

## Des données actuelles, des soins de qualité...

Les données représentent un atout pour toute organisation. Elles deviennent encore plus importantes lorsque l'information sur la santé constitue votre activité principale. À l'ICIS, la qualité des données est notre priorité. L'information que nous obtenons aide à la prise de décisions concernant le système de santé, et nous prenons cette responsabilité à cœur. Par conséquent, nous établissons des normes élevées en matière de collecte de données et procédons périodiquement à des examens rigoureux de nos travaux. Nous considérons que ceux-ci sont essentiels à l'accomplissement de notre mandat, qui consiste à fournir de l'information actuelle, exacte et comparable afin d'éclairer les politiques de la santé, d'appuyer la prestation efficace de services de santé et de sensibiliser les Canadiens aux facteurs qui contribuent à une bonne santé.

Au nombre de nos intervenants figurent les planificateurs du système de santé, les ministères de la Santé, les régies régionales de la santé, les associations professionnelles de santé, les chercheurs et les dispensateurs de soins de santé. Puisque les données sont à la base de décisions de plus en plus importantes dans notre système, désormais, les exigences et les défis en matière de qualité des données sont d'autant plus cruciales. Nous devons donc travailler d'arrache-pied pour faire en sorte que nos données soient adaptées à leur utilisation.

Nous utilisons, outre notre Cadre de la qualité des données, des études de seconde saisie afin d'évaluer la qualité des données de certaines banques de données. Cela signifie que nous retournons aux sources d'information initiales, comme les dossiers de patients, et les comparons avec les données qui se trouvent dans nos banques. Par ailleurs, nous avons récemment étudié le Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes (RCITO) afin de déterminer si, outre leur maladie rénale, les affections des patients en dialyse étaient consignées dans la base de données avec exactitude et conformément aux codes établis.

Le présent numéro de *Directions* porte sur nos récents efforts visant à accroître à la fois la qualité et l'actualité de notre information. Afin de demeurer une référence fiable pour les données pancanadiennes de qualité sur la santé, nous devons mettre ces données à la disposition de ceux qui en ont besoin le plus rapidement possible. Le système de santé fonctionne jour et nuit, 365 jours par année. Il ne prend pas de temps d'arrêt. C'est notre mission de veiller à ce que l'information nécessaire pour le diriger fasse de même.

## Dans le présent numéro

- 2 Mot du président
- 3 Regarder vers le passé pour évaluer la pandémie actuelle
- 4 Réinventer le SNISA
- 5 Les effets du SNISA sur les premières lignes
- 7 Indicateurs de SSP : repères essentiels pour l'initiative de renouvellement des soins de santé primaires du Manitoba



# Mot du président

John Wright connaît bien les chiffres et les données. Il a étudié l'économie, donné des conférences sur le sujet et siégé à titre de sous-ministre de la Santé et de sous-ministre des Finances de la Saskatchewan.

« En tant qu'économiste, comment pourrais-je ne pas aimer les données? dit-il. J'adore les données! »

Cette passion lui sera très utile dans le cadre de ses nouvelles fonctions de président-directeur général de l'ICIS. M. Wright, qui a pris les commandes de l'ICIS le mois dernier, se dit enthousiaste à l'idée d'aider l'organisme à atteindre ses objectifs consistant à offrir des données fiables, actuelles et pertinentes afin d'améliorer le système de soins de santé et la santé des Canadiens. Il est également impatient de rencontrer le personnel de chacun des bureaux de l'ICIS, ainsi que nos nombreux intervenants œuvrant dans le secteur des soins de santé.

Croyant en ce qu'il considère comme le défi le plus important sur le plan des soins de santé au Canada, M. Wright appuie fortement la mise en place d'un système pancanadien de dossiers de santé électroniques (DSE) et une utilisation appropriée de l'information contenue dans ces dossiers par le système de santé.

