

Dissiper la confusion :

*Concepts et mesures
de la continuité des soins*



Canadian Health Services Research **Foundation**
Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé

*...making research work
...pour que la recherche porte ses fruits*

DISSIPER LA CONFUSION :
CONCEPTS ET MESURES DE LA CONTINUITÉ DES SOINS

Rapport final

Robert Reid, M.D. Ph. D.^{1,2}
Jeannie Haggerty, Ph. D.^{3,4}
Rachael McKendry, M.A.¹

Mars 2002

Préparé pour la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, l'Institut canadien d'information sur la santé et le Comité consultatif des services de santé de la Conférence fédérale-provinciale-territoriale des sous-ministres de la Santé

¹Centre for Health Services & Policy Research, University of British Columbia

²Departments of Health Care & Epidemiology and Family Practice, University of British Columbia

³Départements de Médecine familiale & Médecine sociale et préventive, Université de Montréal

⁴Unité de Recherche Evaluative, Centre de recherche du CHUM, Hôpital Notre-Dame

Table des matières

Principaux messages	i
Sommaire	ii
Concepts de la continuité.....	ii
Mesures de la continuité.....	iii
Conclusions.....	iv

Contexte et cadre.....	1
Approche.....	1
Concepts de continuité.....	3
Éléments essentiels	3
Types de continuité	4
Sommaire	10
Mesures de continuité.....	10
Modes de mesure et outils disponibles	11
Conclusions générales sur les mesures	15
Conclusions.....	17

Références

Annexe A - Sommaire des résultats d'abstractions

Annexe B - Catalogue des mesures de la continuité et des modes de mesure

Annexe C - Recommandations pour mesurer la continuité dans chaque secteur et dans tous les secteurs des soins de santé

Documents disponibles (en anglais seulement) sur le site Web de la FCRSS (www.fcrss.ca) :

Annexe D – Bibliographie de la documentation didactique et de la littérature grise

Annexe E – Outil d'abstraction pour l'examen systématique de la continuité des soins

Annexe F – Stratégie de recherche et résultats

Annexe G – Sommaire des définitions de la continuité des soins

Annexe H – Liste des participants à l'atelier sur les concepts et mesures de la continuité des soins

Annexe I – Sommaire de l'atelier sur les concepts et mesures de la continuité des soins

Principaux messages

La continuité des soins, c'est la façon dont les soins sont vécus par un patient comme cohérents et reliés dans le temps; cet aspect des soins est le résultat d'un bon transfert de l'information, de bonnes relations interpersonnelles et d'une coordination des soins.

La continuité des soins est atteinte lorsque des éléments de soins distincts et discrets sont reliés entre eux et lorsque ces éléments qui perdurent dans le temps sont soutenus et maintenus.

Parfois la définition de la continuité est plus souvent sous-entendue qu'énoncée et il est impossible de mesurer ce qui n'est pas clairement défini.

La continuité des soins a différentes significations pour différents types d'intervenants, mais tous en reconnaissent trois types : la continuité de l'information, la continuité des relations personnelles et la continuité du plan d'intervention clinique. Avant d'entamer des discussions ou de faire des plans, il convient de s'entendre sur le type de continuité dont on parle.

La continuité informationnelle signifie que l'information sur les événements antérieurs est utilisée pour prodiguer des soins adaptés aux circonstances actuelles du patient.

La continuité relationnelle souligne l'importance de bien connaître le patient sur le plan personnel. La relation continue entre le patient et le soignant offre le support permettant de relier les soins dans le temps et d'assurer la transition entre des événements.

La continuité d'approche est celle qui veille à ce que les soins reçus de différents intervenants soient reliés de façon cohérente. La continuité du plan d'intervention est généralement axée sur des problèmes de santé particuliers, souvent chroniques.

Il faut de nombreuses mesures pour saisir tous les aspects de la continuité et aucune mesure ne peut, à elle seule, rendre complètement le concept dans son ensemble. En outre, certaines mesures sont plus utiles dans certains contextes que dans d'autres.

Il faut s'appliquer davantage à l'élaboration et l'application de mesures directes de continuité du point de vue du patient et pour mesurer la continuité au travers des frontières organisationnelles.

Les mesures basées sur les profils d'utilisation des services de santé doivent être utilisées avec prudence comme indicateurs de continuité jusqu'à ce que les chercheurs aient testé les suppositions implicites selon lesquelles elles reflètent la continuité informationnelle, relationnelle et/ou d'approche.

Sommaire

Quand un patient reçoit des soins de diverses sources, il devient de plus en plus difficile de relier ces soins dans une trajectoire harmonieuse. Dans le monde entier, les rapports de politiques demandent un effort concerté pour éviter la fragmentation et améliorer la continuité des soins. Mais les efforts pour décrire le problème ou proposer des solutions sont entravés parce que la continuité a été définie et mesurée de maintes façons différentes.

Ce rapport a été commandé par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, l'Institut canadien d'information sur la santé et le Comité consultatif des services de santé de la Conférence fédérale-provinciale-territoriale des sous-ministres de la Santé. Il examinera comment la continuité a été utilisée et mesurée afin d'établir une notion commune du concept et de recommander des mesures pour la surveillance du système de santé. Nous avons procédé à une enquête systématique sur la façon dont l'expression « continuité des soins » a été utilisée dans la documentation et nous avons présenté en juin 2001 les résultats de l'enquête à 59 chercheurs et décideurs dans un document de travail et dans le cadre d'un atelier de deux jours.

CONCEPTS DE LA CONTINUITÉ

La continuité des soins est conçue différemment dans les soins de première ligne, les soins de santé mentale, les soins infirmiers et la documentation portant sur des conditions particulières, mais son sens est plus souvent supposé que défini. Cependant, il y a deux éléments essentiels et trois types de continuité qui relient les divers secteurs des soins de santé.

L'expérience des soins vécue par un patient avec son soignant/sa soignante est le premier élément essentiel de la continuité; le deuxième est le fait que les soins se poursuivent dans le temps (ce qu'on appelle parfois continuité longitudinale ou chronologique). Ces deux éléments doivent être présents pour qu'il y ait continuité, mais leur seule présence ne suffit pas à constituer la continuité.

Il y a trois genres de continuité : la *continuité informationnelle*, la *continuité relationnelle* et la *continuité d'approche*. Ce sont des attributs étroitement reliés entre eux et qui varient en importance selon les intervenants ou la méthode de soins. Chaque discipline a reconnu toutes ces caractéristiques et toutes sont importantes pour garantir des soins de qualité. Enfin, la continuité peut être vue sous l'angle de la personne ou sous l'angle de la maladie.

La **continuité informationnelle** est l'utilisation de l'information sur des événements et des circonstances antérieurs dans le but d'adapter les soins courants au patient et à son mal. L'information est le dénominateur commun qui relie les soins d'un intervenant à l'autre et d'un événement de santé à un autre. C'est dans les documents sur les soins infirmiers qu'on insiste le plus sur le transfert de l'information. La documentation consultée tend à s'attarder sur les particularités de l'état de santé, mais la connaissance des valeurs, des préférences et du contexte social du patient recueillis dans le cadre d'une relation stable patient-soignant est tout aussi importante et a été soulignée avec le plus d'insistance dans les soins de première ligne et les soins de santé mentale.

La **continuité relationnelle** désigne une relation thérapeutique suivie entre un patient et un ou plusieurs soignants. Non seulement elle est le trait d'union entre les soins passés et présents, mais elle constitue également un lien avec les soins futurs. La relation suivie patient-soignant est très prisée dans les soins de première ligne où elle constitue tacitement une sorte de contrat de fidélité du patient au soignant et de responsabilité du soignant à l'égard du patient. Même quand on ne s'attend pas beaucoup à établir des relations avec les soignants, comme dans le cas des soins à domicile et des soins à l'hôpital, un corps de personnel permanent peut donner aux patients un sens de prévisibilité et de cohérence dans les soins. Dans les soins de santé mentale, il arrive que les intervenants se chargent de garder contact avec les patients pour assurer la continuité relationnelle et d'approche.

La **continuité d'approche**, c'est la prestation de services complémentaires et opportuns dans le cadre d'un plan d'intervention commun. La documentation portant sur des maladies particulières met l'accent sur le contenu des plans de soins pour en assurer la cohérence. D'autre part, la documentation sur les soins infirmiers et la santé mentale va plus loin, insistant sur l'importance d'une implantation cohérente plus particulièrement lorsque les patients traversent les barrières organisationnelles. Cependant, la souplesse requise pour s'adapter aux changements dans les besoins individuels est tout aussi importante, notamment dans les soins de santé mentale.

MESURES DE LA CONTINUITÉ

Si la documentation consultée déborde de divers concepts de la continuité, il en est de même des moyens de les mesurer. La plupart des mesures ont été élaborées en fonction d'un seul aspect de la

continuité, ce qui signifie que peu d'entre elles examinent la continuité comme chevauchant plusieurs secteurs de soins et plusieurs domaines professionnels; en outre, on accordait récemment encore peu d'attention à la perspective du patient.

La grande majorité des mesures examinent la chronologie du contact d'un patient avec les intervenants dans le temps. La continuité est déduite de la durée de l'affiliation patient-soignant et de la concentration ainsi que de la séquence des soins entre plusieurs soignants. On suppose donc qu'un contact qui dure avec un même soignant est synonyme de relations plus étroites, d'un meilleur transfert et d'une meilleure révision de l'information ainsi que d'une approche plus cohérente. Cependant, il existe très peu de preuves pour étayer ces suppositions. Tester celles-ci formellement devrait constituer une priorité de recherche avant que des mesures chronologiques puissent être utilisées comme indicateurs de la continuité des soins.

D'autre part, les mesures de continuité informationnelle visent la disponibilité de la documentation, le caractère complet du transfert de l'information entre soignants et la mesure dans laquelle l'information existante est reconnue et utilisée par le soignant ou le patient.

La continuité relationnelle est habituellement mesurée soit selon la relation entre le patient et le soignant, soit selon la durée de cette relation comme catalyseur de la continuité. Une tendance de plus en plus marquée est d'évaluer la relation entre le patient et le soignant en interrogeant directement les intéressés sur la force des liens qui les unissent.

Les mesures de la continuité d'approche portent sur la prestation d'un aspect des soins dans le courant du plan d'intervention, le plus souvent pour savoir si les visites de suivi sont faites quand les soins débordent des frontières organisationnelles. Par contre, les mesures portant sur la conformité aux protocoles d'intervention brouillent les limites entre l'évaluation de la continuité et de la qualité des soins médicaux.

Il est clair qu'aucune mesure particulière n'englobe le concept de continuité dans son ensemble. Le choix d'une ou de plusieurs mesures dépendra des genres de continuité s'appliquant dans un contexte donné. Les mesures axées sur la chronologie doivent être validées selon les mesures directement fournies par le patient ou le soignant. Par ailleurs, il faudrait établir de nouvelles mesures pour la continuité dépassant les limites organisationnelles et disciplinaires, notamment pour la continuité informationnelle et d'approche.

CONCLUSIONS

La continuité est le résultat de la combinaison d'une accessibilité adéquate aux soins pour les patients, de bonnes aptitudes relationnelles, d'une bonne circulation de l'information entre les soignants et les organismes, ainsi que d'une

bonne coordination des soins entre les intervenants pour maintenir la cohérence. Pour les patients, c'est l'expérience des soins reliés entre eux et cohérents dans le temps, tandis que pour les soignants, c'est avoir assez d'information et de connaissances sur un patient pour pouvoir appliquer au mieux leurs compétences professionnelles, et l'assurance que les soins qu'ils prodiguent sont reconnus et recherchés par d'autres intervenants.

Enfin, la gamme d'instruments de mesure de la continuité comprend de grandes lacunes. Cela est particulièrement vrai des instruments pour mesurer le transfert et l'utilisation de l'information (médicale ou contextuelle) par les intervenants dans la plupart des contextes de soins ainsi que ceux qui mesurent la cohérence des soins parmi les intervenants et au-delà des limites organisationnelles. Beaucoup de mesures ont été fondées sur des mécanismes supposés propices à la continuité plutôt que sur l'expérience directe des patients et des soignants. À l'atelier de juin 2001, le sentiment général était qu'il est prématuré de recommander l'utilisation de quelque mesure que ce soit de façon généralisée comme indicateurs de performance.

Contexte et cadre

De plus en plus, le problème de la fragmentation des soins préoccupe les intervenants, les décideurs et les patients. Les progrès rapides, les nouveaux traitements et le déplacement des soins du milieu institutionnel aux services externes et à domicile, signifient que les patients pourraient assister à la multiplication des genres d'intervenants dans différents milieux; c'est pourquoi il est de plus en plus difficile d'assurer la liaison de ces divers éléments en un cheminement de soins.

Les récentes chartes politiques à travers le monde appellent les intervenants à un effort concerté pour maintenir et améliorer la continuité.¹⁻⁴ En 1998, puis en 2001, avec l'apport de plus de 500 intervenants du secteur de la santé, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, en collaboration avec d'autres organismes nationaux, a désigné la continuité des soins comme une priorité de recherche au Canada.^{5,6}

Cependant, les efforts pour énoncer le problème ou proposer des solutions sont compliqués par l'apparente absence de consensus sur le sens attribué à la continuité. Certaines définitions révèlent une vision très étroite de la continuité, tandis que d'autres sont tellement larges qu'elles englobent presque tous les aspects de la prestation des services.⁷ En outre, les méthodes pour mesurer la continuité sont variées, rendant difficile les comparaisons entre les milieux de soins et dans le temps.^{8,9} En l'occurrence, la nécessité d'avoir des définitions et des mesures claires et cohérentes n'est pas chose nouvelle. Barbara Starfield, de l'Université Johns Hopkins, a déclaré il y a plus de 20 ans que l'absence d'une définition commune et acceptée accompagnée de mesures claires

empêchait de saisir l'importance de la continuité.¹⁰

Pour ajouter à la confusion, d'autres termes comme « continuum de soins », « coordination des soins », « planification des congés », « gestion de cas », « soins continus » et « soins intégrés » sont souvent utilisés comme des termes interchangeable avec la notion de continuité des soins. Ce chevauchement est inexact, les termes en question étant souvent vagues en eux-mêmes et aucun n'englobant toutes les caractéristiques de la continuité, certains comprenant même d'autres concepts. En outre, les frontières entre la continuité et d'autres concepts (comme l'accessibilité ou la qualité des soins) sont souvent floues.

Ce rapport présente les résultats d'un survol des écrits scientifiques et de la littérature grise¹ ainsi que d'une consultation avec les chercheurs et les décideurs pour examiner différents concepts de la continuité, leurs thèmes communs et les façons de les mesurer. Il a été commandé par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, l'Institut canadien d'information sur la santé et le Comité consultatif des services de santé de la Conférence fédérale-provinciale-territoriale des sous-ministres de la Santé pour s'entendre sur une définition et des façons de mesurer cet important concept.

APPROCHE

Les résultats présentés dans ce rapport proviennent d'un examen de la littérature disponible sur la continuité des

¹ La littérature grise est la documentation non publiée dans des revues à comité de lecture, allant des bulletins d'information aux mémoires.

soins et d'un atelier de consultation avec des chercheurs, des spécialistes du contenu et des responsables canadiens des politiques. La recension des écrits était étendue et systématisée dans le but de présenter une synthèse sur la façon dont le terme « continuité des soins » est employé et par différents professionnels de la santé et sur la façon dont ils mesurent cette même « continuité des soins ». Nous avons donc limité notre recherche bibliographique aux écrits dont le sujet principal, selon les mots clés, était « continuité des soins aux patients » ou « continuité ». Comme notre recherche portait sur l'emploi du terme « continuité » et les façons d'en mesurer le concept, nous avons exclu tous les autres synonymes courants, tels que gestion de cas, plan de soins, soins en équipe, processus de soins ou transition. Cela a peut-être limité l'identification d'outils pertinents conçus pour mesurer des concepts connexes.

Outre le recensement des publications scientifiques dans les bases de données, nous avons systématiquement étendu notre recherche à la littérature grise en utilisant diverses bases de données commerciales, catalogues de bibliothèques électroniques, sites Web approuvés par des pairs, moteurs de recherches et plusieurs bases de données internes. Après avoir parcouru 2 439 titres et résumés, nous avons extrait 583 documents pour les étudier. Chacun de ces documents a été lu par un membre de l'équipe et résumé à l'aide d'un outil d'extraction des données. En outre, les articles pertinents ont été tirés des listes de référence et résumés. Tous les membres de l'équipe ont lu les documents clés. Un sommaire des résultats de ces résumés figure à l'Annexe A.

Comme le concept de la continuité des soins a été défini largement par rapport aux disciplines de la santé, nous avons

d'abord dirigé nos recherches vers la conception - explicite ou implicite - qu'on se faisait de la continuité dans quatre domaines précis : soins de première ligne, soins de santé mentale, soins infirmiers et soins de maladies particulières. (Dix pour cent [69] des documents reçus tombaient en dehors de ces domaines et 4 % [21] portaient uniquement sur l'élaboration des mesures.) Cet exercice a fait ressortir les différences dans l'emploi du terme « continuité », mais nous a également permis de dégager les thèmes communs qui s'étendaient aux diverses disciplines. Ensuite, nous avons catégorisé les approches et les outils de mesure proposés selon des thèmes communs (Annexe B).

Les résultats de l'analyse bibliographique ont été présentés dans un document de travail aux 59 chercheurs et décideurs invités à un atelier de deux jours tenu les 17 et 18 juin 2001 à Vancouver. Au terme de longues discussions en petits groupes et de séances plénières, les participants ont jugé qu'il était prématuré de faire des recommandations précises pour l'application d'indicateurs de performance particuliers. Ils ont toutefois réussi à s'entendre sur les principes et mesures ainsi que sur les autres recherches nécessaires. (Annexe C).

