohérence des objectifs populationnels qui sont poursuivis. Les outils proposés dans ce guide visent aussi à répondre à ces enjeux fondamentaux, sur lesquels repose la pérennité du programme de santé publique. Le modèle logique, qui est décrit dans les dernières sections, constitue un canevas pour expliciter les priorités d'intervention en faisant ressortir les liens critiques entre les ressources déployées, les activités réalisées et les résultats attendus.

Concernant les résultats attendus, il va sans dire que les indicateurs actuels des ententes de gestion se retrouveront dans le tronc commun. Les travaux des sous-comités ont aussi pour objectif d'identifier de nouveaux indicateurs de résultats qui serviront à améliorer et à redéfinir les ententes de gestion au cours des prochaines années. De plus, leurs travaux nous outilleront collectivement pour construire un système de monitoring qui pourra nous amener au-delà du simple suivi administratif, vers un véritable programme d'amélioration continue de la qualité en santé publique.

La complémentarité entre le PAR et les PAL

Pour orienter les travaux de planification, il est utile de clarifier la portée respective du plan d'action régional (PAR) et des plans d'action locaux (PAL) de santé publique. En effet, ces plans nous permettent de préciser la contribution et la complémentarité des rôles de chacun des partenaires.

Au niveau local, les PAL décrivent toutes les interventions et responsabilités de santé publique qui relèvent des CSSS, incluant leur participation à l'action intersectorielle. On peut distinguer le tronc commun de cette programmation, partagé par tous les CSSS, de la portion spécifique à chacun. C'est à la Table régionale de santé publique et à ses sous-comités que revient le mandat de définir le contenu du tronc commun. La programmation spécifique, quant à elle, est à définir par chaque CSSS selon les caractéristiques de sa population et ses besoins. Les CSSS devront voir à l'implantation du tronc commun et de leur programmation spécifique, en tenant compte des ressources et services disponibles.

Le tronc commun de la programmation locale fera aussi partie intégrante du prochain PAR. Viendront s'y ajouter deux grands éléments dont la responsabilité relève de la Direction de santé publique : les programmes et les interventions, incluant les actions intersectorielles, qui sont à portée régionale, ainsi que les activités de soutien aux CSSS, qui viseront entre autres à appuyer le déploiement du tronc commun. La figure qui suit illustre ces éléments et précise la portée respective du PAR et des PAL.

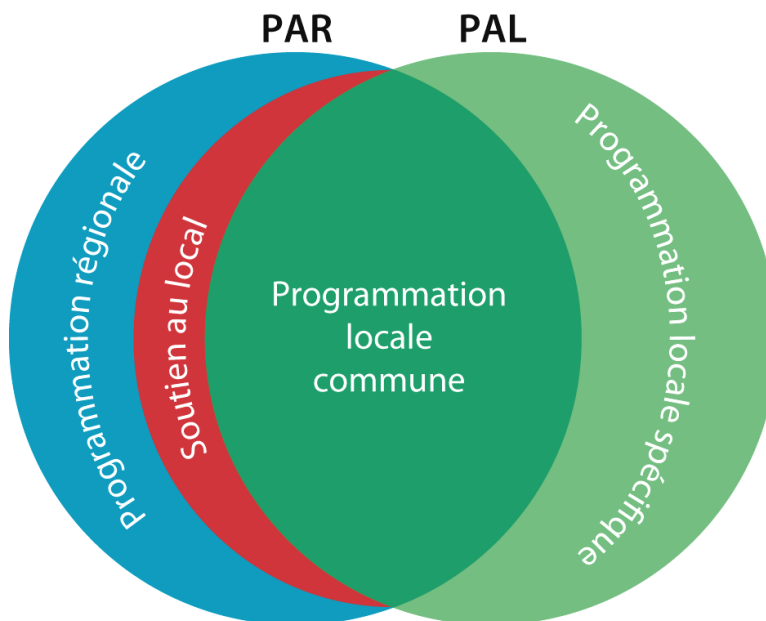


Figure 1. La complémentarité entre le PAR et les PAL.