« Je ne sais pas si nous en avons pour trois, cinq ou sept ans, mais nous devons profiter de cette occasion unique! Si nous ne le faisons pas, nous pourrions le regretter. Non seulement nous n'aurons pas saisi cette occasion d'améliorer les soins de première ligne, mais nous aurons perdu le potentiel lié au DSE afin de déterminer les pratiques exemplaires, d'assurer le suivi des résultats pour les patients et d'améliorer la gestion globale du système de santé. »

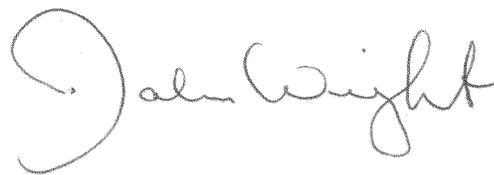
M. Wright est titulaire d'une maîtrise en économie de l'Université de l'Alberta et d'un baccalauréat avec spécialisation en économie de l'Université Western Ontario. Avant de se joindre à l'ICIS, il était conférencier en économie à l'Université de Regina.

En plus d'être sous-ministre de la Santé et des Finances en Saskatchewan, il a été président et chef de direction de plusieurs organismes d'État au cours de sa carrière de 30 ans dans le secteur public, notamment SaskPower, Crown Investments Corporation et Saskatchewan Government Insurance.

« John possède une expérience et un talent qui aideront l'ICIS à remplir son mandat, à fournir des données et des analyses essentielles sur le système de santé du Canada et la santé des Canadiens, déclare Graham Scott, président du Conseil de l'ICIS. Sous sa houlette, l'ICIS continuera à tabler sur sa réputation mondiale en tant que source par excellence d'information actuelle, exacte et comparable sur la santé. »

Après s'être éloigné pendant de nombreuses années, M. Wright est heureux de revenir à Ottawa. N'ayant pas vécu ici depuis la fin de ses études secondaires en 1972, il constate que la ville a vécu de nombreux changements, mais que la gadoue et le sel sont toujours présents en hiver.

« Certaines choses sont constantes », plaisante-t-il.



**John Wright**  
Président-directeur général

## Conseil d'administration

**Graham W. S. Scott, C.M., c.r.**  
Président du Conseil, ICIS  
Président, Graham Scott Strategies Inc.

**John Wright**  
Président-directeur général, ICIS

**D<sup>r</sup> Peter Barrett**  
Médecin et professeur, University of Saskatchewan  
Medical School

**D<sup>r</sup> Luc Boileau**  
Président-directeur général, Institut national  
de santé publique du Québec

**D<sup>e</sup> Karen Dodds**  
Sous-ministre adjointe, Santé Canada

**John Dyble**  
Sous-ministre,  
Ministère des Services de santé,  
Colombie-Britannique

**D<sup>r</sup> Chris Eagle**  
Premier vice-président, Amélioration de la qualité  
et des services, Alberta Health Services

**Kevin Empey**  
Chef de la direction, Lakeridge Health Corporation

**Donald Ferguson**  
Sous-ministre, ministère de la Santé,  
Nouveau-Brunswick

**D<sup>r</sup> Vivek Goel**  
Président et chef de la direction, Agence ontarienne  
de protection et de promotion de la santé

**Alice Kennedy**  
Chef des opérations, Soins de longue durée,  
Eastern Health, Terre-Neuve-et-Labrador

**Denis Lalumière**  
Sous-ministre adjoint, Planification stratégique,  
évaluation et qualité, ministère de la Santé et des  
Services sociaux du Québec

**D<sup>r</sup> Cordell Neudorf**  
Président, Conseil de l'ISPC  
Médecin hygiéniste en chef,  
Saskatoon Health Region

**D<sup>r</sup> Brian Postl**  
Vice-président du Conseil, ICIS  
Président-directeur général, Office régional  
de la santé de Winnipeg

**Munir Sheikh**  
Statisticien en chef du Canada, Statistique Canada

**Howard Waldner**  
Président-directeur général,  
Vancouver Island Health Authority

# Regarder vers le passé

## pour évaluer la pandémie actuelle

Quelles répercussions la grippe H1N1 aura-t-elle sur notre système de santé? En fin de compte, ses conséquences seront-elles pires que celles de toute autre saison grippale?

La nouvelle équipe des questions émergentes de l'ICIS consacre beaucoup d'efforts à répondre à ces questions. Ce groupe, l'un des plus alertes de l'organisme, recueille des données servant à comprendre les hospitalisations au cours des saisons grippales antérieures. De plus, il établit le profil des patients atteints de la grippe dont l'état s'est aggravé au point de nécessiter des soins intensifs et une ventilation ou qui sont décédés à la suite de complications.