Les Annexes D à I (affichées sur le site Web de la FCRSS, www.fcrss.ca) contiennent des détails sur notre bibliographie, sur l'outil d'abstraction, notre stratégie de recherche et les résultats obtenus ainsi que diverses définitions de la continuité des soins. On y trouve également un sommaire et la liste des participants à l'atelier de Vancouver sur les concepts et mesures de la continuité des soins.

CONCEPTS DE CONTINUITÉ

L'analyse bibliographique confirme que la continuité des soins est conçue différemment dans les soins de première ligne, les soins de santé mentale, les soins infirmiers et les soins de maladies particulières. Le plus souvent, le sens est supposé plutôt que clairement défini. Dans les 583 documents étudiés, la continuité des soins a été explicitement définie dans 32 % des cas, implicitement définie dans 48 % des cas et dans 20 % des cas, il était impossible de deviner la conception que l'auteur se faisait de la continuité! Là où la continuité n'est pas explicitement définie, elle est traitée comme un concept évident d'une valeur indiscutable.

Des mesures valables et fiables doivent s'appuyer sur un concept clair. D'une part, les nuances qui se glissent dans la façon dont la continuité est comprise donnent naissance à une prolifération de mesures qui soulignent ces différences, tandis que d'autre part certaines façons courantes de mesurer la continuité embrouillent la conceptualisation de la compréhension du concept de continuité. Cependant, la synthèse documentaire a révélé plusieurs thèmes récurrents dans toutes les disciplines, que nous avons encore subdivisés pour obtenir deux éléments essentiels et trois grands types de continuité. Il y a eu peu de tentative pour examiner comment les conceptualisations de la continuité relient les différents domaines de la santé entre eux.

Éléments essentiels

Deux éléments centraux définissent la continuité des soins et constituent une base pour en comprendre les trois types. La continuité peut seulement exister comme un aspect des soins :

- vécus par une personne, et
- reçus dans le temps.

Ces deux éléments sont les piliers sans lesquels il n'y a pas de continuité, mais leur présence seule ne suffit pas pour constituer la continuité. Leur importance comme éléments essentiels réside dans leur capacité de distinguer la continuité des autres processus de soins de santé et pour établir des lignes directrices explicites pour mesurer la continuité.

Le premier élément, les soins vécus par une personne, est un thème courant dans la littérature et a été endossé par les participants à l'atelier, bien qu'il ait été rarement identifié de façon explicite comme attribut de la continuité. George Freeman, du Imperial College School of Medicine de Londres, a fait remarquer au cours de l'atelier que, pour qu'il y ait continuité, les soins doivent être *vécus* comme une suite harmonieuse et coordonnée. Que l'on se place du côté du soignant ou du patient, la continuité touche l'interaction entre un patient et un ou plusieurs intervenants. Bien que les expériences individuelles des patients en matière de soins puissent être reliées à un niveau de groupe — pratiques médicales, départements d'hôpital ou établissements de santé —, la continuité n'est pas fondamentalement une caractéristique des soignants ou des établissements.

L'élément essentiel de l'interaction entre un patient et les intervenants aide à distinguer la continuité d'autres concepts souvent utilisés comme synonymes. Par exemple, si l'accent est mis sur l'échange entre intervenants, le concept devient de la coordination et de l'intégration, non de la continuité. Comme l'affirme Carol Adair, directrice de la recherche au Alberta Mental Health Board et conférencière invitée de

l'atelier : « La continuité, c'est la façon dont les patients vivent l'intégration des services. » Par extension, c'est aussi la façon dont ils vivent la coordination entre intervenants.

Le deuxième élément de base, les soins reçus dans le temps, est également appelé continuité longitudinale ou chronologique. Bien qu'il soit régulièrement identifié comme une *dimension* de la continuité¹¹⁻¹³, il est en fait essentiel à celle-ci et permet de la différencier d'autres concepts connexes. Par exemple, c'est le temps qui sépare la communication interpersonnelle au cours d'une seule rencontre de la continuité relationnelle qui, elle relève à l'établissement d'une relation thérapeutique. Le cadre temporel peut varier de périodes relativement courtes, comme une hospitalisation, à des relations ouvertes à long terme, comme dans les soins de première ligne ou les soins de longue durée.

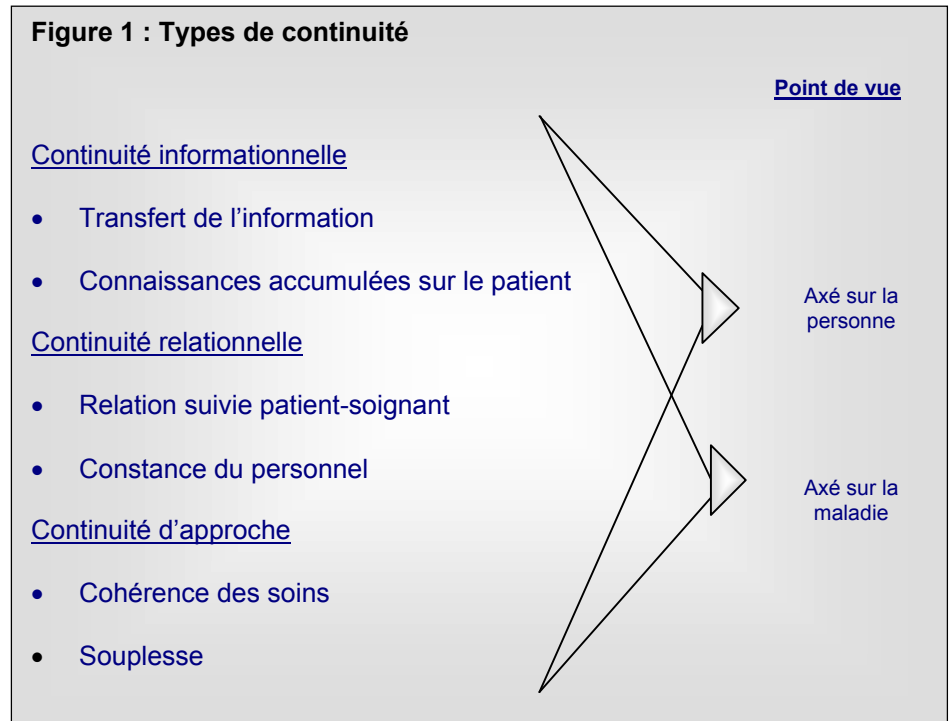
Le temps est un élément nécessaire pour la continuité, mais il ne prend son importance que tant qu'il est lié aux *types* de continuité exposés ci-après. Ce point est essentiel du fait que beaucoup de mesures se limitent seulement aux aspects chronologiques des soins, sans toucher directement ces aspects des soins dans le temps (comme la stabilité du support ou le transfert et l'utilisation de l'information) qui sont connus ou supposés utiles à l'amélioration de l'état des patients. À moins que ne soient compris les mécanismes par lesquels les soins dispensés dans le temps améliorent les résultats, les interventions de la continuité pourraient être mal dirigées ou

mal évaluées.

Types de continuité

En plus des éléments essentiels nécessaires à la continuité, notre examen et notre consultation ont permis de dégager trois types de continuité qui rendent bien l'essence du concept : la *continuité informationnelle*, la *continuité relationnelle* et la *continuité d'approche* (Figure 1). Barbara Starfield, conférencière invitée à l'atelier, a fait remarquer que chacun de ces trois types peut être perçu sous l'angle de la maladie ou du côté de la personne qui permet de voir les aspects distincts de la continuité informationnelle, relationnelle ou d'approche.

La documentation mentionnait régulièrement les *dimensions* de la continuité. Dans nos consultations, cependant, le terme « dimension » a provoqué un malaise chez beaucoup du fait que les éléments de la continuité sont souvent des concepts parallèles et



étroitement liés qui prennent divers degrés d'importance selon la situation ou l'équipe de soignants. Par exemple, le fait d'avoir de l'information provenant de soins de santé passés (continuité informationnelle) et d'avoir une relation à long terme entre un patient et un soignant (continuité relationnelle) ne sont pas tant des dimensions distinctes de la continuité que des processus imbriqués qui relient les événements en un tout cohérent.

Afin d'encourager des recherches mieux orientées et l'utilisation pertinente des mesures, nous sommes persuadés que la communication entre différentes disciplines peut être améliorée en précisant le type de continuité en question plutôt que d'utiliser simplement de façon générale le terme générique « continuité des soins »,

Continuité informationnelle

La disponibilité et l'utilisation de renseignements sur des événements de circonstances passées – autres visites, résultats d'analyses, recommandations ou soins informels – sont appelées (comme le fait Hennen¹¹) continuité informationnelle. La façon dont les intervenants utilisent l'information est d'une importance capitale pour relier des événements de santé passés à l'actualité du patient et pour adapter les soins aux besoins des patients. L'information est le fil conducteur qui relie les soins d'un intervenant à ceux d'un autre et d'un service de santé à l'autre. D'autre part, l'information peut être sur papier, électronique ou contenue dans la mémoire du soignant. Le transfert de l'information seul est insuffisant pour lier les éléments des soins; cette information doit être utilisée et interprétée.

Transfert de l'information

Le transfert d'une information écrite sur un patient d'un intervenant à un autre lie

des éléments de soins dans le temps et constitue un pré-requis pour la coordination des soins.¹⁴ Procéder à ce transfert devient plus compliqué quand les patients, au lieu de voir le même intervenant dans le temps, passe de plusieurs membres d'une même équipe à plusieurs intervenants dans différents établissements.

Les écrits en soins infirmiers insistent principalement sur le caractère essentiel du transfert de l'information pour la continuité (surtout pour les soins aux malades hospitalisés). Les soins aux patients passent constamment d'une infirmière à l'autre, que ce soit dans les hôpitaux ou entre l'hôpital et d'autres milieux. La communication est donc très importante pour assurer que les besoins sont reconnus et pour maintenir des soins cohérents. Les initiatives de soins infirmiers pour améliorer la continuité ont le plus souvent porté sur l'amélioration du transfert de l'information ou de la communication entre les membres du personnel infirmier. En outre, l'importance d'un bon transfert de l'information et de l'utilisation de celle-ci pour coordonner les soins est également marquée dans les soins de santé mentale et débordent du cadre des soins médicaux et psychiatriques classiques pour s'étendre à une vaste gamme de services, tels que l'hébergement et l'emploi.^{7;15} En soins de première ligne, la notion de transfert de l'information est souvent imbriquée dans l'accent mis sur le fait de voir le même intervenant au fil du temps comme un moyen de faciliter la disponibilité des dossiers médicaux d'une visite à l'autre et l'accumulation de connaissances contextuelles pertinentes.

Connaissances accumulées

Les écrits ou la littérature ont tendance à souligner les détails biomédicaux ou les détails propres au problème. En outre,

la recherche sur le transfert de l'information indique que les renseignements non-médicaux sur les patients (comme les impressions personnelles) sont les moins susceptibles d'être transférés entre différents organismes et intervenants.¹⁶ Les participants à l'atelier ont tenu à souligner que les renseignements sur le patient comme personne sont tout aussi importants pour relier des événements de soins séparés et veiller à ce que les services répondent aux besoins de celui-ci. Connaître les valeurs du patient, ses préférences, son milieu social et ses moyens de soutien a un impact sur la pertinence du plan d'intervention pour le patient et a été associé à une plus grande satisfaction de celui-ci à l'égard des soins.¹⁷

Des rapports stables entre le patient et le soignant permettent à ce dernier de savoir plus de choses sur son patient que n'en contiennent les dossiers médicaux. L'approche à l'égard des soins infirmiers de première ligne, où une infirmière est chargée d'établir le plan d'intervention et de coordonner les services infirmiers pendant le séjour du patient, renforce cet aspect de la continuité. La connaissance qu'a l'infirmière du patient semble liée à des soins plus efficaces et plus personnalisés.

Continuité relationnelle

Sachant que la continuité informationnelle insiste sur la liaison d'éléments de soins distincts dans le temps, la continuité relationnelle reconnaît que le contact suivi entre un patient et le soignant offre le support permettant de relier les soins dans le temps. Le fait de voir régulièrement le même intervenant encourage la continuité informationnelle et semble aussi engendrer une série d'excellents avantages, comme la confiance, la compréhension réciproque et une responsabilité envers le patient. Cela relie les soins passés aux soins actuels et constitue un trait d'union avec les soins

futurs. Dans les soins de première ligne, par exemple, la continuité est facilitée quand un patient sait qui contacter lorsqu'un nouveau problème de santé survient.¹⁸

Les relations continues patient-soignant

Une relation continue entre le patient et l'intervenant contribue à relier entre eux des événements distincts. Cependant, la nature des relations interpersonnelles entre intervenants et patients dépend de la durée et du type de soins prodigués. Une relation peut se nouer au cours d'un seul épisode de soins (comme dans le cas d'une hospitalisation en soins aigus), au cours de soins médicaux spécialisés ou au cours de soins globaux à long terme (soins de première ligne ou soins à domicile).

La continuité relationnelle, plus marquée dans les écrits sur les soins de première ligne, est souvent appelée « continuité de l'intervenant ». La plupart des médecins généralistes perçoivent la continuité comme une relation établie entre un patient et un médecin et qui s'étend sur plusieurs épisodes de soins et dans le temps.¹⁹ Une forte relation implique un sens d'appartenance entre le patient et son traitant (« mon médecin », « mon patient »). Cela suppose aussi que les patients ont recours à celui-ci pour la plupart de leurs besoins et que l'intervenant se sent responsable envers lui. Il est certain que ce modèle où le patient s'adresse toujours à un certain intervenant pour de longues périodes a été associé à de meilleurs soins, notamment à une meilleure reconnaissance des problèmes, à l'exactitude du diagnostic et à une meilleure observance dans la prise de médicaments ainsi qu'à une réduction des hospitalisations.¹⁸ Cependant, les mécanismes qui sous-tendent ces avantages demeurent flous. Certains chercheurs ont avancé l'hypothèse qu'un contact régulier permet d'accumuler des connaissances médicales et contextuelles sur

les patients que les soignants emmagasinent dans leur mémoire et leurs dossiers médicaux.^{20;21} D'autres croient que les fruits d'une relation continue sont la confiance, une compréhension mutuelle, une bonne communication et une responsabilisation du médecin face au patient acquis avec le temps.²² Ces notions figurent dans de nombreuses descriptions de la continuité, mais sont soulignées de façon plus marquée dans les soins de première ligne et les soins de santé mentale.

Dans les soins de première ligne une forte relation patient-soignant est vue comme un avantage incontestable et l'on attribue à celle-ci des vertus thérapeutiques. En santé mentale, par contre, où le travail d'équipe est souvent préconisé,²⁴ des relations se nouent entre les patients et plusieurs intervenants.¹⁵ Cette approche d'équipe réduit le risque de dépendance des patients à un soignant en particulier et semble faciliter la formation de relations pour ceux qui présentent des incapacités à ce niveau.^{25;26} Cependant, la stabilité chez les soignants est importante à cause de la difficulté que beaucoup de malades mentaux ont à nouer et à maintenir des relations.

En soins de première ligne, la continuité relationnelle est souvent exprimée comme la fidélité du patient, parce que les visites sont largement demandées par celui-ci, cela en fait le principal agent de la continuité relationnelle. Les médecins font rarement l'effort de contacter ceux qui manquent les visites de suivi. Par contre, les intervenants de santé mentale estiment que c'est leur rôle d'être le principal agent de la continuité en maintenant le contact avec leurs patients, de suivre leurs progrès et de les amener au besoin à reprendre leur traitement. On a appelé cela la « continuité de contact ».⁷ D'ailleurs, la nécessité de faire un effort d'approche reflète la nature

chronique des malades mentaux, qui ont souvent une extrême difficulté à négocier les soins.¹⁵ En outre, le suivi périodique est vu comme essentiel pour éviter les problèmes de grande instabilité ou de crise qui peuvent survenir quand les patients perdent contact.²⁷

Constance du personnel

Il est important de voir les mêmes soignants, même dans des milieux où on ne s'attend pas à voir s'établir des relations durables, comme dans les soins aigus ou les soins à domicile. La documentation récente sur les soins infirmiers souligne l'importance de la « continuité d'infirmière » et recommande de réduire le nombre total d'infirmières qui s'occupent d'un même patient. On estime que d'avoir la même infirmière est un facteur générateur de constance dans les soins et de réactivité parce que le plan d'intervention est fondé sur une meilleure information.²⁸ Les patients, particulièrement les patients à la santé fragile, ne veulent pas répéter leur histoire et redire leurs préférences à une multitude de soignants, ni avoir à superviser leurs propres soins pour veiller à ce que les protocoles de soins soient partagés et respectés par différents intervenants. Là-dessus, les participants à l'atelier étaient d'avis que les personnes âgées fragiles, en particulier, trouvent difficile de traiter avec différentes personnes qui viennent leur rendre visite chez elles à des moments imprévisibles. Bien que les préférences de ces patients n'aient pas été mentionnées en termes de continuité, leur aspiration à une certaine prévisibilité des soins se rapporte clairement aux trois types de continuité.

Continuité d'approche

Le mot « continuité » est également employé pour désigner la prestation de types de soins dans le temps de sorte qu'ils se complètent et que les services nécessaires ne soient ni manqués, ni répétés, ni mal

synchronisés. Dans certaines disciplines, comme dans les soins de santé mentale, le plan d'intervention dépasse le cadre des soins médicaux et infirmiers traditionnels pour inclure aussi les services sociaux.

Cohérence des soins

Établir des plans d'intervention clairs pour s'assurer de la cohérence durant le traitement est un thème récurrent dans les écrits sur la continuité. Contrairement à la continuité relationnelle, où l'accent est mis sur le patient en tant que personne, la continuité d'approche s'occupe d'un problème de santé particulier, notamment les problèmes chroniques ou récurrents.