Les étapes d'une démarche de planification populationnelle

La démarche de planification populationnelle proposée comporte six étapes :

1. Déterminer les besoins de santé de la population;
2. Inventorier les ressources et les services disponibles;
3. Identifier les interventions optimales pour mieux répondre aux besoins;
4. Prioriser les besoins et les interventions;
5. Expliciter les composantes des interventions retenues et fixer les objectifs;
6. Identifier les indicateurs de monitoring et faire le suivi des résultats.



Figure 2. La démarche de planification populationnelle en santé.

Dans les prochaines sections, on propose des consignes et des outils pour guider la réalisation de chacune de ces étapes.

Préambule : la santé et ses déterminants

Il existe plusieurs définitions de la santé. Aux fins de la planification populationnelle, quelques aspects sont importants à se rappeler. D’abord, la santé intègre à la fois des dimensions de bien-être physique, mental et social. D’autre part, elle ne se définit pas uniquement par l’absence de maladie; elle inclut également les capacités fonctionnelles. Enfin, il faut aussi prendre en considération les facteurs qui influencent l’apparition et l’évolution des maladies ou des incapacités : ce sont les déterminants de la santé.

Il existe donc tout un continuum d’états de santé qui peuvent correspondre à des besoins dans la population (voir Figure 3.)

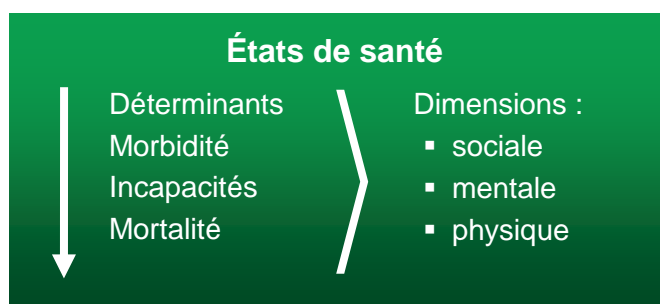


Figure 3. Le continuum des états de santé.

En prévention et en santé publique, ce sont souvent les déterminants, plutôt que les maladies ou les incapacités elles-mêmes, qui sont la cible des interventions. Les principaux déterminants de la santé sont résumés dans le tableau ci-dessous.

Figure 4. Les déterminants de la santé

Environnement physique	Environnement naturel : air, eau, sol Environnement bâti : habitation, milieux de travail, espace verts, services de proximité, infrastructures de transport, etc.
Environnement socio-économique	Revenu, statut social et équité sociale Soutien social Éducation Emploi (chômage) et conditions de travail Conditions de vie des enfants
Comportements individuels	Habitudes de vie : tabagisme, alcool et toxicomanies, activité physique, alimentation Comportements à risque
Caractéristiques individuelles	Génétique Facteurs biologiques Connaissances, compétences personnelles, capacité d’adaptation, sentiment de contrôle
Services de santé	Soins de santé Interventions préventives et de santé publique

Étape 1. Déterminer les besoins de santé de la population

Un besoin de santé correspond à l'écart entre :

- les états de santé ou les déterminants observés dans une population et;
- les états de santé ou les déterminants souhaités pour cette population.

Les états de santé et les déterminants souhaités peuvent être définis en fonction de la situation moyenne d'une unité géographique repère (région, province, pays), d'une norme reconnue dans la littérature, par une autorité en la matière ou par un consensus chez des experts.

Déterminer les besoins suppose d'abord de définir la population pour laquelle on planifie les programmes et services de santé. Cette question prend toute sa pertinence dans le contexte où les CSSS ont désormais une responsabilité populationnelle, car celle-ci implique qu'ils doivent chercher à réduire les inégalités et à améliorer la santé de toute la population de leur territoire, et non seulement celle des utilisateurs de soins et services.

Outre les besoins de la population générale du territoire (qu'elle utilise ou non des services), on identifiera également les segments de la population et les sous-groupes vulnérables qui ont des besoins spécifiques.