Pourquoi se tourner vers le passé? Parce qu'il s'agit du meilleur moyen d'évaluer les répercussions actuelles de la grippe H1N1. La gestionnaire Tracy Johnson et son équipe étudient les variations dans l'utilisation des services hospitaliers de soins de courte durée en utilisant les données de 2007-2008 comme référence. Ils effectuent des comparaisons au fur et à mesure que de nouvelles données deviennent accessibles. « Nos données administratives nous permettent de comprendre le contexte des événements actuels, comparativement à ceux survenus dans le passé, et d'en évaluer la gravité », déclare M<sup>me</sup> Johnson.

L'ICIS a partagé des renseignements préliminaires tirés de l'analyse avec d'autres groupes qui étudient la grippe H1N1, notamment l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et Santé Canada. L'ICIS a reçu de précieux conseils de l'Institut national de santé publique du Québec, de l'Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé et du conseil de l'Initiative sur la santé de la population canadienne de l'ICIS.

Notre équipe des Classifications aide les hôpitaux à codifier les données relatives à la grippe H1N1, tandis que notre équipe des Normes SIG assure le suivi des coûts. Nous recueillerons des statistiques sur l'utilisation des antiviraux au Nouveau Brunswick au moyen du Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits.

En comparant l'année de référence et les données de Surveillance de l'influenza de l'ASPC, on remarque que le nombre d'hospitalisations liées à la grippe H1N1 jusqu'à la fin de décembre est considérablement plus élevé que celui des hospitalisations pour la grippe saisonnière pendant toute l'année 2007-2008. Bien que cet écart puisse s'expliquer en partie par le fait que l'on effectue davantage de tests en vue de détecter la grippe H1N1, les données ont confirmé que cette dernière atteint un groupe d'âge plus jeune.

« Dans l'ensemble, les patients atteints de la grippe H1N1 sont plus susceptibles d'avoir besoin de soins intensifs ou d'une aide respiratoire que ceux des saisons grippales antérieures », explique M<sup>me</sup> Johnson.

Pour respecter l'engagement pris envers nos intervenants, nous diffusons cette information d'actualité sur notre site Web. Nous poursuivrons également nos analyses afin de répondre à des questions importantes.

## Dimensions de la qualité

La qualité constitue le fondement d'une information significative sur la santé. À l'ICIS, nous travaillons d'arrache-pied afin d'améliorer continuellement la qualité des données et de l'information, tant au sein de notre organisme que du secteur de la santé. Notre stratégie met en avant des initiatives ayant pour objectif la prévention, la détection précoce et la résolution de problèmes liés aux données. Toutefois, la qualité relève d'un effort concerté. Nous collaborons étroitement avec nos clients et nos fournisseurs de données du secteur de la santé afin de répondre aux besoins toujours croissants de notre clientèle en matière de données et de satisfaire aux attentes de nos intervenants. À la base, notre travail s'appuie sur cinq dimensions de la qualité :

**EXACTITUDE** : la précision avec laquelle une banque de données reflète la réalité qu'elle doit mesurer

**COMPARABILITÉ** : le degré de cohérence des bases de données au fil du temps et leur utilisation de conventions standard, comme des éléments de données ou des périodes de référence, ce qui les rend semblables à d'autres bases de données

**ACTUALITÉ** : l'évaluation de l'actualité des données en fonction de l'écart entre la fin de la période de référence et le moment où les données sont rendues accessibles

**FACILITÉ D'UTILISATION** : facilité avec laquelle on peut comprendre une banque de données et y accéder

**PERTINENCE** : mesure dans laquelle une banque de données répond aux besoins actuels et futurs des utilisateurs

Vous pouvez obtenir de plus amples renseignements au sujet de notre programme de qualité des données et de l'information en consultant les documents *Gagner la confiance* et *Gagner la confiance — bilan des trois dernières années* accessibles sur le site [www.icis.ca](http://www.icis.ca).

# Réinventer le SNISA



Les dispensateurs de soins de première ligne ont demandé des changements, et l'ICIS les a écoutés. En réponse à leur rétroaction en avril dernier, nous avons apporté des modifications au Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) afin de le rendre plus réceptif. En plus d'améliorer l'actualité de la déclaration, nous avons cherché à alléger le fardeau de la collecte de données pour les établissements qui nous soumettent des données. Nous souhaitons accroître l'adoption du SNISA partout au pays dans le but de combler les lacunes en matière d'information dans les domaines des soins ambulatoires et d'urgence.