Le plan d'approche peut couvrir seulement une partie du plan d'intervention auprès du malade — comme les soins infirmiers au cours de l'hospitalisation — ou s'étendre dans le temps, du diagnostic au traitement ou aux soins palliatifs. Les plans pour les maladies prolongées sont souvent appelés « continuum de soins » (*continuum of care*) ou « cheminement de soins » (*care pathways*), dans lesquelles le contenu, la chronologie et le déroulement des interventions dans le temps sont prescrits. Les plans peuvent être établis pour plusieurs épisodes d'une même maladie, comme le SIDA, ou pour gérer les divers aspects d'une maladie chronique, comme le diabète. Les plans d'intervention sont particulièrement utiles quand les soins sont prodigués par plusieurs intervenants différents, parce que les buts, les approches adoptées et les responsabilités peuvent être explicites. Plus la maladie est longue ou plus grand est le nombre des soins nécessaires, plus il est important pour les soignants d'avoir un plan de gestion commun et de s'y tenir. Bien que la coordination désigne spécifiquement l'interaction entre les intervenants — et ce n'est déjà plus, à strictement parler, de la continuité —, elle devrait permettre au

patient de ressentir la « continuité d'approche », c'est-à-dire que les soins reçus de divers intervenants sont organisés de façon cohérente.

Ce type de continuité est plus évident dans les écrits portant sur des maladies particulières, où l'accent est mis sur le *contenu* du plan, avec relativement peu d'attention accordée aux mécanismes de communication et de mise en œuvre. Déterminer une séquence de soins bien adaptée pour une maladie donnée est un pré-requis pour la continuité d'approche, mais cela ne devient de la continuité que si cette séquence est sérieusement suivie.

D'autre part, la documentation sur les soins infirmiers et les soins de santé mentale met l'accent sur la cohérence de la mise en œuvre des plans. La définition de la continuité la plus citée dans les écrits sur les soins infirmiers est un exemple d'accent mis sur la prestation des soins : « La continuité est un flux régulier ou une progression de soins d'une infirmière à l'autre, d'un quart de travail à l'autre et d'une discipline à l'autre. »²⁹ Ce « flux régulier » suppose un plan de soins implicite et le transfert de l'information est essentiel au maintien de la progression.

La transition d'un contexte à l'autre est un point de rupture dans la continuité d'approche, d'où le caractère prépondérant accordé à la planification des congés dans la documentation sur la continuité. Plus que toute autre profession de santé, la pratique infirmière a assumé la responsabilité de la transition des soins au patient entre les différents milieux, généralement d'un hôpital de soins aigus à des soins à domicile assurés par une infirmière ou d'autres soignants. De plus en plus, la planification des congés est assurée par une infirmière de liaison de l'hôpital, qui connaît mieux les

soins non hospitaliers et qui peut faire le trait d'union entre divers milieux.

En santé mentale, l'emploi du terme « continuité des soins » souligne la nécessité de connecter les interventions de traitement, tant à court qu'à long terme, en une stratégie de soins cohérente parfois appelée « continuité du traitement ou du service ». ^{13;30;31} Pour réussir une transition entre les soins hospitaliers et les services communautaires de santé mentale, Tessler laisse entendre que les patients ont besoin d'un plan d'intervention avec des approches et des objectifs communs, qui comprend un suivi assuré par des soignants communautaires peu après la sortie de l'hôpital.

En santé mentale, les demandes particulières pour coordonner des services de diverses sources et suivre les patients dans le temps a fait naître l'idée de confier cette tâche à des gestionnaires de cas. Ceux-ci ont différentes tâches allant de la négociation de services médicaux et non médicaux à la prestation de soins directs. En santé mentale, les idées de continuité et de gestion de cas sont étroitement imbriquées, ce qui fait dire à Bachrach que « la gestion de cas [est] le véhicule qui permet de mettre en pratique l'idée de la continuité des soins. » ³² L'idée du gestionnaire de cas comporte beaucoup d'éléments de la continuité relationnelle, mais le rôle de celui-ci est le plus souvent perçu comme lié à la continuité d'approche. Leur fonction varie d'un milieu à l'autre, allant de la négociation de services médicaux et non médicaux à la prestation de soins directs. Dans tous les modèles, ils constituent un point stable dans un complexe de soins.

Souplesse

Les malades mentaux ont besoin de plans d'intervention particulièrement

souples pouvant s'adapter à des changements dans leurs besoins et leurs conditions de vie. Bass & Windle ^{27;33} parlent de la continuité comme d'un « rapprochement entre les soins passés et présents en accord avec les besoins thérapeutiques du client », en insistant sur le *caractère personnalisé des plans d'intervention*. L'approche et un suivi permanent sont importants pour adapter la stratégie de soins aux besoins changeants du patient. L'accent mis sur le contact maintenu par les soignants avec les patients a fait inclure dans la littérature et les écrits en santé mentale l'accessibilité comme caractéristique de la continuité; cependant, ces actions visent plus à assurer l'adaptation et la réalisation des objectifs de gestion qu'à faciliter l'entrée dans le système de santé.

Bien que la souplesse ne soit pas explicitement mentionnée dans d'autres disciplines comme caractéristique clé de la continuité, elle fait implicitement partie de l'accent que les infirmières mettent sur les fréquentes évaluations des besoins du patient et l'établissement de plans d'intervention personnalisés. Elle est également sous-entendue dans les soins de première ligne, où les intervenants trouvent une importante partie de leur autonomie dans l'adaptation des protocoles de soins aux besoins, contextes et valeurs individuels de chaque patient. La souplesse devrait faire partie intégrante de toute stratégie de soins étalée sur une longue période, qu'il s'agisse d'adapter les soins aux changements de cycle de vie (transition des soins pédiatriques aux soins pour adultes) ou aux changements dans le statut fonctionnel des malades chroniques ou encore aux changements d'objectif de gestion, comme dans le passage du traitement aux soins palliatifs.

Sommaire

Il existe deux éléments essentiels et trois types de continuité couramment perçus comme aspects de la continuité des soins. Les éléments essentiels formant la base nécessaire pour comprendre tous les types de continuité sont les soins reçus et vécus par un patient et les soins prodigués dans le temps. Les trois types de continuité sont : la continuité informationnelle (transfert et utilisation de l'information sur divers éléments de soins et connaissance accumulée de facteurs contextuels), la continuité relationnelle (entretien d'une relation entre le patient et le soignant dans le temps et la constance du personnel), et la continuité d'approche, qui est la prestation de services opportuns et complémentaires adaptés aux besoins changeants du patient. Ces caractéristiques peuvent être perçues comme étant axées sur la personne ou sur la maladie et le trait marquant de la continuité dépendra de la situation. Dans les soins de première ligne et les soins de santé mentale, l'accent est mis sur les caractéristiques axées sur la personne, comme la permanence de la relation patient-soignant, la connaissance du patient et la souplesse. Dans les soins aigus et les soins ambulatoires spécialisés, on souligne notamment le transfert de l'information et la cohérence du plan d'intervention dans le temps.

MESURES DE CONTINUITÉ

En plus de clarifier sa définition, ce projet avait pour objectifs de cataloguer les outils et les approches existants pour mesurer la continuité, recommander des contextes dans lesquels ceux-ci peuvent être potentiellement utilisés et cerner les domaines exigeant plus d'élaboration ou d'affinement des mesures. Le sentiment général qui se dégage de la documentation et de l'atelier est que la continuité des soins est un concept ayant de nombreux attributs. Il

faut donc de nombreuses mesures pour en saisir toute la teneur. Des mesures valables et fiables sont nécessaires pour deux raisons — premièrement, pour la recherche (étudier l'influence de la continuité sur des résultats spécifiques et les choix dont s'accompagne l'amélioration de la continuité). Sa deuxième utilité est de surveiller la performance du système et l'assurance de la qualité. Les payeurs du système de santé, les intervenants et les patients désirent suivre et améliorer ce trait saillant des soins de santé.

Notre examen de la littérature a révélé de nombreux écrits sur différentes mesures qui ont été proposées, appliquées et modifiées pour divers milieux. Dans la plupart des cas, ces mesures avaient été élaborées pour examiner un seul aspect de la continuité dans un seul contexte. Les outils qui examinent la continuité entre différents milieux de soins et entre différents groupes professionnels manquent sérieusement.

Beaucoup de mesures sont indirectes et fondées sur des suppositions non éprouvées portant sur des associations avec les concepts sous-jacents de la continuité traités plus haut. Les outils les plus couramment employés tendent à porter sur les aspects chronologiques des soins. Ces mesures ont été critiquées parce qu'elles semblent très éloignées des impressions quotidiennes des patients et de leurs soignants sur la continuité.³⁴ Récemment encore, on s'appliquait peu à mesurer le point de vue du patient sur la continuité. En fait, on sait relativement peu de chose sur la façon dont les patients perçoivent les divers aspects du déroulement harmonieux de leurs soins et sur la stabilité de ces perceptions et préférences dans le temps.

Cette partie comprend deux sections : la première résume les mesures cernées dans l'analyse documentaire des

types de continuité susmentionnés. L'Annexe B contient la description détaillée de ces mesures et de leurs utilisations dans les soins de première ligne, les soins infirmiers, les soins de santé mentale et les soins visant des états de santé particuliers. La deuxième partie présente les recommandations émanant de l'atelier et fait état des recherches nécessaires.

Modes de mesure et outils disponibles

Mesures chronologiques

La grande majorité des mesures de la continuité des soins examinent les caractéristiques chronologiques du contact du patient avec les intervenants. Les caractéristiques étudiées comprennent la durée et la fréquence des contacts entre le patient et le soignant, la concentration des soins entre différents intervenants et la séquence des soins. Conformément à notre thèse selon laquelle la continuité désigne la façon dont un patient vit les soins qu'il reçoit dans le temps, ces mesures sont habituellement appliquées au niveau de la personne et peuvent être regroupées au niveau de l'intervenant ou au niveau organisationnel pour donner des perspectives orientées vers les intervenants et le système.

Si beaucoup ont délimité la chronologie comme une dimension indépendante de la continuité, nous sommes persuadés, pour notre part, que ce n'est pas un concept distinct, mais plutôt une approximation (*proxy*) des types sous-jacents de la continuité traités plus haut. Nous croyons que l'emploi de mesures chronologiques comme indicateurs valables de la continuité est justifié seulement si les aspects de la chronologie des soins sont fortement associés à un ou plusieurs types de continuité.

Durée et intensité de la relation patient-soignant

Les premières mesures chronologiques portaient sur la durée et/ou la fréquence du contact avec un intervenant (ou un groupe d'intervenants) identifié comme le soignant attribué d'un patient. L'attrait de cette approche réside dans sa simplicité et dans le fait qu'il est facile de se procurer les données nécessaires auprès de sources administratives. Ces mesures ont été utilisées dans les soins de première ligne, les soins infirmiers et les soins de santé mentale.³⁵⁻³⁷ Leur utilité est basée sur la supposition qu'un contact prolongé ou répété avec le même intervenant est associé à des relations plus fortes, à une meilleure reprise et à un meilleur transfert de l'information ainsi qu'à une gestion plus cohérente. Cependant, ces suppositions ne reposent que sur des preuves très minces. Freeman et Hjortdahl soulignent que le fait de voir le même intervenant dans le temps pour la plupart des soins ne produit pas nécessairement une relation de confiance et de fidélité.²³

En outre, les mesures portent sur un seul intervenant (ou groupe d'intervenants) et ne tiennent pas compte des soins prodigués par d'autres. Nous estimons que ces mesures employées seules sont insuffisantes et constituent des indicateurs potentiellement trompeurs de la continuité.

Concentration des soins entre différents intervenants

Au cours des deux dernières décennies, plus d'une douzaine de mesures ont été développées pour évaluer la façon dont les soins sont concentrés entre les différents intervenants que le patient voit. L'approche la plus simple est de compter le nombre d'intervenants (habituellement dans la même discipline) avec lesquels un patient a eu contact au cours d'un épisode de soins

ou d'un intervalle de temps particulier. Cette approche a trouvé une application particulière dans les milieux où beaucoup des intervenants prodiguent des soins aux patients, comme les soins hospitaliers ou les soins infirmiers. Compter le nombre de soignants est considéré comme une approche relativement brute pour mesurer la dispersion des soins du fait qu'elle ignore l'intensité relative des soins prodigués par différents intervenants.

D'autres mesures ont été élaborées pour évaluer la concentration des soins, y compris l'index *Usual Provider of Care* (Index des intervenants habituels - UPC)³⁸ et l'index *Continuity of Care* (Index de la continuité des soins - COC)³⁹ couramment utilisés. Le UPC mesure la proportion de visites avec un intervenant habituel sur une période donnée. Cet index est appliqué à l'intervenant régulier ou personnel d'un patient ou, s'il n'est pas connu, à celui que le patient voit le plus souvent.⁴⁰ Bien qu'il soit souvent supposé mesurer la force de la dimension relationnelle de la continuité, il existe peu d'éléments probants pour étayer cette thèse.^{41;42} Les principaux avantages de l'indice UPC est sa vaste application à ses services, sa dimension intuitive et sa facilité d'application; par contre, son grand défaut est le fait que les valeurs de l'indice sont affectées par les niveaux d'utilisation, donnant des résultats faussement élevés pour des faibles utilisateurs. Il a été largement appliqué dans les soins de première ligne, mais des variantes ont également été récemment appliquées dans les soins de santé mentale, les soins infirmiers de première ligne et les soins contre le cancer.⁴³⁻⁴⁵

L'indice de la continuité des soins (COC) fonctionne bien mathématiquement, tient compte du nombre de différents intervenants rencontrés et peut être adapté

pour saisir les aspects de la coordination des soins en faisant remonter les visites par référence aux intervenants qui les ont demandées. Cependant, contrairement au UPC, il ne se prête pas aisément au calcul, manque d'une interprétation facile et peut masquer des profils de visites nettement différents. Dans la plupart des études sur les groupes de médecine générale, les chercheurs ont trouvé que les index UPC et COC sont fortement reliés entre eux et que le UPC, le plus simple, est souvent préféré. D'autres mesures de concentration des soins ont également été proposées, y compris des mesures qui s'ajustent au nombre d'intervenants,⁴⁶ au nombre total de rencontres,⁴⁷ et à l'ordre dans lequel les soins sont reçus.⁴⁸ D'autre part, plusieurs mesures de concentration basées sur une seule visite ont été élaborées, tandis que d'autres ont été⁴⁹ préparées spécialement pour certains groupes de patients.⁵⁰ En général, ces mesures supplémentaires présentent des avantages théoriques, mais n'ont pas été validées en profondeur ni largement appliquées.

Soins séquentiels

De nombreuses mesures ont été mises au point pour évaluer les visites consécutives des patients avec le même intervenant ou groupe d'intervenants. La plus connue est le *Sequential Continuity Index* (Index de la continuité séquentielle - SECON)⁴⁶ qui mesure la proportion de visites consécutives avec le même intervenant. En raison de l'accent qu'il met sur l'ordre des soins, il est théoriquement très utile pour estimer la nécessité du transfert de l'information entre professionnels et l'établissement dans le temps.¹⁸ La continuité séquentielle a été associée à certains bons résultats,⁴⁴ mais on ne comprend pas bien comment elle est reliée à la continuité informationnelle ou à d'autres concepts sous-jacents.

Mesures de la continuité informationnelle

Les mesures de continuité informationnelle peuvent être généralement divisées en deux types — des mesures concernant le transfert de l'information d'un intervenant à l'autre et des mesures concernant la reprise et l'utilisation de cette information par des intervenants ultérieurs. En général, les participants à l'atelier ont convenu que si le transfert et la prise d'information est un trait essentiel de la continuité entre les milieux de soins, les mesures dans ce type de continuité sont parmi les moins développées.

Transfert de l'information

La méthode la plus courante pour mesurer le transfert de l'information est d'examiner si l'information pertinente est enregistrée (sur des dossiers papiers ou électroniques, tels que fiches médicales, formulaires de références et plans de sortie) et ensuite si elle est transmise entre intervenants ou établissements.⁵¹⁻⁵⁴ Ce type de mesure est très courant quand un patient est officiellement transféré d'un établissement ou d'un niveau de soins à un autre — par exemple, de l'hôpital aux soins à domicile.

Comme l'information est souvent passée directement d'un travailleur de la santé à un autre plutôt que par la seule utilisation de documentation écrite, le transfert de l'information est parfois présumé quand des planificateurs de congés ou des gestionnaires de cas sont impliqués dans les soins d'un patient.^{55;56} La supposition est que s'ils sont présents à ce stade des soins, l'information a été transférée et intégrée. Une fois de plus, cette supposition n'a pas été vérifiée. Parallèlement, la communication orale entre les intervenants⁵⁷ et les intervenants qui visitent leurs patients dans divers contextes

de soins⁵⁸ passe également pour une preuve de transfert de l'information.

L'information : reprise et utilisation

Comme il n'y a continuité informationnelle que lorsque l'information sur les événements de santé passés est utilisée pour traiter une situation présente, les preuves montrant uniquement que le transfert a été effectué sont insuffisantes pour mesurer la continuité informationnelle. Une approche plus élaborée vérifie si les intervenants sont au courant de ce qui s'est passé antérieurement et comment cela affecte les soins du moment. Par le passé, les chercheurs examinaient les dossiers médicaux pour y trouver des preuves que des problèmes de santé, analyses et visites antérieures avaient été reconnus ou avaient fait l'objet d'un suivi.^{51;59} Récemment certains outils de mesure s'adressent directement aux patients recevant des soins de première ligne ou des soins de santé mentale à savoir si leurs dossiers précédents étaient disponibles quand ils ont rencontré leur intervenant, si ce dernier avait connaissance d'autres visites, si les documents de référence ont été utilisés et si les problèmes cernés au cours des visites précédentes ont fait l'objet d'un suivi.^{41;60-62}

Mesures de la continuité relationnelle

Beaucoup de chercheurs se demandent si des soins prolongés ou concentrés avec un intervenant unique (ou groupe d'intervenants) témoignent de la force de la relation thérapeutique entre le patient et l'intervenant. Les mesures chronologiques reflètent-elles à elles seules une bonne communication, un sens de la responsabilité et l'accumulation de données médicales et de connaissances contextuelles? C'est pourquoi on s'applique de plus en plus à mesurer ces traits interpersonnels en interrogeant *directement* les patients et/ou les intervenants.