Une fois la population et ses sous-groupes définis, la détermination des besoins commence par une bonne compréhension de leurs portraits de santé. Cette compréhension repose sur deux éléments complémentaires :

- Les données et les statistiques produites par la fonction de surveillance continue en santé publique, qui portent à la fois sur les états de santé et leurs déterminants. Elles comprennent les données sociodémographiques, sanitaires et les données d'utilisation des services. Elles proviennent de diverses banques de données, d'enquêtes nationales et provinciales et parfois d'enquêtes ou de recherches effectuées à l'échelle régionale ou locale. La fonction surveillance est avant tout une responsabilité régionale et elle fait partie du soutien offert aux CSSS.
- Le savoir et l'expérience d'acteurs clés, incluant les gestionnaire, les professionnels, les utilisateurs de services et la population générale. Étant donné que les données quantitatives ne donnent qu'un aperçu partiel et souvent imparfait de la réalité, la connaissance et la compréhension qu'ont ces acteurs des besoins de la population s'avèrent essentiels : ils enrichissent et complètent le portrait de santé.

Idéalement, l'identification des besoins devrait faire l'objet d'une délibération entre acteurs afin d'arriver à un consensus qui repose à la fois sur les données quantitatives et sur leurs savoirs qualitatifs.

En comparant l'état de santé de la population à la situation souhaitée, on en arrivera à mettre en évidence ses principaux besoins dont il faut ensuite dresser une liste.

Évidemment, la liste des besoins qui feront ultimement l'objet d'une intervention dépendra du contexte politique et des contraintes imposées par des ressources humaines, matérielles et financières limitées. Selon le nombre et la nature des besoins identifiés, il peut être utile d'établir un premier ordre de priorités à cette étape. Cependant, il vaut généralement mieux conserver une liste plus exhaustive jusqu'à ce qu'on ait étudié plus en détail les possibilités d'intervention pour chaque besoin. On évite ainsi de retenir comme prioritaire un besoin pour lequel il serait difficile ou impossible d'agir faute de moyens efficaces et réalisables.

➤ **Résultat attendu de l'étape 1 : une liste des besoins et problèmes de santé de la population et de ses sous-groupes, s'il y a lieu.**

Étape 2. Inventorier les ressources et les services disponibles

La deuxième étape de la démarche vise à bien comprendre ce qui est actuellement en place et les moyens dont on dispose. Cette connaissance est essentielle pour réfléchir à comment on peut améliorer ou bonifier les programmes et services existants afin de mieux répondre aux besoins de la population identifiés à l'étape 1.

Il s'agit donc de dresser un portrait des ressources et de services qui est en quelque sorte le complément du portrait de santé.

Ce portrait devrait inclure un sommaire des éléments suivants :

- Les ressources humaines, matérielles et financières investies;
- Les interventions, programmes et services offerts;
- La population ou les groupes visés;
- Les objectifs poursuivis;
- Les résultats atteints et les difficultés rencontrées.

➤ **Résultat attendu de l'étape 2 : une description et une analyse sommaire des ressources disponibles et anticipées, ainsi que des programmes et interventions actuellement offerts à la population.**

Étape 3. Identifier les interventions optimales pour répondre aux besoins

La troisième étape consiste à analyser les besoins pour en comprendre les causes et y trouver les solutions optimales, en tenant compte des ressources disponibles et des programmes et services déjà en place. En d'autres termes, il s'agit d'analyser les écarts entre les besoins de santé et les programmes et services offerts, en vue d'améliorer l'adéquation entre les deux. Cette étape repose donc sur les deux étapes précédentes.

Explorer les interventions possibles pour mieux répondre à chaque besoin

Pour chaque besoin ou problème de santé identifié, il s'agit de se poser les questions suivantes :

1. Quels sont les déterminants ou les causes de ce problème ? Quelle est l'importance relative de chacun des facteurs ?
2. Comment peut-on améliorer ou bonifier les programmes et services actuels pour agir sur ces facteurs et mieux répondre au besoin ?

Cela conduira à l'identification de quelques options d'intervention pour chaque besoin.