L'une des premières mesures consistait à donner aux établissements la possibilité de soumettre une liste plus courte d'éléments clés parmi les données sur le service d'urgence déjà recueillies par les systèmes d'information des hôpitaux. Le fait de lier ces éléments au logiciel du SNISA allège la collecte de données des hôpitaux et permet d'envoyer les données plus tôt au SNISA, soit dans les jours suivant la fin du mois. Ces éléments de données nous permettent de faire état des nouveaux indicateurs de temps d'attente élaborés dans le cadre de l'innovation du SNISA.

Ces indicateurs sont les suivants :

- le temps d'attente précédant l'évaluation initiale d'un médecin;
- le délai entre l'inscription et une décision concernant la sortie (par exemple, le congé avec retour au domicile ou l'admission);
- le délai jusqu'à l'obtention d'un lit d'hospitalisation;
- la durée totale du séjour à l'urgence.

En juillet dernier, nous avons publié les premiers rapports fondés sur ces indicateurs. Ils sont accessibles dans les trois semaines suivant la fin du mois à tous les clients du SNISA et fournissent aux hôpitaux de précieuses données sur les temps d'attente à l'urgence au cours du mois précédent. Ils peuvent être modifiés en fonction des besoins des utilisateurs et produits en tenant compte de facteurs comme le niveau de triage, la date et l'hôpital.

Le délai de production de tous les autres rapports du SNISA sera écourté considérablement à compter de juin prochain. À l'heure actuelle, le SNISA produit des rapports trimestriels, de sorte que les hôpitaux doivent parfois attendre jusqu'à quatre mois avant de recevoir les données. Les rapports remaniés du SNISA seront cumulatifs et paraîtront tous les mois, ce qui fait que les données seront également accessibles dans les trois semaines suivant la fin du mois. Selon Cathy Davis, directrice intérimaire, Services d'information sur les soins ambulatoires et de courte durée à l'ICIS, les longs délais d'attente pour recevoir de l'information comparative seront révolus.

« Avec les nouveaux rapports publiés en 2009, notre délai de production est passé de quelques mois à quelques semaines, souligne-t-elle. Cela permettra aux hôpitaux de gérer leurs ressources en s'appuyant sur des renseignements très récents. »

Pourquoi ces rapports sont-ils importants? Même si le besoin s'en fait sentir, il n'existe actuellement aucune source d'indicateurs du rendement des services d'urgence comparables à l'échelle nationale. Nous avons pour objectif de combler cette lacune. Plus de 200 établissements soumettent des données au SNISA, ce qui représente environ 10 millions d'enregistrements par année. Bien que ces établissements soient principalement situés en Ontario, 170 établissements de l'Alberta commenceront à soumettre des données sur les soins ambulatoires

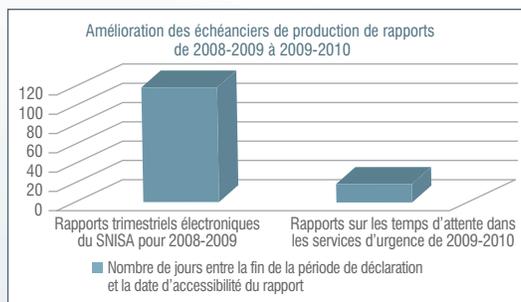
d'ici le mois d'avril, ce qui équivaudra à plus de 7,5 millions d'abrévés. En mars, l'Office régional de la santé de Winnipeg, qui traite 75 % des séjours aux services d'urgence du Manitoba, commencera à soumettre des données sur les services d'urgence.

L'Ontario a commencé à soumettre des données sur les services d'urgence en 2000. Toutefois, la province s'est dotée en 2007 de son propre système dans le but de recueillir des données

plus rapidement. Puisqu'il était illogique que les établissements recueillent des données et les soumettent deux fois à des entités différentes, nous avons collaboré avec la province afin de trouver une solution. L'Ontario est en train de réduire progressivement les activités de son système. Au fur et à mesure qu'augmentera le nombre de provinces qui adoptent le SNISA, nous pourrions constater les avantages de disposer d'indicateurs liés aux services d'urgence comparables à l'échelle nationale.