Affiliation

L'affiliation est la mesure de continuité relationnelle la plus couramment employée, notamment dans les soins de première ligne.⁶³⁻⁶⁵ Dans sa forme la plus simple et la plus souvent appliquée, on demande aux patients s'ils ont un médecin (ou un autre intervenant) « régulier » ou « personnel »; si c'est le cas, on suppose qu'ils ont une relation continue avec un intervenant. Une approche plus élaborée, nommée « affiliation », suppose que si le patient peut nommer son intervenant, il est fort probable qu'il entretienne avec celui-ci des rapports continus. Dans les systèmes de santé où les patients choisissent un intervenant, les dossiers d'inscription servent souvent de témoin dans ce sens.⁶⁶ D'autre part, l'affiliation est aussi une mesure de continuité courante en soins de maternité. On demande aux patientes si elles connaissent le médecin qui leur a prodigué les soins prénataux, perinataux et post-nataux et si c'était le même tout au long.⁶⁷ Alors que l'affiliation simple fait clairement partie de la continuité relationnelle, les participants à l'atelier ont généralement convenu qu'il fallait d'autres mesures pour cerner la continuité relationnelle.

Force des relations patient-soignant

En plus de demander aux patients et aux soignants s'ils ont une relation continue, les chercheurs s'informent directement de la force des relations interpersonnelles qui les unissent, notamment les niveaux de communication, la confiance, la facilité des échanges et la connaissance générale des antécédents médicaux, le comportement, les attitudes, les préférences et les conditions sociales du patient. La plus simple de ces mesures est d'évaluer globalement à quel point les patients connaissent leur intervenant et vice-versa. Bien que simple, cette mesure a été associée à une meilleure observance à la prise de médicaments⁶⁸

ainsi qu'à une meilleure capacité des patients à faire face à leur maladie⁶⁹ et à un diagnostic et à une intervention plus justes.¹⁷ Il existe encore d'autres outils plus perfectionnés. L'échelle de la « perception de la continuité » contient une sous-échelle mesurant les aspects de la connaissance, de la confiance, de la cordialité des relations, etc.⁴² Trois nouveaux outils mesurent cette dimension dans le cadre d'une évaluation de la qualité générale des soins de première ligne. L'indice des « éléments des soins de première ligne » (*Components of Primary Care*) mesure la préférence du patient d'être traité par son médecin personnel, sa confiance dans le médecin et la mesure dans laquelle le patient se sent connu par celui-ci.⁴¹ L'« outil d'évaluation des soins de première ligne » (*Primary Care Assessment Tool*) mesure la perception de l'écoute et de la communication de l'intervenant par le patient et la mesure dans laquelle le patient est connu comme personne.⁷⁰ Parallèlement, l'« enquête d'évaluation des soins de première ligne » (*Primary Care Assessment Survey*) estime la qualité de la relation par trois sous-échelles : traitement interpersonnel (patience, amabilité, intérêt et respect de l'intervenant), confiance en l'intervenant et mesure dans laquelle le patient se sent connu de celui-ci.⁶² Dans les soins de santé mentale, la nouvelle « échelle de continuité des services de santé mentale de l'Alberta » (*Alberta Continuity of Services for Mental Health*) contient une échelle secondaire semblable mesurant les aspects de la confiance du patient dans les intervenants de soins et la qualité de sa communication avec eux.⁶⁰

Mesures de continuité du plan d'intervention

Une dernière dimension de la continuité est la cohérence de l'approche pour gérer la maladie ou l'état d'un patient. La continuité est mesurée selon que les soins

sont prodigués dans le bon ordre, au bon moment et de la façon appropriée sous l'angle clinique. Il est difficile de mesurer la continuité dans l'ensemble de la séquence clinique et la plupart des mesures se concentrent sur des points essentiels précis.

Suivi prescrit

L'une des mesures les plus couramment utilisées vérifie si les visites de suivi se déroulent comme prescrites ou, autrement, l'intervalle jusqu'à la visite de suivi. Le plus souvent cette approche est employée pour examiner les soins qui débordent des limites organisationnelles. Les visites de suivi ne constituent qu'un petit aspect de la continuité, mais ce sont des mesures essentielles pour les soins de santé mentale, où il a été démontré qu'un bon suivi après le congé est associé à de meilleurs résultats.¹³

Cohérence des soins entre les intervenants

La façon la plus courante de mesurer la cohérence des soins est d'examiner si les protocoles de soins pour des maladies particulières sont bien respectés quand le traitement d'un patient fait appel à divers milieux et intervenants. L'attention est presque toujours fixée sur un seul aspect du protocole, telle la réadaptation précoce pour les patients victimes d'un accident vasculaire cérébral. Dans ces cas, la distinction entre la mesure de la continuité et celle de la qualité des soins médicaux est souvent floue.

Conclusions générales sur les mesures

À la fin de l'atelier, nous avons atteint un consensus général sur les grandes questions concernant les mesures de la continuité des soins. Cependant, il était clair que notre intention initiale de recommander des mesures particulières à appliquer dans

divers milieux était prématurée. Les participants étaient fortement d'accord sur la nécessité d'établir de nouvelles mesures et de clarifier les mesures existantes pour que les éléments clés de la continuité puissent être mesurés avec précision. Voici les recommandations générales découlant de l'atelier. Des recommandations plus précises sur les mesures employées pour différents types de soins figurent à l'Annexe C.

1. Il faut plusieurs mesures pour saisir tous les concepts de la continuité. Aucune approche ou mesure seule ne peut rendre le concept dans son ensemble.

Comme la continuité comporte plusieurs aspects différents, plusieurs mesures sont nécessaires pour couvrir toutes les facettes du concept. De l'avis général, les trois aspects sous-jacents de la continuité – interpersonnel, informationnel et d'approche – se rapportent à divers degrés à la plupart des milieux de santé, sinon à tous.

2. Certaines mesures sont plus utiles que d'autres dans certains contextes.

Comme certains aspects de la continuité touchent plus particulièrement certains types de soins, il s'ensuit que certaines mesures seront plus utiles dans des contextes particuliers. Par exemple, les mesures de la continuité relationnelle peuvent ne pas être aussi utiles aux soins hospitaliers que la continuité informationnelle. Parallèlement, la continuité d'approche est particulièrement importante dans la gestion des soins de santé mentale et des maladies. Comme les types de continuité diffèrent considérablement dans les contextes de soins (comme les types d'information à transférer et le contenu des protocoles de soins), les mesures adaptées à des contextes particuliers sont probablement nécessaires pour couvrir ces nuances.

3. Il faut de nouvelles mesures, particulièrement pour les soins qui dépassent les limites organisationnelles et pour la continuité informationnelle.

Les participants à l'atelier reconnaissent que les outils existants sont insuffisants pour mesurer la continuité des soins. Il y a, en particulier, relativement peu de mesures valables concernant le transfert de l'information et la cohérence des soins, spécialement entre les différents organismes et les différentes disciplines. Il faut des mesures qui cernent la continuité dans une trajectoire de soins faisant appel à différentes disciplines, à divers sites et structures organisationnelles. En outre, comme les séjours à l'hôpital sont devenus plus courts et que plus de soins ont été transférés dans des milieux ambulatoires et à domicile, on a besoin de meilleures méthodes pour évaluer le transfert de l'information et la cohérence des soins entre les hôpitaux, les organismes de soins à domicile et les intervenants de soins de première ligne. En santé mentale, il y a en outre la nécessité d'étendre ces mesures aux services fournis par les organismes sociaux. On a besoin de mesures qui vont plus loin que de vérifier la disponibilité et la circulation de l'information et qui portent sur la façon dont l'information est reprise et utilisée pour améliorer la santé. Les participants à l'atelier ont convenu que des méthodes qualitatives et quantitatives étaient nécessaires pour élaborer des mesures utiles.

4. Il faut insister plus sur l'élaboration et l'application de mesures directes du point de vue du patient.

Dans la mesure du possible, la continuité devrait être mesurée sous l'angle du patient. Non seulement cela permettra de mieux comprendre les aspects de la continuité essentiels pour divers groupes de patients et

divers milieux de soins, mais en les comparant aux mesures chronologiques existantes, les chercheurs et les décideurs saisiront mieux quand et comment les mesures chronologiques en vigueur devraient être utilisées. Ces comparaisons contribueront à clarifier les convictions non éprouvées concernant l'association entre les mesures existantes et les concepts sous-jacents. Afin de concevoir et d'évaluer les interventions de la continuité, les participants ont convenu de la nécessité d'avoir plus de connaissances sur ce que mesurent les mesures existantes.

5. Le rôle des mesures chronologiques doit être clarifié.

D'autre part, les participants à l'atelier se sont généralement entendus sur l'importance de garder – et au besoin d'adapter – certaines mesures chronologiques compte tenu du fait qu'elles sont largement acceptées et de leur faisabilité administrative pour les grands groupes de patients, notamment pour rendre compte de la continuité des soins dans toute une région. Cependant, la prudence s'impose pour interpréter ces mesures jusqu'à ce qu'on ait une meilleure connaissance de leur fonctionnement. Il faut en outre mieux savoir ce qu'elles valent pour mesurer la continuité dans d'autres contextes que ceux pour lesquels elles ont été élaborées.

6. Il faut mettre au point des moyens pour mesurer la continuité des soins prodigués par des équipes.

Les mesures les plus disponibles portent sur un seul intervenant de soins comme agent de la continuité. Les tendances actuelles dans les soins de santé exigent l'élargissement de la mesure du point focal de la mesure de la continuité aux équipes pluridisciplinaires. Cela exige une connaissance plus approfondie de l'action réciproque entre les patients et les membres de l'équipe, de la

façon dont les données médicales et les connaissances contextuelles circulent entre les membres de l'équipe et de la façon dont les équipes collaborent pour fournir des soins souples et cohérents.

CONCLUSIONS

La continuité est le résultat, dans le temps, du bon accès des patients aux soins, des bonnes relations personnelles avec les intervenants, de la bonne circulation et de la reprise de l'information entre les intervenants et entre les établissements, ainsi que de la bonne coordination des soins entre intervenants pour maintenir la cohérence des soins. La continuité est le produit d'une relation patient-soignant stable, de l'utilisation de l'information pertinente sur les soins antérieurs et d'une application cohérente de stratégies pour gérer les problèmes de santé. Elle consiste à relier entre eux des éléments de soins distincts (soins de différents intervenants ou différents épisodes de maladie) ainsi qu'à maintenir et à soutenir des éléments qui durent dans le temps, tels que les lignes directrices ou protocoles de soins pour le traitement des maladies et des relations stables entre patients et intervenants. Il est de plus en plus compliqué de faire tout cela, les éléments étant fournis par un plus grand nombre de personnes ou d'établissements et du fait qu'ils concernent divers aspects de santé.

Les mécanismes pour améliorer la continuité — y compris la coordination et la collaboration entre intervenants, la planification des congés et l'inscription des patients (*patient rostering*) — ne sont pas en eux-mêmes équivalents à la continuité. Pour la continuité, ces mécanismes doivent procurer à un patient en particulier l'expérience de l'harmonie de soins cohérents et bien reliés entre eux. L'expérience de la continuité peut être vue

sous l'angle du patient ou de l'intervenant. Pour les patients et leurs familles, la continuité vise la perception que les intervenants savent ce qui s'est produit avant, que les divers intervenants s'entendent sur un plan de traitement et que l'intervenant qui les connaît s'occupera d'eux à l'avenir. Pour les intervenants, la continuité est la perception qu'ils ont suffisamment d'information et de connaissances sur un patient pour lui appliquer le mieux possible leurs compétences professionnelles et que les soins qu'ils prodiguent sont reconnus et recherchés par d'autres intervenants.

À ce jour, beaucoup de mesures de continuité ont été axées sur des mécanismes dont on croit qu'ils favorisent la continuité plutôt que de mesurer directement le vécu des patients et des intervenants. Ces mesures peuvent en effet se révéler prometteuses comme indicateurs de continuité ou de discontinuité, mais elles doivent être testées en regard de l'expérience directe avant d'être utilisées pour contrôler la continuité des soins par les différents intervenants et systèmes. Rechercher une continuité perfectionnée n'est pas une fin en soi; la priorité devrait être d'identifier et de mesurer les éléments de continuité associés à une meilleure santé, à une plus grande satisfaction ou à une meilleure efficacité.

Notre synthèse et notre consultation ont dégagé trois grandes lacunes dans les mesures courantes : premièrement, les mesures ont toujours été associées à une discipline et reflètent la façon dont les intervenants conçoivent la continuité. Il est temps que la perspective du patient devienne prioritaire pour les mesures. Récemment, plusieurs nouveaux instruments ont été mis au point dans ce sens au Canada et devraient être testés et appliqués. Deuxièmement, les mesures existantes se concentrent sur les

aspects chronologiques des soins, alors qu'on ne sait que peu de chose sur la façon dont elles se rapportent à la continuité informationnelle, relationnelle et d'approche. Ces mesures devraient être utilisées avec prudence jusqu'à ce que les effets de ces rapports soient mieux connus. Troisièmement, il y a d'importantes lacunes dans la gamme d'instruments disponibles, spécialement pour mesurer le transfert, la reprise et l'utilisation de l'information médicale ou contextuelle. Parallèlement, il y a peu d'outils pour mesurer la cohérence des soins, notamment ceux qui débordent des limites organisationnelles. De l'avis général, des recherches plus poussées s'imposent pour mettre au point de nouvelles mesures et en valider ou en adapter d'anciennes avant qu'une série complète d'indicateurs de performance puisse être recommandée.

Quand les intervenants ou les chercheurs de diverses disciplines parlent de continuité, les malentendus et la confusion

demeureront jusqu'à ce qu'ils clarifient les types de continuité dont ils parlent. Par exemple, en discutant de leurs soucis à l'égard de la continuité de soins post-hospitaliers, une infirmière peut parler d'une mauvaise transmission de l'information sur les soins hospitaliers au nouveau soignant. Un médecin de famille peut penser à la rupture de la relation thérapeutique établie avec le patient, et un spécialiste peut s'inquiéter de la conformité d'autres intervenants au protocole de soins. Pour le patient, les caractéristiques de la continuité axées tant sur la personne que sur la maladie sont importantes pour qu'il sente qu'on s'occupe bien de lui dans le temps. La réalisation de la continuité est un processus actif dans lequel les patients et les intervenants ont leur rôle à jouer

Références

1. Organisation mondiale de la santé. The Ljubljana Charter on Reforming Health Care. <http://www.who.dk/cpa/charter.htm>. 6-19-1996. 2-4-2001.
2. Institute of Medicine. Primary Care: America's Health in a New Era. Washington,DC: National Academy Press, 1996.
3. NHS Service Delivery and Organization National R&D Programme. National Listening Exercise: Report of the Findings. 1-2-2000. London, UK, NHS Service Delivery and Reorganization National R&D Programme.
4. Rubenstein LV, Fink A, Yano EM, Simon B, Chernof B, Robbins AS. Increasing the impact of quality improvement on health: an expert panel method for setting institutional priorities. *Joint Commission Journal on Quality Improvement* 1995;**21**:420-32.
5. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Concours de subventions ouvert 2001 : invitation à présenter des lettres d'intention. http://www.chsrf.ca/english/programs/OGC2001loi_e.html#3. 2000. 2-4-2001.
6. Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. À l'écoute : consultation nationale sur les enjeux reliés aux services et aux politiques de la santé. Rapport mixte du Comité consultatif des services de santé de la Conférence des sous-ministres fédéral, provinciaux et territoriaux, Office canadien de coordination de l'évaluation des technologies de la santé, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, Institut canadien d'information sur la santé et Institut de recherche sur les services et les politiques de la santé, Institut de recherche en santé du Canada, 2001.
7. Johnson S, Prosser D, Bindman J, Szmukler G. Continuity of care for the severely mentally ill: concepts and mesures. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1997;**32**:137-42.
8. Dietrich AJ, Marton KI. Does continuous care from a physician make a difference? *J Fam Pract* 1982;**15**:929-37.
9. Wall EM. Continuity of care and family medicine: definition, determinants, and relation to outcome. *J Fam Pract* 1981;**13**:655-64.
10. Starfield B. Continuous confusion. *Am J Public Health* 1980;**70**:117-9.
11. Hennen BK. Continuity of care in family practice. Part 1: dimensions of continuity. *J Fam Pract* 1975;**2**:371-2.
12. Baker F, Vischi T. Continuity of care and the control of costs: can case management assure both? *J Public Health Policy* 1989;**10**:204-13.