Identifier les solutions optimales

Il faut ensuite reprendre ces options d'intervention une à une et se demander :

3. Quel est le potentiel d'impact de l'intervention sur la santé de la population et du sous-groupe visé ? Son efficacité a-t-elle été démontrée ?
4. Qui détient les leviers d'action pour réaliser cette intervention, est-ce le réseau sectoriel de santé publique ou plutôt des partenaires comme la Ville, les écoles, le milieu communautaire ?
5. Avons-nous la capacité de réaliser l'intervention dans le contexte actuel et avec les ressources dont nous disposons ? Si l'intervention relève d'un partenaire intersectoriel, avons-nous la capacité de le mobiliser ?

Différentes ressources peuvent être utiles pour répondre à ces questions. Il faut tenir compte des connaissances scientifiques et de la littérature, des expériences ou projets pilotes réalisés avec succès ici ou ailleurs, de la connaissance et de l'expérience de la réalité locale que détiennent les acteurs clés, incluant les partenaires.

L'objectif de cette analyse est de dégager pour chaque besoin les solutions optimales, c'est-à-dire celles qui sont à la fois:

- **Efficaces**, qui ont une capacité reconnue d'agir sur le besoin ou le problème;
- **Faisables**, qu'il est possible de réaliser tenant compte des ressources et du contexte (légal, politique, organisationnel, socioculturel, éthique, etc.)

À l'Annexe 1, on trouve une grille de travail pour guider l'exploration des options d'intervention et l'évaluation de leur efficacité et faisabilité.

➤ **Résultat attendu de l'étape 3 : une liste des interventions optimales (efficaces et faisables) pour chaque besoin, qui devront faire l'objet d'une priorisation.**

Une typologie des interventions de santé publique

Il est fort utile de s'appuyer sur une typologie pour classifier et décrire les interventions qui sont considérées comme solutions possibles à un besoin ou problème de santé. Cela permet non seulement de mieux circonscrire leur nature et de nous faire penser aux stratégies complémentaires qui pourraient être déployées, mais aussi d'orienter le choix des objectifs et des indicateurs qui seront utilisés pour le suivi des résultats à une étape ultérieure.

Planifier les interventions versus planifier les activités de soutien

Le PAR et les PAL décrivent les différentes activités réalisées par la DSP, les CSSS et leurs partenaires. Or, une partie seulement de ces activités consiste en des interventions ou programmes de santé publique mis en œuvre pour atteindre la population.

D'autres activités qui sont planifiées et inscrites dans les plans d'action, surtout au niveau régional, touchent la surveillance, l'élaboration de nouveaux programmes, l'évaluation, le monitoring ou la recherche. Ces différentes activités se déroulent généralement en permanence et sont en soutien à la planification continue des programmes, que ce soit pour la compréhension des besoins, pour l'identification des interventions optimales ou pour l'évaluation des interventions. La typologie présentée dans ce guide n'inclut pas les activités de cette nature. Elle vise à catégoriser uniquement les interventions et les programmes eux-mêmes.

Classifier les interventions selon la stratégie et le moyen déployé

À l'Annexe 2, on propose une typologie qui comporte deux axes : la stratégie et le moyen déployé. Les stratégies couvrent les grandes fonctions de santé publique que sont la promotion de la santé, la prévention des maladies et la protection contre les menaces à la santé. Les moyens correspondent au type d'action ou de programme qui sera réalisé par la santé publique et ses intervenants. Dans le cas d'interventions qui relèvent d'un ou de plusieurs partenaires intersectoriels, le moyen précise **la portée du rôle joué par la santé publique face aux partenaires.**

Étape 4. Prioriser les besoins et les interventions

Une fois que les interventions optimales ont été identifiées pour chaque besoin, il faut ensuite revoir l'ensemble des propositions pour établir les priorités définitives et choisir quelles interventions seront mises en œuvre, en tenant compte de la hauteur des ressources disponibles et à venir. Les orientations nationales ou régionales auront aussi une incidence sur les choix à faire.