« Une fois les données publiées, elles servent à comparer les hôpitaux et à tirer des leçons des pratiques exemplaires, affirme M<sup>me</sup> Davis. Pourquoi les patients attendent-ils 24 heures dans certains établissements pour obtenir un lit d'hospitalisation, alors qu'ailleurs ils l'obtiennent en deux ou trois heures? Cela nous permettra d'effectuer des analyses comparatives. Les établissements pourront ainsi se comparer aux autres et entrer en contact avec des pairs affichant des temps d'attente plus courts afin de déterminer ce qu'ils peuvent faire pour s'améliorer. »

Les soins ambulatoires consistent en des soins médicaux dispensés en consultation externe à des patients qui sont inscrits et sortent le même jour, qui subissent des interventions comme des radiographies, des biopsies, des endoscopies et des suivis chirurgicaux. Ils peuvent être dispensés dans n'importe quel milieu, y compris le service d'urgence ou un centre de traitement du cancer. Le SNISA accepte des données sur les chirurgies d'un jour, les unités de soins ambulatoires et les services d'urgence.





# Les effets du SNISA sur les premières lignes

Il y a dix ans, le nombre de personnes se présentant aux services d'urgence du Canada chaque année était inconnu, et encore plus le temps qu'il fallait pour les traiter.

« Par le passé, nous ne savions pas à quel point nous étions occupés à l'échelle nationale et nous ne connaissions pas les résultats pour les patients. Nous n'avions pas de système pour nous le dire, déclare le D<sup>r</sup> Brian Rowe, professeur de médecine d'urgence à l'Université de l'Alberta. On ne peut pas changer ce qu'on ne voit pas. »

Titulaire d'une chaire de recherche du Canada, le D<sup>r</sup> Rowe a demandé à ce que les provinces et les ministères en fassent davantage afin de mettre sur pied un registre national des services d'urgence.

« Pour une partie assez importante du système de santé, nous avons peu d'information provenant de l'extérieur de l'Ontario et de l'Alberta, affirme-t-il. Un Canadien sur trois se présente dans un service d'urgence chaque année soit pour lui-même, soit pour un membre de sa famille. Cela représente une portion impressionnante de la population. Plus nous avons d'information sur la situation et sur la façon d'agir face à celle-ci, plus nous pouvons prévenir le prochain séjour. »

C'est exactement ce qu'espère le D<sup>r</sup> Rowe par rapport aux améliorations apportées à notre Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA). En tant que membre de l'Association canadienne des médecins d'urgence, il a agi à titre de conseiller au cours du remaniement du système, aux côtés de la National Emergency Nurses Affiliation.

« Je ferai une analogie avec les voitures en disant que les médecins et le personnel infirmier souhaitent une Bentley. Le SNISA était une Honda Accord, mais il commence de plus en plus à ressembler à une BMW, déclare le D<sup>r</sup> Rowe. Depuis cinq ou sept ans, nous dialoguons beaucoup avec l'ICIS, ce qui a fait progresser les choses considérablement. »

Selon le D<sup>r</sup> Rowe, la Bentley prendra la forme de données administratives propres aux maladies, dont la collecte sera améliorée grâce à des marqueurs de qualité. Il s'attend alors à ce que l'accès à de meilleures données ait des retombées sur les premières lignes. Par exemple, si un patient se rend à un service d'urgence en raison d'un essoufflement général ou d'une douleur thoracique diffuse, les dispensateurs de soins seront en mesure d'utiliser l'information tirée de cas précédents et d'en apprendre davantage : quels patients ont été admis, quelles interventions ont été pratiquées et quels ont été les résultats. Ils pourront ainsi poser de meilleurs diagnostics et traiter les patients plus tôt.

« Prenons l'exemple d'un patient souffrant d'un mal de tête qui est renvoyé chez lui, puis revient en hémorragie et meurt, explique le D<sup>r</sup> Rowe. De toute évidence, nous ne le faisons pas de façon volontaire. Les enregistrements nous aideront donc à mieux diagnostiquer la cause d'un mal de tête. »

Il voit d'un bon œil l'arrivée du nouveau rapport sur les indicateurs liés aux services d'urgence, car ils offrent aux hôpitaux un aperçu de leur rendement. Le D<sup>r</sup> Rowe préfère que ce soit l'ICIS qui procure ces aperçus, ce qui évite aux hôpitaux de devoir confier cette tâche à des analystes.