13. Sytema S, Burgess P. Continuity of care and readmission in two service systems: a comparative Victorian and Groningen case-register study. *Acta Psychiatr Scand* 1999;**100**:212-9.
14. Starfield B, Simborg D, Johns C, Horn S. Coordination of care and its relation to continuity and medical records. *Med Care* 1977;**15**:929-388.
15. Test M. Continuity of care in community treatment. *Ment Health Serv* 1979;**2**:15-22.
16. Anderson MA, Helms LB. Talking about patients: communication and continuity of care. *J Cardiovasc Nurs* 2000;**14**:15-28.
17. Hjortdahl P. The influence of general practitioners' knowledge about their patients on the clinical decision-making process. *Scand J Prim Health Care* 1992;**10**:290-4.
18. Starfield BH. Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology. New York, NY: Oxford University Press, 1998.
19. Freeman G. Priority given by doctors to continuity of care. *J R Coll Gen Pract* 1985;**35**:423-6.
20. Rogers J, Curtis P. The concept and measurement of continuity in primary care. *Am J Public Health* 1980;**70**:122-7.
21. Hjortdahl P, Borchgrevink CF. Continuity of care: influence of general practitioners' knowledge about their patients on use of resources in consultations. *BMJ* 1991;**303**:1181-4.
22. Banahan BFJ, Banahan BF. Continuity as an attitudinal contract. *J Fam Pract* 1981;**12**:767-8.
23. Freeman G, Hjortdahl P. What future for continuity of care in general practice? *BMJ* 1997;**314**:1870-3.
24. Torrey EF. Continuous treatment teams in the care of the chronic mentally ill. *Hosp Community Psychiatry* 1986;**37**:1243-7.
25. Quartier F. ["Continuity". Progress of a team in today's psychiatry]. [French]. *Ann Med Psychol (Paris)***144**:931-40.
26. Lamb HR. Therapist- case managers: more than just brokering services. *Hosp Community Psychiatry* 1980; **31**:762-3.
27. Bachrach LL. Continuity of care for chronic mental patients: a conceptual analysis. *Am J Psychiatry* 1981;**138**:1449-56.
28. Piette JD, Weinberger M, and McPhee SJ. The effect of automated calls with telephone nurse follow-up on patient-centered outcomes of diabetes care: a randomized, controlled trial. *Med Care* 38, 218-230. 2000.

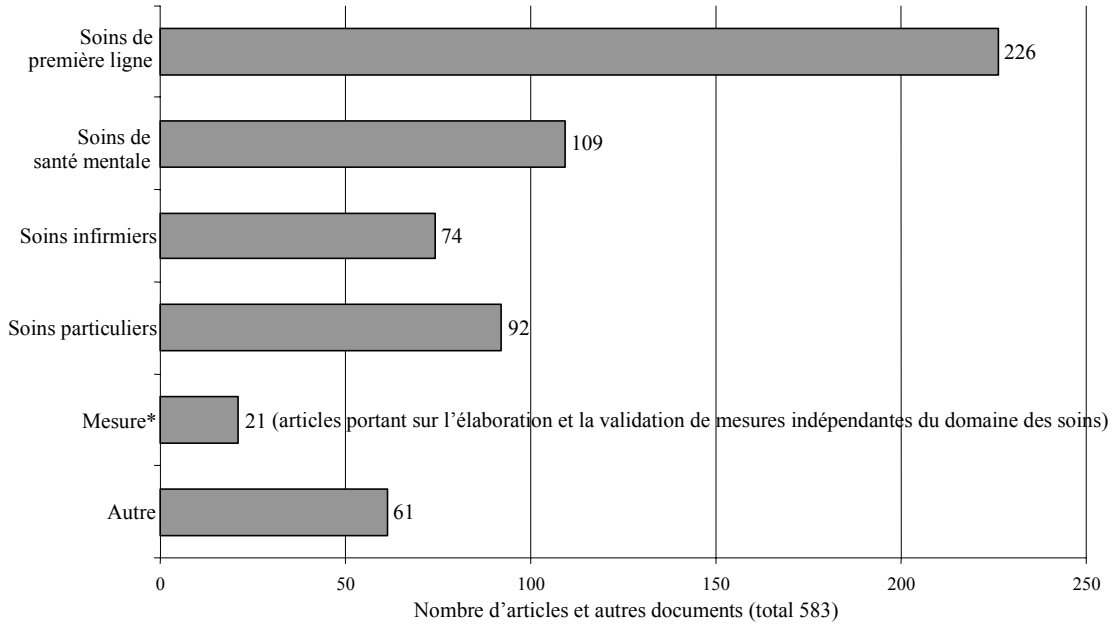
29. Bower FB. The Process of Planning Nursing Care. St. Louis, MO: Mosby, 1972.
30. Tessler R, Mason JH. Continuity of care in the delivery of mental health services. *Am J Psychiatry* 1979;**136**:1297-301.
31. Barbato A, Terzian E, Saraceno B, Montero Barquero F, Tognoni G. Patterns of aftercare for psychiatric patients discharged after short inpatient treatment. An Italian collaborative study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1992;**27**:46-52.
32. Bachrach LL. Spotlight on Canada. *Hospital and Community Psychiatry* 1993;**44**:931-3.
33. Bass RD, Windle C. Continuity of care: an approach to measurement. *Am J Psychiatry* 1972;**129**:110-5.
34. Ware NC, Tugenberg T, Dickey B, McHorney CA. An ethnographic study of the meaning of continuity of care in mental health services. *Psychiatr Serv* 1999;**50**:395-400.
35. Kao AC, et al. Effects of choice, continuity and payment method. *J Gen Intern Med* 1998;**13** :681-6.
36. Bostrom J, Tisnado J, Zimmerman J, Lazar N. The impact of continuity of nursing care personnel on patient satisfaction. *J Nurs Adm* 1994;**24**:64-8.
37. Casadebaig F, Quemada N. Mode et durée des prises en charge d'une clientèle de secteurs psychiatriques publics. / Method and duration of treatment of clients in public mental health facilities. *Evolution Psychiatrique* 1992;**57**:213-23.
38. Breslau N, Reeb KG. Continuity of care in a university-based practice. *J Med Educ* 1975;**50** :965-9.
39. Bice TW, Boxerman SB. A quantitative measure of continuity of care. *Med Care* 1977;**15**:347-9.
40. Ejlertsson G, Berg S. Continuity-of-care measures. An analytic and empirical comparison. *Med Care* 1984;**22**:231-9.
41. Flocke SA. Measuring attributes of primary care: development of a new instrument. *J Fam Pract* 1997;**45**:64-74.
42. Chao J. Continuity of care: incorporating patient perceptions. *Fam Med* 1988;**20**:333-7.
43. Gray R, Smedley N. Assessing primary nursing in mental health. *Nursing Standard* 1998;**12**:35-8.
44. Chien CF, Steinwachs DM, Lehman AF, Fahey M, Skinner EA. Provider continuity and outcomes of care for persons with schizophrenia. *Ment Health Serv* 2000;**2**:201-11.
45. Mor V, Rice C. Physician use among patients receiving cancer chemotherapy. *Cancer* 1993;**71** :219-25.

46. Steinwachs DM. Measuring provider continuity in ambulatory care: an assessment of alternative approaches. *Med Care* 1979;**17**:551-65.
47. Magill MK, Senf J. A new method for measuring continuity of care in family practice residencies. *J Fam Pract* 1987;**24**:165-8.
48. Lou WYW. A new measure for continuity of care: the Alpha index. *Health Services and Outcomes Research Methodology* 2001;**1**:277-89.
49. Eriksson EA, Mattsson LG. Quantitative measurement of continuity of care. Measures in use and an alternative approach. *Med Care* 1983;**21**:858-75.
50. Shortell SM. Continuity of medical care: conceptualization and measurement. *Med Care* 1976;**14**:377-91.
51. Johns CJ, Simborg DW, Blum BI, Starfield BH. A minirecord: an aid to continuity of care. *Johns Hopkins Med J* 1977;**140**:277-84.
52. Rosenthal JM, Miller DB. Providers have failed to work for continuity. *Hospitals* 1979;**53**:79-83.
53. Anderson MA, Helms L. Home health care referrals following hospital discharge: communication in health services delivery. *Hosp Health Serv Adm* 1993;**38**:537-55.
54. Rea CM, Thompson GE. Multidisciplinary patient management by means of a high social risk screening tool. *Clin Perform Qual Health Care* 1996;**4**:159-63.
55. Boyd C, Henderson WE. Improving continuity of care through a state hospital-CMHC liaison program. *Hosp Community Psychiatry* 1978;**29**:384-6.
56. Hazell PL. Clinical continuity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992;**31**:172-3.
57. Semke, JI. Continuity of care for chronically mentally ill individuals with substance abuse problems. 1991.
58. Susman J, Zervanos NJ, Byerly B. Continuity of care and outcome in nursing home patients transferred to a community hospital. *Fam Med* 1989;**21**:118-21.
59. Starfield BH, Simborg DW, Horn SD, Yourtee SA. Continuity and coordination in primary care: their achievement and utility. *Med Care* 1976;**14**:625-36.
60. Adair CE, Wild TC, Joyce AS, McDougall GM, Gordon MD, Costigan N *et al*. Development of a measure of perceived continuity of care for persons with severe mental illness. *Am J Epidemiology* 2001;**153**:S101.
61. Shi LY. Type of health insurance and the quality of primary care experience. *Am J Public Health* 2000;**90**:1848-55.

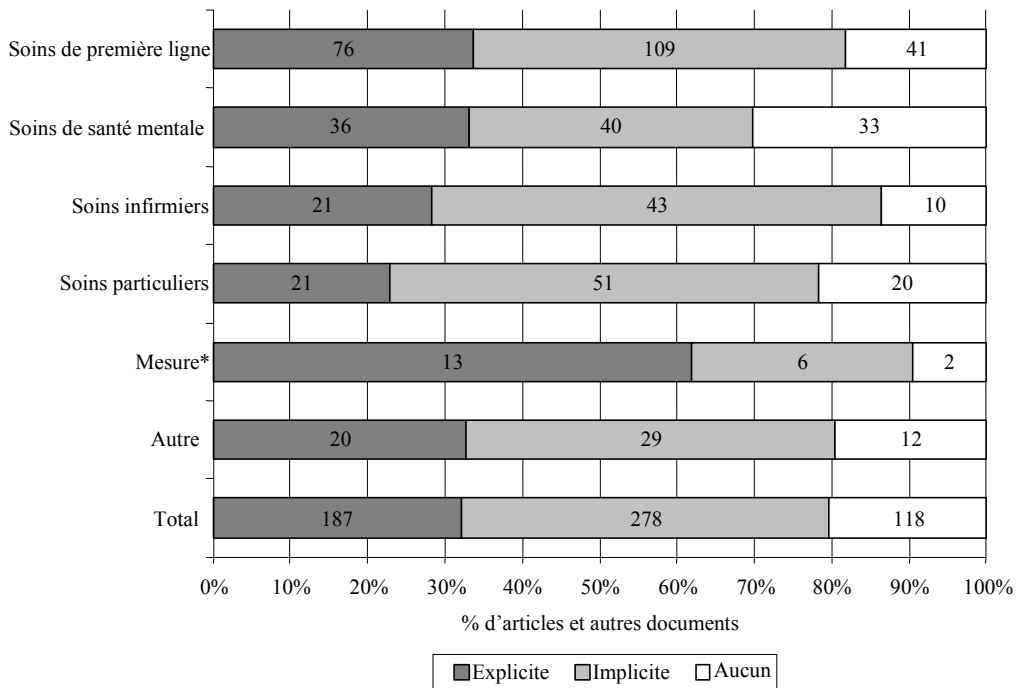
62. Safran DG, Kosinski M, Tarlov AR, Rogers WH, Taira DH, Lieberman N *et al.* The Primary Care Assessment Survey: tests of data quality and measurement performance. *Med Care* 1998;**36**:728-39.
63. Baker D, Stevens C, Brook R. Regular source of ambulatory care and medical care utilization by patients presenting to a public health emergency department. *JAMA* 1994;**271**:1909.
64. Kogan MD, Alexander GR, Teitelbaum MA, Jack BW, Kotelchuck M, Pappas G. The effect of gaps in health insurance on continuity of a regular source of care among preschool-aged children in the United States. *JAMA* 1995;**274**:1429-35.
65. Weiss GL, Ramsey CA. Regular source of primary medical care and patient satisfaction. *Qual Rev Bull* 1989;**15**:180-4.
66. Freeman GK, Richards SC. How much personal care in four group practices? *BMJ* 1990;**301**:1028-30.
67. Hemingway H, Saunders D, Parsons L. Social class, spoken language and pattern of care as determinants of continuity of care in maternity services in east London. *J Public Health Med* 1997;**19**:156-61.
68. Ettlinger PRA, Freeman GK. General practice compliance study. *BMJ* 1981;**4**:1192-4.
69. Howie JGR, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ, Freeman GK, Rai H. Quality of general practice consultations: cross sectional survey. *BMJ* 1999;**319**:738-43.
70. Shi L, Starfield B, Xu J. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. *J Fam Pract* 2001;**50**:n161w-n171w.

ANNEXE A – SOMMAIRE DES RÉSULTATS D'ABSTRACTIONS

1. Domaine des soins

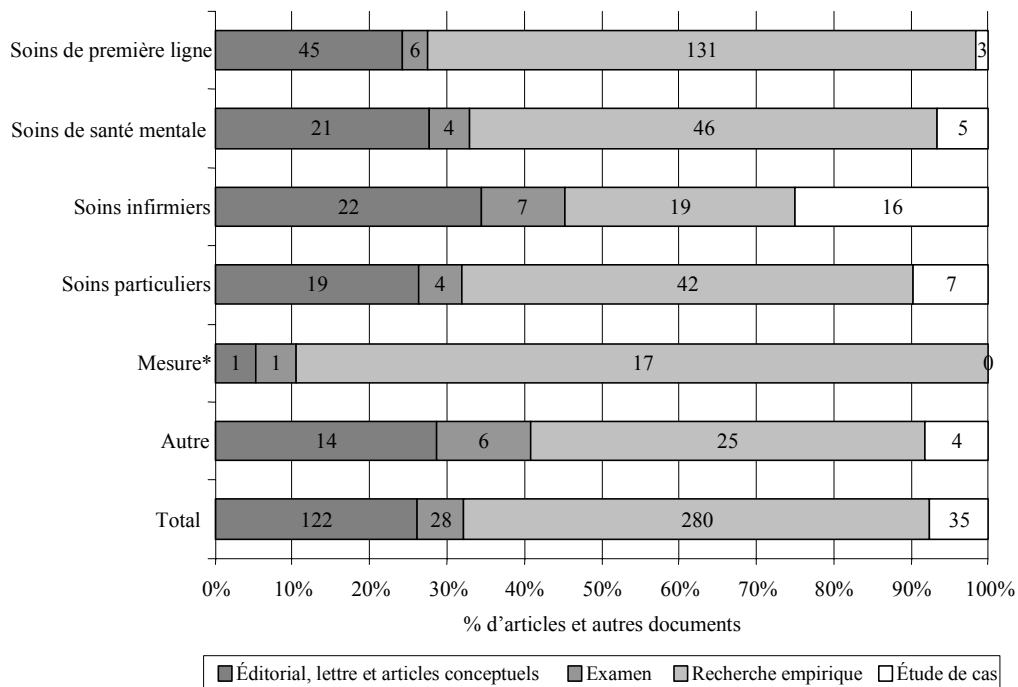


2. Type de définition

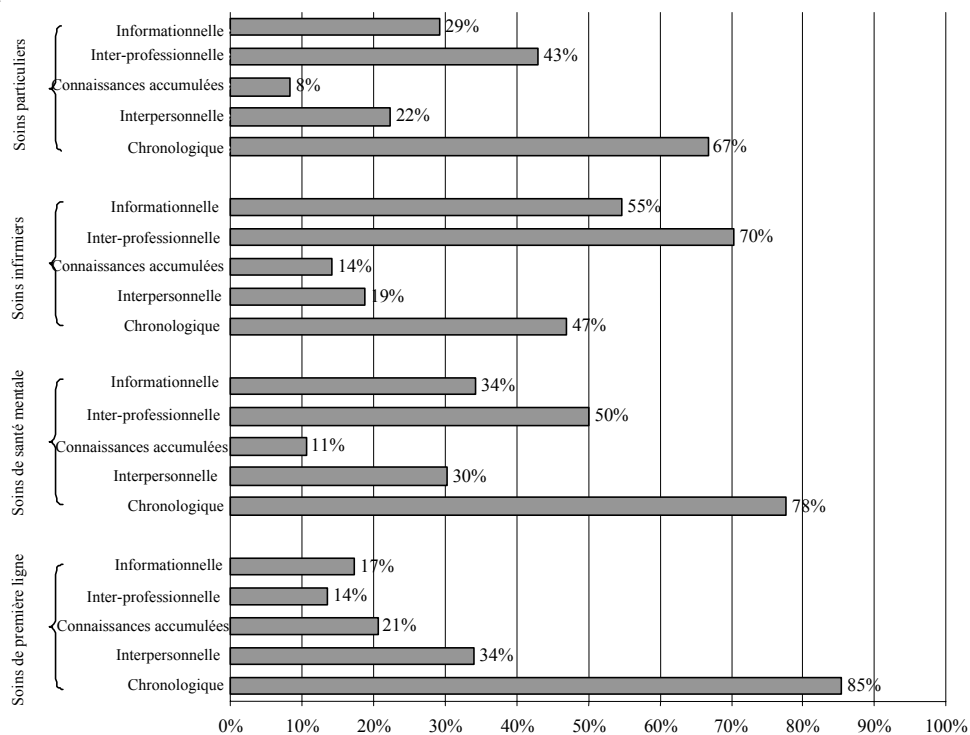


3. Type d'article

(Note: sont omis tous les articles sans définition implicite ou explicite)



4. Aspects de la continuité



ANNEXE B – CATALOGUE DES MESURES DE LA CONTINUITÉ ET DES MODES DE MESURE

Mesure	Description	Adaptations et modifications	Formule (s'il y a lieu)	Avantages	Inconvénients et avertissements
1. Mesures de la chronologie des soins					
Durée de l'affiliation patient-soignant	<ul style="list-style-type: none"> • Période de la première à la dernière rencontre entre le patient et le soignant. • Les données peuvent provenir des relevés d'inscription, des dossiers d'utilisation ou des enquêtes sur les patients et les soignants. • Portée 0 à ∞ 	<ul style="list-style-type: none"> • Peut être adaptée pour étudier les taux d'abandon des patients (ou des intervenants) dans un organisme au cours d'une période déterminée (Harrington et al 1993; McWhinney et al 1988). • Peut être adaptée pour étudier la durée du suivi à long terme des problèmes chroniques (Dorwart et al 1994). 	s/o	<ul style="list-style-type: none"> • Facile à mesurer à partir des données d'inscription et des données recueillies au cours des rencontres. • En soins de première ligne, la durée de l'affiliation est associée aux connaissances accumulées par les intervenants (Hjortdahl 1992), envers le patient et à la satisfaction du patient. (Hjortdahl et al 1992) 	<ul style="list-style-type: none"> • Ne mesure pas directement la force de la relation ni le transfert de l'information. • Ignore l'intensité et le profil de services reçus. Par exemple, les services peuvent être dispersés et sans suite, mais de longue durée. • Ne rend pas compte des relations avec d'autres intervenants ni du lieu de soins. • Validité non étudiée en profondeur.
Intensité de l'affiliation patient-soignant	<ul style="list-style-type: none"> • Examine le nombre et/ou la durée totale des visites avec l'intervenant au cours d'une période donnée. • Portée 0 à ∞ 	<ul style="list-style-type: none"> • Peut appliquer les seuils d'intensité en supposant un nombre minimum de rencontres pour maintenir la continuité (Smith et al 1998). • Peut être adaptée pour étudier la 'discontinuité' en mesurant les intervalles sans contact (Ansel 1997; Shaw et al 1990; Tessler 1987) ou l'intensité de contact avec d'autres intervenants, comme l'urgence (Horan et al 1980; O'Shea et al 1982). • En soins de santé mentale, peut déterminer si le patient est un « cas actif » (Semke 1991). 	s/o	<ul style="list-style-type: none"> • Facile à mesurer à partir des données d'inscription ou des rencontres. • Particulièrement utile pour identifier des personnes ayant une mauvaise continuité à cause des obstacles d'accessibilité (écarts dans les soins). 	<ul style="list-style-type: none"> • Ne mesure pas directement la force de la relation, le flux d'information ni la cohérence du plan d'intervention. • Ignore les différences dans le profil de prestation (séquence des soins entre différents intervenants).