L'étape de la priorisation devrait être une démarche participative qui fait intervenir tous les acteurs clés et les détenteurs d'intérêt, tout comme c'était le cas pour la détermination des besoins. De plus, étant donné que la priorisation peut nous amener à arbitrer entre des besoins et des interventions qui sont parfois difficilement comparables, il est utile de recourir à une démarche systématique, mais flexible, pour guider les choix.

1. Définir des critères décisionnels

La première chose à faire est de convenir des critères qui serviront à guider les choix. Typiquement, on utilisera au moins deux critères de base : **l'importance du problème** et **la capacité d'intervenir**, qui dépend à la fois de la faisabilité et de l'efficacité des interventions.

2. Coter les problèmes selon chaque critère décisionnel

Il s'agit ensuite d'utiliser une méthode d'ordonnement pour classer chaque intervention considérée selon les critères décisionnels. Pour les deux critères de base, la grille de travail de l'Annexe 1 propose une manière simple de coter les interventions sur une échelle de 1 à 4. Évidemment, cette façon de faire peut être bonifiée et adaptée à chaque situation. Par exemple, on pourrait utiliser un seul critère décisionnel pour faire un premier tri et épurer la liste avant d'appliquer les critères restants. Si on a grand nombre d'interventions à prioriser, on peut utiliser des échelles de cotation plus fines avec un meilleur pouvoir de discrimination (ce qui demandera également une validation plus poussée des cotes attribuées).

3. Analyser les problèmes selon les cotes obtenues

Dans sa version la plus simple, qui est néanmoins adéquate dans la plupart des cas, l'analyse consiste à utiliser une matrice 2 x 2 dans laquelle on place chaque intervention selon les cotes qui lui ont été attribuées pour les deux critères de base :

	Importance du besoin élevée	Importance du besoin faible
Capacité d'intervenir élevée	Priorité élevée d'intervention	Priorité secondaire d'intervention
Capacité d'intervenir faible	Priorité élevée pour la recherche / planification	Priorité secondaire pour la recherche / planification

À l'Annexe 3, on trouve une matrice de priorisation en grand format qui reprend la même échelle de cotation proposée dans la grille de l'Annexe 1.

Bien qu'il se dégage un ordre naturel entre les interventions placées dans la matrice, de toute évidence cet ordonnancement doit être considéré comme indicatif seulement. Un débat et une discussion doit avoir lieu pour construire la liste définitive des interventions qui sont retenues pour être implantées, de même que la liste des besoins ou interventions qui feront plutôt l'objet d'une surveillance ou d'une planification accrues. En principe, on ajoute les éléments à chaque liste par ordre de priorité, jusqu'à ce que les ressources anticipées soient épuisées.

À noter qu'il existe d'autres instruments pour la cotation et l'ordonnancement des problèmes, de même que pour l'analyse des problèmes selon cotes obtenues. On peut consulter le livre de Pineault et Daveluy, *La planification de la santé*, pour des exemples plus élaborés.

➤ **Résultat attendu de l'étape 4 : une liste des interventions prioritaires qui ont été retenues pour être déployées au cours de la période visée par le plan d'action, ainsi que des problématiques qui feront plutôt l'objet de recherche et de planification continue.**

Étape 5. Expliciter les interventions et fixer les objectifs

Quand les interventions à réaliser sont déjà identifiées, par exemple lorsqu'il s'agit d'un programme national bien établi, les étapes précédentes ne sont pas nécessaires. Dans de tels cas, le point de départ de la démarche pour les paliers régional et local se trouve alors à la cinquième étape.

Cette étape consiste à expliciter les interventions qui ont été retenues à la phase de priorisation en précisant les ressources requises, les principales activités à réaliser, les résultats attendus et les effets anticipés sur la population. Le but de cette étape est de décrire les interventions en suivant un modèle uniforme qui met ces éléments en relation de manière logique.

Les modèles logiques sont un outil communément employé pour représenter schématiquement les composantes d'une intervention. Ils peuvent être élaborés avec un niveau de détail variable, selon qu'on vise seulement à donner une vue d'ensemble d'une intervention, ou qu'on veuille plutôt détailler tous les processus à des fins de planification opérationnelle et d'évaluation. Dans le présent cas, il est proposé d'utiliser des modèles assez simples. L'objectif est d'illustrer les grands blocs d'activités (et non pas l'ensemble des processus détaillés), tout en rendant explicites les ressources requises et les résultats attendus.