Mesure	Description	Adaptations et modifications	Formule (s'il y a lieu)	Avantages	Inconvénients et avertissements
Concentration des soins Nombre d'intervenants	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'intervenants avec lesquels le patient a été en contact durant un épisode de soins (hospitalisation) ou un temps déterminé (un an). • Mesure fondée sur la supposition qu'une plus grande concentration des soins avec un intervenant (ou établissement de santé) se traduit par une relation plus forte, un plan d'intervention plus cohérent et/ou des transferts d'information plus harmonieux. • Portée 0 à ∞ 	<ul style="list-style-type: none"> • Peut compter seulement les intervenants de même discipline (médecins de soins de première ligne, infirmières) ou de toutes disciplines. • Peut être résumée comme une variable dichotomique (patients ayant visité un seul intervenant au cours d'une période donnée contre ceux qui en ont vu plus d'un). (Hall et al 1994; Veale et al 1995) • Peut être adapté pour compter le nombre d'établissements plutôt que le nombre d'intervenants ayant eu un contact avec le patient (Brown et al 1994; Meyer et al 1996; Sahlberg-Blom et al 1998). • Peut être adaptée pour compter le nombre de sources mentionnées ou non mentionnées. (Mor et al 1993) • En santé mentale et en soins infirmiers, peut être adaptée pour compter les gestionnaires de cas (Lehman et al 1994) ou les organismes communautaires (Brown et al 1994). 	s/o	<ul style="list-style-type: none"> • Facile à mesurer à partir des dossiers médicaux ou des données informatiques sur les rencontres • Se prête à une interprétation intuitive, comme la nécessité d'échanger l'information entre intervenants (même discipline ou différentes disciplines) augmente avec le nombre de intervenants. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ignore l'intensité des soins prodigués par différents intervenants et la séquence des soins. • Ne mesure pas directement la force de la relation patient-intervenant • Ne rend pas compte du degré de communication ni de coordination des soins entre intervenants. • Validité des suppositions non examinée en profondeur.

Mesure	Description	Adaptations et modifications	Formule (s'il y a lieu)	Avantages	Inconvénients et avertissements
Intervenant habituel de la continuité. (UPC) (Breslau et al 1975)	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de visites à un intervenant 'habituel' et nombre total de visites à des intervenants semblables dans une période donnée. • L'intervenant 'habituel' peut être déterminé de plusieurs façons, notamment (a) l'intervenant préféré du patient, (b) l'intervenant figurant sur le dossier d'inscription du patient (dans les systèmes de santé où les patients s'inscrivent avec des intervenants particuliers), ou, le plus souvent, (c) l'intervenant le plus souvent consulté déterminé à partir des dossiers médicaux ou des données de facturation. • Portée de 0 à 1 	<ul style="list-style-type: none"> • Peut être modifiée pour mesurer la continuité des intervenants travaillant en groupe (continuité de lieu). • Peut être résumée comme variable dichotomique. Les patients sont ordinairement divisés en patients ayant reçu tous leurs soins d'une source unique et tous les autres (Mindlin et al 1969; Phillips et al 1980; Rogers et al 1980). • L'UPC peut être réuni à l'échelle du groupe (Menec et al 2000) • Peut être statistiquement normalisée (Ejlertsson et al 1985). • Peut être modifiée comme mesure basée sur les visites (Eriksson et al 1983; Starfield et al 1976). • Pour les soins de première ligne, souvent basé sur la première visite (non sur les visites répétées). • Le <i>Fundamental Continuity of Care</i> (FCCI) est une modification de l'UPC qui rend compte en outre de la durée cumulative des contacts avec l'intervenant habituel. (Citro et al 1998) 	$UPC = n_i / N$ <p>où n_i est le nombre de visites au intervenant i habituel, N est le nombre total de visites.</p> <p>Ou, avec les données administratives d'utilisation, on peut spécifier:</p> $UPC = \frac{\max(x_1, \dots, x_k) - 1}{N - 1}$ <p>où x est le nombre de visites fait à chaque intervenant parmi les k intervenants vus par le patient dans une période donnée, l'intervenant avec le plus grande nombre de visites, $\max(x_1, \dots, x_k)$, est considéré l'intervenant habituel.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mesure largement utilisée facilitant les comparaisons entre études. • Relativement facile à appliquer avec des données administratives (de facturation, par ex.). • Parce qu'elle désigne un intervenant habituel, est potentiellement utile pour examiner le rôle d'un clinicien primaire ou gestionnaire de cas dans les soins prodigués à un patient. • Les valeurs ont un sens et sont intuitivement attrayantes pour des cliniciens. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mesure indirecte de la force d'une relation, du transfert de l'information et/ou de la cohérence des soins. • Peu sensible à la distribution des visites aux intervenants autres que l'habituel. • Ne rend pas compte du nombre d'intervenants rencontrés. • Pas indépendant des niveaux d'utilisation. La mesure baisse quand le nombre des visites augmente. • Ignore la séquence des visites et le degré de communication et de coordination entre intervenants. • Exige une information complète sur les intervenants pour chaque visite de patient.

Mesure	Description	Adaptations et modifications	Formule (s'il y a lieu)	Avantages	Inconvénients et avertissements
Index de la continuité des soins (COC) (Bice et al 1977)	<ul style="list-style-type: none"> Mesure à la fois la dispersion et la concentration des soins entre tous les intervenants rencontrés. Portée de 0 à 1 	<ul style="list-style-type: none"> Peut être adaptée pour mesurer la concentration des soins à un établissement de soins ou avec un groupe d'intervenants. Des index de concentration semblables ont été établis, y compris le FRAC (Roos et al 1980) et le CON. (Shortell 1976) 	$COC = \frac{\sum_{i=1}^k n_i^2 - N}{N(N-1)}$ <p>où n_i est le nombre de visites à l'intervenant, i et N sont le total du nombre de visites durant une période déterminée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Mesure largement utilisée, permettant la comparaison entre études. Rend compte du nombre d'intervenants rencontrés (la valeur tombe avec un nombre grandissant d'intervenants). Sensible aux changements dans la distribution des visites entre les intervenants. Bon rendement mathématique. Tend à avoir une moyenne de 0,5 et un fort coefficient de variation. 	<ul style="list-style-type: none"> Absence d'une interprétation intuitive. Aucun sens inhérent, sauf aux extrêmes. Peut masquer d'importantes différences dans la séquence des soins. Exige des données d'utilisation détaillées. Sensible à l'utilisation. Faussement élevé pour de faibles usagers et remonte avec les forts usagers (Smedby et al 1986; Steinwachs 1979) Mesure tombant rapidement avec l'augmentation du nombre d'intervenants rencontrés. (Magill et al 1987)
Index de la continuité des intervenants 'connus' (K index) (Ejlertsson et al 1985)	<ul style="list-style-type: none"> Mesure la concentration des soins avec différents intervenants. Modifie un simple compte du nombre d'intervenants avec le nombre de visites faites. Portée de 0 à 1 	<ul style="list-style-type: none"> Peut être adaptée comme mesure axée sur les visites (k index) où k est 1 pour les intervenants connus et 0 pour les autres (Eriksson et al 1983). 	$K = (N - k)/(N - 1)$ <p>où N est le nombre total de visites et k est le nombre d'intervenants vu durant une période déterminée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Facile à calculer. Couramment utilisée et permettant les comparaisons entre les sites et les études. Exige des données d'utilisation sommaires seulement (nombre de visites d'intervenants). Rend compte du nombre total de visites. Se prête à l'interprétation intuitive quand la nécessité d'un échange d'information entre intervenants (même discipline ou autre discipline) augmente avec le nombre d'intervenants. 	<ul style="list-style-type: none"> Peut être sensible aux différences dans les niveaux d'utilisation (la mesure augmente avec l'augmentation du nombre de visites). (Eriksson 1990) Ne rend pas compte de la séquence des visites.

Mesure	Description	Adaptations et modifications	Formule (s'il y a lieu)	Avantages	Inconvénients et avertissements
Probabilité de la continuité (LICON) (Steinwachs 1979)	<ul style="list-style-type: none"> Mesure la probabilité que le nombre d'intervenants rencontrés soit plus faible que celui qui aurait été dans des conditions aléatoires, compte tenu des niveaux d'utilisation et du nombre d'intervenants disponibles. Portée de 0 à 1 	<ul style="list-style-type: none"> Pour les patients en systèmes d'«accès ouvert», le nombre d'intervenants disponibles est supposé être le nombre maximum d'intervenants rencontrés par n'importe quel patient. 	$LICON = 1 - \sum_{i=1}^k P_n i + \frac{i}{M} P_{n-1}(i)$ <p>où</p> $P_n i = \frac{M - [i-1]}{M} P_{n-1}(i-1) + (i/M) P_{n-1} i$ <p>N es le nombre total de visites, n_i es le nombre de visites d'intervenant i, P est la probabilité de voir k intervenants en n visites en supposants assignation au hasard, M est le total nombre d'intervenants disponibles.</p>	<ul style="list-style-type: none"> La plus applicable dans des milieux où il y a d'importantes différences dans le nombre d'intervenants disponibles. N'exige pas de données de visite détaillées (seulement le nombre de visites et les différents intervenants rencontrés). Permet de différencier entre la continuité d'intervenants 'forcée' (en raison de leur nombre limité) et la continuité 'choisie'. 	<ul style="list-style-type: none"> Calcul compliqué. Ne reflète pas les profils de soins particuliers et manque d'interprétation intuitive. Exige des données sur le nombre d'intervenants disponibles. Très sensible à la façon dont le nombre d'intervenants disponibles est mesuré. Ne rend pas compte du nombre de visites ni de la distribution des visites entre les intervenants. Ne rend pas compte de la séquence des soins entre les intervenants. Peu utilisée.
Index de la continuité modifiée (MCI) (Godkin et al 1984)	<ul style="list-style-type: none"> Mesure la concentration des soins dans un groupe de patients. Calculé en divisant le nombre moyende visites pour un groupe par le nombre moyen d'intervenants dans le groupe. Élaboré pour rendre compte des problèmes de l'index COC. Portée de 0 à 1 		$MCI = \frac{\sum_{i=1}^k n_i / k}{\sum_{i=1}^k p_i / k}$ <p>où N_i est le nombre de visites, p_i est le nombre d'intervenants vus par le patient I dans un groupe du taille k durant une période déterminée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Calcul simple. Rend compte du nombre total de visites faites par les patients. Rend compte du nombre d'intervenants rencontrés. Exige seulement des mesures d'utilisation sommaires (nombre de visites et d'intervenants rencontrés par chaque patient). 	<ul style="list-style-type: none"> Difficile à interpréter. Les extrêmes de la continuité ne sont pas reflétés dans la mesure (deux visites aux mêmes intervenants donnent un résultat intermédiaire plutôt qu'une continuité 'parfaite'). Ne rend pas compte de la séquence des soins. Peu utilisée et faiblement validée à ce jour.
Index de la continuité modifiée (MMCI) (Magill et al 1987)	<ul style="list-style-type: none"> Mesure la concentration des soins avec les intervenants et à l'échelle du patient Élaborée pour rendre compte des problèmes des index COC et MCI. Portée de 0 à 1 	<ul style="list-style-type: none"> Peut être réuni à l'échelle du groupe. 	$MMCI = \frac{1 - (K_i / [N_i + 0.1])}{1 - (1 / [N_i + 0.1])}$ <p>où N_i est le nombre de visites, K_i est le nombre total d'intervenants vus par le patient i au cours d'une période donnée.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Calcul simple. Exige seulement des mesures d'utilisation sommaires. Rend compte le nombre total de visites et d'intervenants. Pas trop sensible au grand nombre d'intervenants. 	<ul style="list-style-type: none"> Ne rend pas compte de la séquence des soins. Peu utilisé et faiblement validé à ce jour.

Mesure	Description	Adaptations et modifications	Formule (s'il y a lieu)	Avantages	Inconvénients et avertissements
Séquence des soins Continuité séquentielle (SECON) (Steinwachs 1979)	<ul style="list-style-type: none"> La proportion de visites séquentielles avec le même intervenant sur une période de temps discrète. Fondée sur le relevé des rencontres. Portée de 0 à 1 	<ul style="list-style-type: none"> Peut être adaptée comme mesure axée sur les visites (index s) (si l'intervenant rencontré à cette visite a été vu avant) (Becker et al 1972; Pilotto et al 1996). Peut être adaptée pour rendre compte du nombre d'intervenants disponibles (Likelihood of Sequential Continuity, LISECON). (Steinwachs 1979) Peut être dichotomisée (que le patient reçoive ou non un nombre seuil de visites consécutives du même intervenant). (Sweeney et al 1995) 	$SECON = \frac{\phi_1 + \dots + \phi_{n-1}}{N - 1}$ où $\phi = 1$ si les visites i et $i+1$ sont avec le même intervenant, $\phi = 0$ autrement, durant une période déterminée.	<ul style="list-style-type: none"> Interprétation intuitive. Sensible aux changements dans la séquence des visites. Potentiellement utile pour mesurer la somme des communications nécessaires entre intervenants en raison des transferts de soins. 	<ul style="list-style-type: none"> Ne mesure pas la continuité à long terme, mais seulement visite par visite. Ne prends pas en compte tous les intervenants. Données détaillées sur les visites exigées (nombre des visites à chaque intervenant et ordre dans lequel a lieu chaque rencontre). Insensible à la distribution des visites entre les intervenants si la séquence demeure constante. Ne prend pas en compte le nombre total de visites.
Alpha Index (CI_α) (Lou 2001)	<ul style="list-style-type: none"> Représente une moyenne pondérée entre la continuité séquentielle et la concentration d'intervenants rencontrés au cours d'une série de visites du patient. 		$CI_\alpha = \alpha KL + 1 - \alpha SECON,$ où KL est le KL index d'info sur la concentration, SECON est la continuité séquentielle et α est une pondération prédéterminée de 0 à 1.	<ul style="list-style-type: none"> Combine une mesure de la séquence des visites (SECON) et une mesure de concentration. 	<ul style="list-style-type: none"> Les utilisateurs doivent choisir comment pondérer l'index. Aucune application empirique à ce jour.
Continuité séquentielle basée sur les enquêtes	<ul style="list-style-type: none"> Demander aux répondants si l'intervenant rencontré au cours de cette visite était le même que lors de la visite précédente ou s'il était l'intervenant habituel du patient. 		s/o	<ul style="list-style-type: none"> Facile à calculer. Interprétation intuitive. 	<ul style="list-style-type: none"> Nécessite des données d'enquête. Ne rend pas la continuité à long terme sur plusieurs visites.

Mesure	Description	Adaptations et modifications	Formule (s'il y a lieu)	Avantages	Inconvénients et avertissements
2. Mesure de la continuité relationnelle					
Affiliation entre patient et intervenants	<ul style="list-style-type: none"> L'approche la plus courante est de demander si le patient a un intervenant 'régulier'. On peut aussi demander aux patients de nommer leur intervenant régulier (affiliation nommée, ou <i>named affiliation</i>). 	<ul style="list-style-type: none"> Dans les systèmes où les patients s'inscrivent avec un ou des intervenants particuliers, la liste des patients peut servir à supposer la présence d'un intervenant 'régulier' (Becker et al 1974). Dans les soins de maternité, on peut demander aux patientes si elles connaissent l'intervenant qui leur a prodigué les soins prénataux, perinataux et post-nataux et si c'était le même pour tous ces soins. En soins de première ligne, les chercheurs ont également examiné dans quelle mesure les patients 'réguliers' consultaient leur intervenant pour leurs nouveaux problèmes de santé. (Forrest et al 2000) 	s/o	<ul style="list-style-type: none"> Couramment utilisée dans les soins de première ligne, ce qui permet la comparaison avec d'autres milieux et d'autres études. A été associée à nombre de résultats de santé et meilleurs processus de soins (par ex. Reçus de services préventifs). (Trop de références pour pouvoir toutes les citer) 	<ul style="list-style-type: none"> Mesure brute : en soins de première ligne, une forte majorité des groupes de patients déclarent avoir une source de soins régulière. Ne mesure pas l'intensité de l'affiliation (force de la relation patient-intervenant).
Force de la relation Questions d'enquête sur la portée de l'affiliation entre le patient et l'intervenant	<ul style="list-style-type: none"> L'approche la plus courante est de demander aux patients s'ils connaissent bien leurs intervenants. On peut poser des questions sur la qualité de la communication et de la confiance qui les unit. (Freeman et al 1994) 	<ul style="list-style-type: none"> L'étendue des connaissances peut également s'obtenir en interrogeant les intervenants. (Hjortdahl et al 1991) On peut aussi s'informer sur le sens de la responsabilité actuelle de l'intervenant envers son patient. (Hjortdahl 1992) 	s/o	<ul style="list-style-type: none"> Cerne le point de vue du patient sur les relations. Relativement facile à appliquer dans les milieux médicaux. Bien connaître un intervenant a été associée à la longueur de la relation patient-soignant. (Hjortdahl 1992) Également associée à certains résultats de santé, à la satisfaction du patient et à une meilleure utilisation des ressources. 	<ul style="list-style-type: none"> Exige un sondage des patients, mais constitue une fardeau de réponse légère pour le répondant. La connaissance des patients est mesurée de façon subjective. Les intervenants sont connus pour surestimer l'étendue de leur connaissance des patients. (Hjortdahl 1992)

Mesure	Description	Adaptations et modifications	Formule (s'il y a lieu)	Avantages	Inconvénients et avertissements
Perception de l'échelle de la continuité (Chao 1988)	<ul style="list-style-type: none"> Le questionnaire auto-administré décrit la relation courante entre le médecin et le patient. 23 items divisés en deux sous-échelles d'éléments structurels et d'éléments interpersonnels. La sous-échelle sur les questions interpersonnelles comprend des items sur le caractère détendu des relations, la connaissance, la confiance, la communication et les soins complets. 		s/o	<ul style="list-style-type: none"> Bonne fiabilité pour la cohérence interne. Fortement liée à la satisfaction du patient. L'échelle interpersonnelle a une grande valeur apparente. 	<ul style="list-style-type: none"> Peu d'association avec les index UPC et COC. Généralisabilité douteuse dans les groupes n'appartenant pas à la classe moyenne. Usage limité.
Enquêtes multi-dimensionnelles sur les soins de première ligne	<p>Les trois instruments suivants mesurent plusieurs aspects des soins de première ligne, dont l'un est la force de la relation patient-médecin.</p> <ul style="list-style-type: none"> Enquête sur l'évaluation des soins de première ligne (PCAS). (Safran et al 1998). Les sous-échelles mesurent plusieurs aspects de la relation, y compris la connaissance du patient, la communication, le traitement interpersonnel et la confiance. Outil d'évaluation des soins de première ligne de première ligne (PCAT). Une sous-échelle mesure la portée de l'affiliation longitudinale. (Shi et al 2001; Cassady et al 2000) Les questions portent sur le degré de connaissance du patient par le soignant, la qualité de la communication et le degré de confiance dans les échanges. 		s/o	<ul style="list-style-type: none"> Les enquêtes cernent le point de vue des patients sur la force de la relation. Le PCAS a un bon rendement psychométrique. Le traitement interpersonnel et la confiance sont étroitement liés. Le PCAT a également un bon rendement psychométrique, recueille la version de l'adulte et de l'enfant et cerne à la fois le point de vue du patient et celui du soignant. Le CPC montre un bon rendement psychométrique. La préférence pour un intervenant régulier est associée au respect d'observance du calendrier d'immunisation, à une bonne la communication et aux pratiques de dépistage. 	<ul style="list-style-type: none"> Exige un sondage auprès des patients. Gros fardeau pour le répondant. Peut avoir une forte intensité de ressources. Peut exclure les personnes ayant des difficultés d'accès ou celles qui n'ont pas d'intervenant régulier. Validité non étudiée en profondeur à l'extérieur des États-Unis. Les enquêtes PCAS, PCAT et CPC sont utiles seulement pour mesurer la force de la relation dans les soins de première ligne.

Mesure	Description	Adaptations et modifications	Formule (s'il y a lieu)	Avantages	Inconvénients et avertissements
	<ul style="list-style-type: none"> Éléments de soins de première ligne (CPC). (Flocke 1997) Trois sous-échelles portant sur la force de la relation : préférence pour le médecin régulier; connaissances accumulées et communication interpersonnelle. 				
Échelle de continuité des services de santé mentale de l'Alberta (ACSS-MH) (Adair et al 2001)	<ul style="list-style-type: none"> Enquête multidimensionnelle remplie par les malades mentaux. Quatre sous-échelles, dont une portant sur la relation. Interroger les patients sur leur communication avec l'intervenant et leur confiance en lui. 		s/o	<ul style="list-style-type: none"> Les items ont une bonne fiabilité pour la cohérence interne. La sous-échelle sur la relation a une grande fiabilité test-retest. Preuves de la validité du contenu. Expressément élaborée pour les soins de santé mentale. 	<ul style="list-style-type: none"> Mise au point sur de petits échantillons de malades mentaux. N'est pas encore largement appliquée. Pas encore d'étude de validité parallèle ou prévisionnelle.
3. Mesure de la continuité informationnelle					
Transfert de l'information	<ul style="list-style-type: none"> Les preuves de l'existence d'un mécanisme de transfert de l'information ou des preuves que l'information a été bien transférée (souvent mesuré contre une valeur normative). L'objectif du mécanisme de transfert peut être de transférer l'information d'une visite à l'autre, ou entre les établissements/ organismes. Quelques études examinent le degré de communication entre les intervenants (Boyd et al 1978; Semke 1991) 	<ul style="list-style-type: none"> La présence d'un gestionnaire de cas (ou d'un autre professionnel responsable de la coordination des soins) peut également servir à inférer un mécanisme de transfert de l'information. (Semke 1991) Les exemples comprennent l'évaluation du caractère complet des documents de référence (Rosenthal et al 1979) et de l'utilisation d'un système d'information pharmaceutique. (Foisly et al 1996) 	s/o	<ul style="list-style-type: none"> C'est commode pour évaluer la disponibilité d'un mécanisme, mais c'est plus complexe pour évaluer le transfert de l'information. Transfert et reprise de l'information essentiels quand plusieurs intervenants assurent les soins dans les temps. Souvent intégré dans les programmes d'amélioration de la qualité (hôpitaux). 	<ul style="list-style-type: none"> Mesure seulement la caractéristique structurale des soins. La mesure ne détermine pas si l'information est reprise par les intervenants et utilisée pour éclairer les soins du moment. L'absence de méthodes normalisées complique la comparaison entre études. Les mesures peuvent se faire selon le lieu ou le contexte, ce qui limite la comparabilité.

Mesure	Description	Adaptations et modifications	Formule (s'il y a lieu)	Avantages	Inconvénients et avertissements
		<ul style="list-style-type: none"> • Une autre variante : dans quelle mesure un même intervenant visite un patient dans différents milieux (médecin de soins de première ligne visitant un patient à l'hôpital). (Olfson et al 1998). 			
Inventaire des données de référence (RDI) (Anderson & Helms 1995)	<ul style="list-style-type: none"> • L'instrument mesure la somme et le type de renseignements contenus dans les références aux établissements dispensant des soins à domicile. • L'échelle contient 40 articles groupés en 4 catégories : contexte, aspect psychosocial, soins médicaux et soins infirmiers. 		s/o	<ul style="list-style-type: none"> • L'instrument peut être généralement appliqué à divers milieux de congé. • Peut servir à comparer le caractère complet du transfert de l'information dans différents contextes. • Peut servir d'outil pour améliorer et orienter la communication entre les établissements et les organismes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se limite au transfert d'information écrite. • Peut sous-estimer la totalité de transfert d'information.
Preuves de transfert de l'information, du caractère complet de l'information et/ou de la reprise de celle-ci	<ul style="list-style-type: none"> • Preuves que l'information obtenue de visites antérieures a été reçue et/ou utilisée pour éclairer les décisions du moment. • Deux approches pour mesurer l'examen des dossiers médicaux pour trouver des traces de reconnaissances passées (Starfield et al 1976; Johns et al 1977); ou enquête sur les patients sur l'utilisation de l'information antérieure par leurs intervenants. (CPC, Flocke 1997; PCAS Safran et al 1998; PCAT Shi et al 2001; Adair et al 2000) 	<p>Exemples de mesures</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les exemples d'information obtenue par l'examen des fiches médicales contiennent des preuves que des problèmes, des résultats d'analyse ou des visites antérieures avec d'autres intervenants sont consignés et/ou font l'objet d'un suivi. • Des exemples de questions d'enquête pour les patients comprennent le fait que leur intervenant est au courant d'autres visites, de la disponibilité et de l'utilisation des documents de recommandation et si des problèmes cernés dans le passé ont été examinés. 	s/o	<ul style="list-style-type: none"> • Reconnaît que le transfert de l'information est sans valeur si celle-ci n'est pas accessible et utilisée par les soignants. • Bon rendement des méthodes d'enquête. (PCAS, PCAT) 	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'enquête peuvent se révéler des moyens à forte intensité de ressources. • Mesurer la reprise et l'utilisation de l'information par les intervenants est une opération complexe.

Mesure	Description	Adaptations et modifications	Formule (s'il y a lieu)	Avantages	Inconvénients et avertissements
		<ul style="list-style-type: none"> Certains chercheurs s'informent si les patients connaissent les instructions concernant le congé. (Sparbel et al 2000) 			
4. Mesures de continuité d'approche					
Preuves de suivi longitudinal	<ul style="list-style-type: none"> Preuves d'un suivi prescrit pour des problèmes de santé particuliers. Souvent utilisée quand il y a transition des soins d'un organisme ou d'un groupe de soignants à l'autre (transfert des soins hospitaliers aux soins psychiatriques externes). 	<ul style="list-style-type: none"> Peut aussi examiner l'intervalle de la visite de suivi. Certains chercheurs voient dans le fait de manquer des rendez-vous un indicateur de manque de suivi. Peut aussi examiner les lacunes de service (30 jours) pour cerner les problèmes quand un traitement suivi régulier est indiqué. D'autres chercheurs ont étudié les taux de succès des traitements. (Harlow 1999) Le <i>Temporal Continuity Index</i> (TCI) mesure les intervalles entre les visites initiales et les visites de suivi par rapport à ce qui serait attendu. (Spooner 1994) 	s/o	<ul style="list-style-type: none"> Particulièrement applicable à la gestion de problèmes complexes et courants (problèmes chroniques de santé mentale). Utile pour examiner le succès des grandes transitions entre les soins offerts par un établissement/organisme et un autre (du patient hospitalisé aux soins ambulatoires). Mesures bien validées en soins de santé mentale. TCI non entièrement élaboré ni validé en profondeur. 	<ul style="list-style-type: none"> Confusion causée par les questions d'accès. N'examine pas la gestion de la cohérence des soins parmi les intervenants.
Respect des protocoles de soins des maladies et cohérence des soins dans le temps	<ul style="list-style-type: none"> Déterminer s'il y a 'accord' sur les paramètres de soins entre les intervenants et dans le temps. Peut être appliquée pour évaluer la réception des services clés. (Downing et al 1999) Peut être une évaluation subjective selon laquelle les soins sont semblables parmi les intervenants. (Bell 1996) 	<ul style="list-style-type: none"> Certains chercheurs ont demandé aux intervenants si, selon eux, les soins étaient semblables et cohérents d'un intervenant à l'autre. (Bell 1996) 	s/o	<ul style="list-style-type: none"> Largement utilisée pour les maladies comme le diabète et la tuberculose. Associée aux principaux résultats de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> Confusion causée par les questions d'accès. Difficile à distinguer des mesures de la qualité des soins.

Nota : Les références pour les outils de mesure susmentionnés figurent dans l'Annexe D à www.fcrrs.ca

ANNEXE C – RECOMMANDATIONS POUR MESURER LA CONTINUITÉ DANS CHAQUE SECTEUR ET DANS TOUS LES SECTEURS DES SOINS DE SANTÉ

Ce tableau résume nos recommandations pour mesurer la continuité en soins de première ligne, en santé mentale, en soins actifs et dans les soins spécialisés. (initialement, nous avions l'intention d'inclure les milieux des soins continus et à long terme, mais notre stratégie de recherche a révélé l'insuffisance de la documentation là-dessus). Ces recommandations ont été fondées sur l'examen systématique de la documentation et notre consultation avec les chercheurs et les décideurs.

Modes de mesure adoptés	Soins de première ligne	Soins spécialisés et adaptés à l'état de santé	Soins aigus	Soins de santé mentale	Soins intersectoriels
A. Continuité informationnelle					
Ce genre de continuité est-il pertinent? Si oui, sous quels aspects?	Très pertinent, particulièrement les connaissances accumulées (contextuelles et médicales, toutes maladies) sur le patient.	Très pertinent, particulièrement le transfert de l'information sur le traitement et le diagnostic du problème. Pour certains états (p. ex. maternité), l'accumulation de connaissances est également jugée importante.	Très pertinent, particulièrement le transfert de l'information entre les soignants en milieu hospitalier. L'accumulation de connaissances non considérée comme une question centrale.	Très pertinent, particulièrement les connaissances courantes sur le patient et le transfert de l'information provenant d'autres organismes.	Très pertinent, spécialement le transfert de l'information d'un milieu à l'autre.

Modes de mesure adoptés	Soins de première ligne	Soins spécialisés et adaptés à l'état de santé	Soins aigus	Soins de santé mentale	Soins intersectoriels
<i>A. Continuité informationnelle (suite)</i>					
<p>Existe-t-il actuellement des outils pour mesurer ce genre de continuité?</p>	<p><i>Transfert de l'information :</i> Outils utilisant les données d'enquête ou les données administratives. Les questionnaires d'évaluation des soins de première ligne (PCAT, PCAS et CPC*) interrogent les patients sur les éléments du transfert de l'information. SECON[†] mesure le degré de transfert de l'information nécessaire entre les intervenants. On a identifié peu de mesures normalisées utilisant les données administratives et les dossiers médicaux pour vérifier que tout est complet, la reprise et l'utilisation de l'information transférée.</p> <p><i>Connaissances accumulées :</i> La méthode la plus courante est de demander au patient si l'intervenant le connaît bien (ou à l'intervenant s'il connaît bien son patient). Cette dimension englobait aussi généralement les enquêtes d'évaluation des soins de première ligne.</p>	<p><i>Transfert de l'information :</i> SECON[†] peut être utilisé pour mesurer la nécessité de procéder au transfert d'information entre les intervenants concernant un problème unique. Pas d'autres mesures identifiées.</p> <p><i>Connaissances accumulées :</i> En soins de maternité, les patientes sont interrogées pour savoir si elles connaissent leurs intervenants de soins prénataux, perinataux et post-nataux.</p>	<p><i>Transfert de l'information :</i> L'inventaire des données de référence (IDR)[‡] mesure les types d'information contenue dans les recommandations d'hôpitaux à des organismes de soins à domicile. Peu d'autres mesures disponibles. Examen du dossier médical utilisé pour repérer les renseignements antérieurs. Peu sont disponibles pour évaluer la pertinence du transfert de l'information dans les hôpitaux.</p> <p><i>Connaissances accumulées :</i> Aucune.</p>	<p><i>Transfert de l'information :</i> Mal élaboré. La plupart comptent sur la présence du gestionnaire de cas pour supposer le transfert de l'information. Aucune mesure pour examiner l'opportunité, si le transfert est fait au bon moment, s'il est applicable et complet. L'ACSS-MH[§] interroge les patients sur les éléments du transfert de l'information.</p> <p><i>Connaissances accumulées :</i> Aucune.</p>	<p><i>Transfert de l'information :</i> Entre institutions, la méthode la plus courante est de chercher les plans de congés et le transfert de l'information sur le congé. Entre les soins de première ligne et les soins spécialisés, la présence de documents de recommandation peut être mesurée ainsi que la qualité de l'information.</p> <p><i>Connaissances accumulées :</i> Aucune.</p>

Modes de mesure adoptés	Soins de première ligne	Soins spécialisés et adaptés à l'état de santé	Soins aigus	Soins de santé mentale	Soins intersectoriels
<i>A. Continuité informationnelle (suite)</i>					
Des outils ont-ils été validés dans ce contexte?	Les enquêtes générales sur les soins de première ligne révèlent un bon rendement psychométrique. L'expérience de ces enquêtes est récente au Canada. Questions sur le rapport entre la bonne connaissance de l'intervenant et la satisfaction ainsi que sur l'utilisation des ressources. SECON [†] est associé à d'autres mesures chronologiques, mais peu de connaissance de la valeur constructive.	SECON [†] est associé à d'autres mesures chronologiques, mais on connaît peu sa valeur constructive. Peut être adapté à des problèmes particuliers. Connaître les intervenants en soins de maternité est faiblement associé à la satisfaction.	Généralement propre à l'établissement, avec peu d'utilité externe.	ACSS-MH [§] montre de bonnes propriétés psychométriques pour cet aspect de la continuité. Élaboré pour les groupes de malades mentaux, mais non testé en profondeur.	Grande valeur apparente par l'utilisation de la planification des congés et des lettres de recommandation pour mesurer le transfert de l'information intersectorielle.
Quelles orientations et unités d'analyse sont les plus pertinentes?	Axé sur la personne (toutes maladies), habituellement pendant des périodes prolongées. Les épisodes de soins directs peuvent aussi être pertinents.	Propre au problème, habituellement pour des épisodes de soins. Pour les maladies chroniques, les périodes prolongées (1 an) sont également valables.	Propre au problème, habituellement orienté autour d'une seule hospitalisation. Peut s'étendre aux soins ambulatoires/à domicile avant et après la sortie.	Propre au problème, habituellement pour des périodes prolongées. Pour les maladies à caractère temporaire, l'épisode de soins est également pertinent.	Habituellement propre au problème relié aux épisodes de soins particuliers. La liaison avec les soins de première ligne et les soins de longue durée est axée sur la personne.