Les éléments de base du modèle logique

- L'objectif populationnel de l'intervention;
- Les principales activités à réaliser;
- Les résultats attendus (ces résultats devraient être mesurables);
- Les effets anticipés;
- Les ressources nécessaires.

À l'Annexe 4, on trouve un modèle logique qui peut être utilisé comme outil de travail. Les paragraphes qui suivent expliquent brièvement comment compléter chaque partie du modèle.

Décrire l'objectif populationnel poursuivi

Quelle est la population et le sous-groupe visé par l'intervention ? Quel est le problème de santé visé par l'intervention ? Quel est l'impact recherché ? Il s'agit dans cette section de clarifier l'objectif ultime de l'intervention. Si les étapes antérieures de planification ont été bien réalisées, cet objectif populationnel devrait être bien défini.

Dans la mesure du possible, il est souhaitable de préciser le ou les objectifs populationnels en identifiant une norme à atteindre (par exemple, de réduire l'incidence d'une maladie sous un certain seuil, de diminuer la prévalence d'un déterminant sous un niveau donné, etc.). Cette norme peut être définie en s'inspirant de la situation moyenne d'une unité géographique repère (région, province, pays), d'une norme reconnue dans la littérature ou établie par une autorité en la matière. La norme pourra être adaptée pour tenir compte du contexte qui est propre à la région ou au territoire.

Décrire les principales activités à réaliser

Il faut ensuite décrire les grands blocs d'activités qui seront réalisés par les ressources de santé publique (au sens large). Différents types d'activités peuvent être planifiées selon l'objectif populationnel visé et la nature de l'intervention. De manière générale, les activités peuvent:

- être réalisées directement auprès de la population, de groupes particuliers ou de l'environnement;
- être réalisées auprès de ou avec des partenaires, qu'ils soient sectoriels ou intersectoriels;
- concerner les modalités d'organisation et de dispensation des services.

La typologie des interventions à l'Annexe 2 peut être utilisée pour caractériser la stratégie et le moyen correspondants à chaque activité ou bloc d'activités.

Pour ce qui est des activités de planification continue, incluant la surveillance, l'élaboration de nouveaux programmes, l'évaluation et la recherche, il n'est pas suggéré de les décrire avec des modèles logiques. Dans les plans d'actions, on fera plutôt état des priorités concernant ces activités dans une section à part qui viendra immédiatement après la description des interventions elles-mêmes, sous forme de modèles logiques.

Préciser les résultats attendus

Une fois les activités décrites, il faut préciser les résultats attendus. Il s'agit des résultats directs (ou proximaux) d'une activité, pour lesquels on peut généralement être tenu imputable. Ces résultats devraient pouvoir être mesurés à l'aide d'un ou de plusieurs indicateurs, qu'il faudra aussi identifier à l'étape 6.

Selon qu'il s'agisse d'activités réalisées directement par des intervenants en santé publique auprès de la population ou de groupes particuliers, ou encore qu'il s'agisse d'activités réalisées auprès de ou avec des partenaires, le niveau des résultats attendus sera différent. En effet, le degré de contrôle qu'a la santé publique sur l'atteinte des résultats variera d'une situation à l'autre, et le niveau d'imputabilité doit être ajusté en conséquence.

Le tableau qui suit décrit trois scénarios où le niveau de contrôle et d'imputabilité varie, ce qui influencera le choix des résultats attendus spécifiés dans le modèle logique.

Figure 5. Trois scénarios d'imputabilité qui influencent les résultats attendus des interventions.

Cible de l'activité	Type d'activité réalisée par la santé publique	Niveau de contrôle	Niveau des résultats attendus
La population, un groupe vulnérable ou l'environnement	Tous les moyens directs de la typologie des interventions (dépistage, counselling, contrôle d'un agresseur spécifique, etc.)	Élevé	Les résultats directs de l'activité réalisée par la santé publique sur la population, un groupe vulnérable ou l'environnement
Un partenaire avec qui une entente de service ou de partenariat a été établie	Concertation et partenariat, délégation ou entente de services, création d'environnements de pratique facilitateurs, développement de compétences professionnelles.	Modéré à élevé	Les résultats de l'activité qui doit être réalisée par le partenaire sur la population, un groupe vulnérable ou l'environnement (p.ex., le nombre de références)
Un partenaire avec qui il n'existe pas d'entente de service ou de partenariat	Action d'influence et représentation, concertation et partenariat.	Faible	Les moyens mis en place par la santé publique pour influencer le partenaire

Préciser les effets anticipés

Ces sont les effets anticipés sur les personnes visées, au-delà du résultat immédiat de l'activité. Ces effets sont donc intermédiaires entre le résultat attendu (proximal) et l'objectif populationnel (distal).

Les effets anticipés sont souvent à plus long terme et peuvent concerner la population, les professionnels ou les organisations. Les effets anticipés peuvent également être mesurés par des indicateurs, bien que des facteurs externes à l'intervention puissent aussi influencer leur évolution. Par conséquent, on peut rarement être tenu imputable de leur atteinte.

Préciser les ressources à déployer

On cherche enfin à identifier et à quantifier (si possible) les ressources critiques de l'organisation, actuelles ou anticipées, qui sont nécessaires pour la bonne réalisation des activités. Il peut s'agir de ressources financières, humaines ou matérielles.

Au niveau des ressources humaines, on devrait spécifier lorsque pertinent :

- la nature de l'expertise de l'intervenant qui est requise;
- l'intensité requise, s'il existe une norme reconnue (p. ex., le nombre d'équivalents temps plein par école, le nombre d'heures par personne à rejoindre, etc.)
- le besoin d'identifier une personne responsable ou un porteur de dossier;

Au niveau des ressources financières, on peut spécifier :

- les enveloppes budgétaires dédiées à l'activité;
- les coûts normés de l'activité, si de telles données existent;
- etc.

Lorsque la participation de partenaires sectoriels ou intersectoriels est nécessaire à l'atteinte de l'objectif populationnel, on peut également les nommer dans la case ressources.

➤ **Résultat attendu de l'étape 5 : un modèle logique pour expliciter chacune des interventions prioritaires en termes de son objectif populationnel, des ressources nécessaires, des activités à réaliser et des résultats attendus, avec des indicateurs pour mesurer leur atteinte.**

Étape 6. Identifier les indicateurs et suivre les résultats

La dernière étape de la démarche consiste à mettre en place un mécanisme de suivi et de rétroaction qui porte sur les résultats attendus. Il s'agit d'un minimum, car idéalement on voudra implanter un monitoring évaluatif qui permettra de porter un diagnostic complet sur les interventions et d'en améliorer la qualité de manière continue.

Cependant, le déploiement d'un tel système devrait faire l'objet d'une deuxième phase de travail, une fois la démarche de planification terminée.

Pour la phase de planification, l'étape 6 consiste donc à identifier et à convenir entre partenaires des indicateurs qui seront utilisés pour mesurer l'atteinte des résultats attendus. Ces indicateurs devraient inclure ceux des ententes de gestion et des attentes administratives, mais ne devraient pas pour autant s'y limiter. D'autres indicateurs peuvent être utiles pour avoir une appréciation complète des résultats atteints. De plus, ces indicateurs pourront éventuellement être intégrés dans les ententes de gestion des prochaines années, si cela est jugé pertinent.

En prévision de la mise en place d'un monitoring évaluatif, on peut aussi commencer à réfléchir dès maintenant aux indicateurs qui seraient utiles pour apprécier les autres composantes des interventions, incluant les ressources (pertinence, utilisation) et les activités (processus, implantation). Le modèle logique prévoit de l'espace pour inscrire ces indicateurs et il constituera l'assise pour construire le système de monitoring dans une deuxième phase.