Modes de mesure adoptés	Soins de première ligne	Soins spécialisés et adaptés à l'état de santé	Soins aigus	Soins de santé mentale	Soins intersectoriels
<i>A. Continuité informationnelle (suite)</i>					
Les données requises sont-elles disponibles?	Les données sur les rencontres (factures) sont généralement disponibles à peu de frais. Peuvent être incomplètes dans certains secteurs. Données d'enquête non disponibles actuellement et potentiellement coûteuses à obtenir.	Les données sur les rencontres (factures) sont généralement disponibles à peu de frais. Peuvent être incomplètes dans certains secteurs (où les médecins sont salariés ou payés par séance).	Les dossiers médicaux contiennent quelques détails sur le transfert de l'information, mais souvent la collecte de données n'est pas systématisée. L'extraction des données des dossiers médicaux peut se révéler coûteuse.	Les données administratives ne sont généralement pas disponibles pour la recherche. Grande préoccupation concernant la vie privée. Les données d'enquête ne sont pas couramment disponibles et il peut être coûteux de se les procurer.	Les données de congés et de recommandations sont généralement disponibles dans la revue des dossiers médicaux. Souvent cependant, les données ne sont pas systématiques et peuvent être coûteuses à obtenir.
Quelles sont les questions et les recherches nécessaires?	L'élaboration de mesures de transfert et de reprise de l'information basées sur les dossiers médicaux s'impose (transfert de dossiers électroniques) – Valeur constructive du SECON [†] (et variantes) nécessaire. Une meilleure validation des outils d'enquête disponibles au Canada est nécessaire.	L'élaboration de mesures de transfert et de reprise de l'information basées sur les dossiers médicaux s'impose. Valeur constructive du SECON [†] nécessaire.	Nécessité d'élaborer des méthodes pour examiner le flux d'information en milieu hospitalier. Peut exiger des méthodes d'enquête.	Élaboration de méthodes d'examen de l'opportunité, de la disponibilité et du caractère complet du transfert de l'information entre les intervenants et les organismes intervenants. Nécessité d'avoir des mesures sur l'échange d'information dans les équipes.	

Modes de mesure adoptés	Soins de première ligne	Soins spécialisés et adaptés à l'état de santé	Soins aigus	Soins de santé mentale	Soins intersectoriels
<i>A. Continuité informationnelle (suite)</i>					
Sommaire et mesures recommandées	<ul style="list-style-type: none"> • Meilleure mise au point et/ou essai des méthodes nécessaire avant l'application à grande échelle. • Plus d'attention accordée au point de vue du patient sur la continuité. • SECON[†] devrait être interprété avec prudence parce que son rapport avec le transfert de l'information est inconnu. 	<ul style="list-style-type: none"> • Meilleure mise au point et/ou essai des méthodes nécessaire avant l'application à grande échelle. • SECON[†] devrait être interprété avec prudence parce que son rapport avec le transfert de l'information est inconnu. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cette dimension est probablement très importante et peut être saisie par l'index RDI.[‡] • Urgente nécessité d'avoir des méthodes pour mesurer le transfert et la reprise de l'information pour les soins hospitaliers. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les mesures disponibles sont des indicateurs relativement bruts de cette dimension. • De meilleures méthodes et une meilleure validation sont nécessaires avant l'application à grande échelle. • Essai et application du ACSS-MH[§] ou de mesures semblables recommandées. 	<ul style="list-style-type: none"> • La mesure du transfert de l'information par les plans des congés et les données de recommandation est bonne, mais non privilégiée • Insister plus pour savoir si l'information pertinente est transmise et reprise.
B. Continuité relationnelle					
Ce genre de continuité est-il pertinent? Si oui, sous quels aspects?	Très pertinent. La relation centrée sur la personne est un attribut essentiel des soins de première ligne.	La relation a seulement la même durée que le problème. Faible utilité pour les problèmes à court terme.	Non soulignés dans la documentation passée, mais les avantages thérapeutiques de la relation infirmière-patient sont maintenant reconnus.	Très pertinent, mais des relations s'établissent avec plusieurs membres de l'équipe. L'accent est mis sur la relation avec l'équipe de soins de santé mentale.	Faible utilité, sauf dans les circonstances où le même intervenant dispense les soins dans divers milieux ou quand d'autres membres du personnel assurent la liaison des soins (gestionnaires de cas).

Modes de mesure adoptés	Soins de première ligne	Soins spécialisés et adaptés à l'état de santé	Soins aigus	Soins de santé mentale	Soins intersectoriels
<i>B. Continuité relationnelle (suite)</i>					
Y a-t-il actuellement des outils pour mesurer ce genre de continuité?	<p><i>Enquête :</i> Il existe beaucoup d'outils pour évaluer la force d'une relation courante. Demander au patient s'il a un intervenant régulier est considéré comme une mesure incomplète dans ce domaine.</p> <p><i>Base de données administrative :</i> L'UPC et le COC** sont souvent utilisés comme catalyseurs de la continuité relationnelle. Ces mesures sont souvent modifiées pour inclure les visites pour les nouveaux problèmes de santé seulement.</p>	<p>En soins de maternité, on demande aux patientes si elles ont eu le même intervenant pour les soins prénataux, perinataux et post-nataux.</p>	<p><i>Enquête :</i> Aucune dans la recherche bibliographique.</p> <p><i>Base de données administrative :</i> Compte habituellement le nombre d'intervenants (infirmières) avec lesquels les patients ont été en contact.</p>	<p><i>Enquête :</i> ACSS-MH[§] a une échelle secondaire axée sur la relation qui sonde la communication et la confiance.</p> <p><i>Base de données administrative :</i> Le COC et l'UPC** ont été appliqués, mais leur valeur constructive est inconnue.</p>	<p>Grossièrement mesuré. Les mesures courantes examinent 1) la présence d'un questionnaire de cas; 2) dans quelle mesure le même intervenant rencontre le patient dans différents milieux.</p>
Des outils ont-ils été validés dans ce contexte?	<p>Les enquêtes ont un bon rendement psychométrique, mais leur utilité au Canada est inconnue. Le rendement mathématique du COC et du UPC** est bien décrit, mais la valeur constructive n'est pas bien établie.</p>	<p>Les femmes apprécient plus les soins prodigués par des intervenants connus avant la naissance qu'après celle-ci.</p>	<p>Méthodes non validées en profondeur.</p>	<p>ACSS-MH[§] récemment élaboré sans évaluation approfondie dans d'autres contextes. Le COC et l'UPC** considérés comme des mesures brutes avec peu de preuves de la valeur constructive en santé mentale.</p>	<p>Généralement mal validé.</p>

Modes de mesure adoptés	Soins de première ligne	Soins spécialisés et adaptés à l'état de santé	Soins aigus	Soins de santé mentale	Soins intersectoriels
B. Continuité relationnelle (suite)					
Quelle orientation et unité d'analyse sont les plus pertinentes?	Axé sur la personne (toutes maladies), habituellement pour des durées prolongées. Les épisodes de soins discrets peuvent également être pertinents.	Propre au problème, habituellement pour des épisodes de soins. Pour les maladies chroniques, les périodes prolongées sont également pertinents.	Propre au problème, habituellement pour une seule hospitalisation. Peut s'étendre aux soins avant et après la sortie.	Propre au problème, habituellement pour des périodes prolongées. Pour les maladies temporaires, utile aussi pour les épisodes de soins.	Habituellement propre aux problèmes liés aux épisodes de soins particuliers. La liaison avec les soins de première ligne et les soins à long terme est axée sur la personne.
Les données requises sont-elles disponibles?	Les données administratives sont généralement disponibles pour l'ensemble des groupes (avec quelques « trous »). Les questions sur la source de soins réguliers disponible dans les enquêtes nationales (Enquête nationale sur la santé de la population). Les enquêtes plus complexes sont généralement non disponibles.	Données administratives généralement disponibles, mais les catalyseurs de la continuité relationnelle peuvent ne pas s'appliquer dans ce contexte.	Le nombre d'intervenants peut être obtenu par un examen rétrospectif des dossiers hospitaliers.	Données administratives peut-être non disponibles pour tous les contacts; les données sur les contacts médicaux sont incomplètes. Données d'enquête actuellement non disponibles, sauf en petits échantillons.	La présence du gestionnaire de cas et des soins intersectoriels par le même intervenant peuvent généralement être obtenus de sources administratives.
Quelles sont les questions et les recherches nécessaires?	De nouvelles mesures sont nécessaires pour connaître la force de la relation avec des équipes d'intervenants plutôt qu'avec l'intervenant seul.	Plus ouvert à l'importance des relations et aux résultats courants patient-intervenant. Exigera probablement des registres particuliers à chaque maladie.	De meilleures mesures de la force de la relation dans les milieux de soins actifs sont nécessaires. Données d'enquête probablement nécessaires.	Des mesures pour étudier les relations avec des équipes de soignants sont nécessaires.	Une plus grande ouverture à l'importance de maintenir des relations personnelles dans tous les milieux de soins est nécessaire.

Modes de mesure adoptés	Soins de première ligne	Soins spécialisés et adaptés à l'état de santé	Soins aigus	Soins de santé mentale	Soins intersectoriels
B. Continuité relationnelle (suite)					
<p>Sommaire et mesures recommandées</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les mesures disponibles sont bonnes mais non parfaites, y compris le UPC et le COC.** • Les mesures courantes devraient fournir une base pour une élaboration future. • Méthodes fondées sur l'enquête très utiles pour l'analyse en profondeur, tandis que les mesures administratives sont utiles pour les rapports axés sur la population. • L'UPC et le COC** devraient être utilisés avec prudence jusqu'à ce que les liens avec la continuité relationnelle soient pleinement compris. • Plus d'accent nécessaire sur l'élaboration de méthodes pour les équipes. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'utilité de ce type de continuité pour divers états et problèmes de santé reste inconnue. • Plus de recherches nécessaires pour conceptualiser et mesurer ce domaine. 	<ul style="list-style-type: none"> • Probablement un important type de continuité, mais pas aussi important que la continuité informationnelle ou d'approche. • De meilleures mesures s'imposent pour les personnes pour lesquelles les soins hospitaliers constituent une grande partie des soins courants (brûlés, soins palliatifs). 	<ul style="list-style-type: none"> • Considéré comme un type de continuité essentiel à mesurer. • Méthode d'enquête très utile. Les méthodes administratives peuvent être utiles, mais la validation est nécessaire. • Des mesures pour examiner les relations courantes avec les équipes de santé mentale sont nécessaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ce type de continuité est d'une utilité et d'une faisabilité incertaines pour les questions intersectorielles. • Utilité à déterminer.

Modes de mesure adoptés	Soins de première ligne	Soins spécialisés et adaptés à l'état de santé	Soins aigus	Soins de santé mentale	Soins intersectoriels
C. Continuité d'approche					
Ce genre de continuité est-il pertinent? Si oui, sous quels aspects?	Pertinent, mais souvent difficile à mettre en œuvre parce que la continuité d'approche est axée sur un problème particulier et les soins de première ligne sont axés sur un patient.	Très pertinent, la continuité d'approche gravitant habituellement autour d'un seul problème.	Très pertinent.	Très pertinent.	Très pertinent, spécialement quand les soins d'un problème particulier sont transférés des intervenants d'un milieu à ceux d'un autre (hôpital aux soins infirmiers communautaires).
Y a-t-il actuellement des outils pour mesurer ce genre de continuité?	<p><i>Suivi longitudinal :</i> Approche inhabituelle en soins de première ligne. Le <i>Temporal Continuity Index</i> (TCI) a été proposé pour les services préventifs, mais a été incomplètement élaboré (Spoonner 1994). Une autre approche est de chercher les patients qui ne se présentent pas à leur rendez-vous de traitement.</p> <p><i>Cohérence des soins :</i> Des mesures de conformité avec une trajectoire des soins préventifs pour les groupes ont été proposées, mais aucune n'a été identifiée dans l'examen de la cohérence pour divers états de santé.</p>	<p><i>Suivi longitudinal :</i> Peut vérifier le taux d'achèvement des traitements recommandés pour diverses maladies ou les « lacunes » dans les soins chroniques.</p> <p><i>Cohérence des soins :</i> Des mesures propres aux maladies sont disponibles pour mesurer le respect des protocoles de soins dans le temps.</p>	<p><i>Suivi longitudinal :</i> Ne convient pas aux soins hospitaliers. Important pour la transition vers les soins communautaires (voir Soins intersectoriel).</p> <p><i>Cohérence des soins :</i> Généralement mal élaborée. Analyse rétrospective des incidents évitables pour identifier la source d'erreur (discontinuité). Certaines mesures propres aux maladies peuvent être utiles.</p>	<p><i>Suivi longitudinal :</i> La mesure la plus couramment utilisée. Sert à examiner le suivi des soins ambulatoires documentés après la sortie d'un établissement de santé mentale. Peut aussi examiner le temps de suivi en comparaison avec les données normatives.</p> <p><i>Cohérence des soins :</i> Généralement mal élaborée et mal utilisée dans la documentation sur la continuité des soins. Des indicateurs de concepts peuvent exister dans d'autres documents.</p>	<p><i>Suivi longitudinal :</i> Approche courante spécialement dans la transition de l'hôpital aux soins communautaires/à domicile. Couramment utilisée aussi dans la planification des sorties.</p> <p><i>Cohérence des soins :</i> Mesures mal élaborées.</p>

Modes de mesure adoptés	Soins de première ligne	Soins spécialisés et adaptés à l'état de santé	Soins aigus	Soins de santé mentale	Soins intersectoriels
C. Continuité d'approche (suite)					
Des outils ont-ils été validés dans ce contexte?	Respect des protocoles des maladies basé sur les vérifications médicales utilisées comme reflet de la qualité des soins médicaux plutôt que de la continuité.	Respect des protocoles des maladies basé sur les vérifications médicales utilisées comme reflet de la qualité des soins médicaux plutôt que de la continuité.	L'analyse inter-disciplinaire de la cohérence des soins peut se produire dans les vérifications de discipline.	Oui – particulièrement les mesures de suivi après la sortie.	Oui – particulièrement les mesures de suivi après la sortie.
Quelles orientations et unités d'analyse sont les plus pertinentes?	Axés sur la personne (toutes maladies), habituellement pour des périodes prolongées. Des épisodes de soins discrets peuvent aussi être pertinents.	Propre au problème, habituellement pour des épisodes de soins. Pour les maladies chroniques, également utile pour des périodes prolongées.	Propre au problème, habituellement pour une seule hospitalisation. Peut s'étendre aux soins avant et après la sortie.	Propre au problème, habituellement pour des périodes prolongées. Pour les maladies limitées dans le temps, épisode de soins également pertinent.	Habituellement propre au problème se rapportant à des épisodes de soins spécifiques. La liaison avec les soins de première ligne et à long terme est axée sur la personne.
Les données requises sont-elles disponibles?	Les dossiers médicaux sont disponibles pour montrer la cohérence interne des soins; les données sont à forte intensité de ressources.	Variable; plus la trajectoire des soins est multidisciplinaire et s'étend sur plusieurs organismes, moins les données sont disponibles.	Tend à être disponible dans les dossiers d'hôpitaux, et complet pour plusieurs intervenants; à forte intensité de ressources.	Les données sur le suivi communautaire sont parfois disponibles dans certains milieux, mais pas dans tous.	Suivi communautaire peut être disponible avec des systèmes de données administratives reliés au niveau personnel.
Quelles sont les questions et les recherches nécessaires?	Meilleures méthodes pour évaluer la cohérence des soins axée sur le patient plutôt que sur le problème.	Respect des protocoles dans le temps.		Respect des plans personnalisés; rendre compte de la souplesse du plan.	

Modes de mesure adoptés	Soins de première ligne	Soins spécialisés et adaptés à l'état de santé	Soins aigus	Soins de santé mentale	Soins intersectoriels
<i>C. Continuité d'approche (suite)</i>					
Sommaire et mesures recommandées	<ul style="list-style-type: none"> • Il faudrait envisager de mesurer les « lacunes » dans les soins. • Il faudrait mettre au point des mesures de la cohérence des soins et en tester la valeur. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le respect des parties clés des protocoles particuliers à chaque maladie semble être un bon moyen de mesurer ce type de continuité. • Nécessité d'élaborer des mesures de cohérence pour toute une trajectoire de soins. • Il faudrait envisager de mesurer les lacunes dans le soin des états chroniques. 	<ul style="list-style-type: none"> • Le respect des protocoles régissant les soins hospitaliers semble être le meilleur moyen de mesurer ce type de continuité. • Des preuves d'un suivi de soins communautaires sont également importantes. • Il est nécessaire de perfectionner des mesures pour examiner la cohérence des soins chez tous les intervenants. 	<ul style="list-style-type: none"> • Des preuves de suivi après le congé (ou temps de suivi) constituent une mesure très valable de ce type de continuité. • L'élaboration de méthodes pour mesurer la cohérence des soins est nécessaire pour les problèmes de santé mentale courants. 	<ul style="list-style-type: none"> • Des preuves de transition des soins d'un lieu à un autre constituent un bon moyen de mesurer les soins longitudinaux. Très pertinent entre les soins de première ligne et spécialisés, les soins hospitaliers et communautaires. • Le respect des protocoles particuliers aux différentes maladies qui débordent les établissements de soins est également indiqué pour mesurer cet aspect.

* Primary Care Assessment Tool (PCAT) (Shi et al 2001); Primary Care Assessment Survey (PCAS) (Safran et al 1998); Components of Primary Care (CPC) (Flocke et al 1997)

† Sequential Continuity Index (SECON) (Steinwachs 1979)

‡ Referral Data Inventory (RDI) (Anderson & Helms 1995)

§ Alberta Continuity of Services Scale for Mental Health (ACSS-MH) (Adair et al 2001)

** Usual Fournisseur of Care index (UPC) (Breslau et al 1975); Continuity of Care index (COC) (Bice & Boxerman 1977)