➤ **Résultat attendu de l'étape 6 : des propositions d'indicateurs pour mesurer les résultats attendus (incluant les indicateurs des ententes de gestion) et si possible, pour documenter les autres composantes des interventions.**

Conclusion

Ce guide présente les bases d'une démarche de planification populationnelle en six grandes étapes :

1. Déterminer les besoins de santé de la population;
2. Inventorier les ressources et les services disponibles;
3. Identifier les interventions optimales pour mieux répondre aux besoins;
4. Prioriser les besoins et les interventions;
5. Expliciter les composantes des interventions retenues et fixer les objectifs;
6. Identifier les indicateurs de monitoring et faire le suivi des résultats.

Bien qu'elle vise d'abord à soutenir l'élaboration des plans d'actions en santé publique, l'approche proposée est assez générale pour être appliquée à n'importe quelle situation de planification en santé. De plus, elle est en cohérence avec une approche populationnelle; elle peut donc servir de référence pour l'actualisation de la responsabilité d'une instance locale envers sa population.

Tel que mentionné dans l'introduction, il ne s'agit pas d'une démarche à être appliquée de manière rigide. Chaque situation de planification est unique et demande une adaptation flexible des principes mis de l'avant. Dans une situation réelle, certaines étapes auront déjà été réalisées et ne seront pas à refaire; de même, certaines étapes pourront se réaliser en parallèle, même si elles sont décrites dans le guide comme étant un processus séquentiel.

L'application de la démarche présentée à l'élaboration du tronc commun des PAL (et éventuellement à l'élaboration du prochain PAR) ouvrira la voie à l'avancement du programme de santé publique dans la région. En plus de répondre aux enjeux d'une gestion par résultats et d'explicitier les ressources qui doivent être dévouées à la bonne réalisation du programme, les modèles logiques seront la fondation sur laquelle déployer un système de monitoring et d'amélioration continue de la qualité. Ce déploiement fera l'objet d'une deuxième phase de travail, qui sera amorcée dès l'adoption du tronc commun des PAL par la Table régionale de santé publique.

Annexe 1. Grille d'exploration des options d'intervention pour un besoin de santé

Population et sous-groupe visé					
Besoin ou problème de santé					
Quelle est la prévalence ? Quelle est la tendance ? Quelle est la sévérité du problème pour les gens qui en souffrent ? Quels sont les coûts sociaux associés ? ➤ Attribuer une cote au besoin de 1 (importance faible) à 4 (importance élevée) :					Cote
Déterminants et causes du problème : sur quels facteurs peut-on intervenir ?					
Option d'intervention A	Option d'intervention B		Option d'intervention C		
Description de l'intervention					
Stratégie et moyen déployé (selon la typologie)					
Partenaires intersectoriels (s'il y a lieu)					
Quelle est l'efficacité théorique de l'intervention ? Quelle est la qualité de l'évidence à cet effet ? Quel est son potentiel d'impact sur la population ? L'intervention a-t-elle été déployée ailleurs avec succès ? ➤ Attribuer une cote à l'efficacité de l'intervention de 1 (faible) à 4 (forte) :					
Efficacité	Cote	Efficacité	Cote	Efficacité	Cote
Dispos(er)ons-nous des ressources nécessaires ? L'intervention est elle acceptable politiquement, pour le réseau, pour la population ? Pouvons-nous mobiliser les partenaires ? ➤ Attribuer une cote à la faisabilité de l'intervention de 1 (faible) à 4 (élevée) :					
Faisabilité	Cote	Faisabilité	Cote	Faisabilité	Cote
■ à retenir pour la priorisation		■ à retenir pour la priorisation		■ à retenir pour la priorisation	

Annexe 3. Matrice de priorisation des besoins et des interventions

		Importance du besoin				
		Élevée		Faible		
		4	3	2	1	
Capacité d'intervenir (efficacité + faisabilité)	Élevée	8	Priorité élevée d'intervention		Priorité secondaire d'intervention	
		7				
		6				
		5				
	Faible	4	Priorité élevée pour la recherche et la planification continue		Priorité secondaire pour la recherche et la planification continue	
		3				
		2				
		1				