« J'ai constaté que les personnes et les établissements ont un certain esprit de compétition. Si on leur fournit de l'information qui les compare à un autre groupe, ils s'efforceront de réduire toute comparaison négative ou de faire valoir leur rang élevé auprès du personnel et de la collectivité, affirme-t-il. J'entraîne des enfants au soccer et je trouve que le meilleur moyen de les motiver est d'éveiller leur esprit de compétition. Il en va de même pour la santé, mais à plus forte raison parce que nous désirons sauver des vies. »

# Le suivi du don de vie

Combien de Canadiens suivent des traitements de dialyse ou attendent une transplantation d'organe? Combien de transplantations pratiquées ont sauvé des vies? Les réponses à ces questions s'obtiennent plus rapidement que jamais auparavant.

En matière d'actualité de l'information, notre Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes (RCITO) a réalisé d'énormes progrès en peu de temps, puisqu'il a retranché près d'une année de son calendrier de production. Le Registre reçoit des données sur la dialyse et sur les transplantations. Le délai de production du rapport annuel du RCITO est passé de 25 mois après la fin de l'année, comme c'était le cas pour les données de 2005, à 14 mois après la fin de l'année.

« Nous avons pour objectif de baisser ce délai à 9 ou 10 mois pour les données de 2009 », déclare Claire Marie Fortin, gestionnaire des registres cliniques. Le RCITO recueille, analyse et publie des données sur le niveau d'activité et les résultats des transplantations d'organes vitaux et de dialyse rénale au Canada.

Depuis quelques années, on consacre des efforts à améliorer la rapidité de publication des rapports, puisque la plus grande partie des délais ci-dessus consiste à attendre la soumission des données des établissements participants. L'équipe du RCITO tente de faire comprendre aux fournisseurs de données que notre capacité à produire des rapports dépend largement de la vitesse à laquelle ils soumettent leurs données.

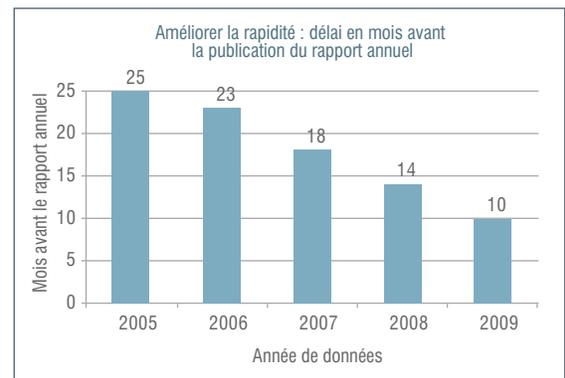
« La soumission de données au RCITO est volontaire, ce qui signifie que nous sommes très tributaires de nos clients, affirme M<sup>me</sup> Fortin. Nous sommes aussi forts que notre maillon le plus faible; c'est pourquoi nous devons faire comprendre à tout le monde, y compris les petits établissements, l'importance de faire circuler les données. »

Selon Bob Williams, chef de section du RCITO, Registres cliniques, les mesures de formation destinées aux clients consistaient entre autres

en une campagne trimestrielle visant à rappeler aux clients de soumettre leurs données. « Nous ne présumons pas que nous recevons les données, souligne-t-il. Nous leur rappelons que le trimestre est terminé. »

M<sup>me</sup> Fortin croit que la soumission des données en temps opportun est cruciale à la transmission d'information pertinente sur laquelle fonder la planification et les décisions stratégiques. « Il n'est pas utile de publier de l'information deux ans plus tard. »

À l'heure actuelle, le RCITO est un registre sur papier. Toutefois, grâce à un projet en cours, il acceptera les soumissions électroniques relatives à la dialyse l'été prochain. L'équipe a mis au point des spécifications pour la soumission des données dont elle fera part aux établissements afin qu'ils puissent se doter de systèmes leur permettant de nous envoyer des données. « Cela offrira aux fournisseurs de données une autre possibilité de participer au RCITO et allégera par le fait même une partie de notre fardeau de saisie de données, explique M<sup>me</sup> Fortin. Nous nous pencherons sur les transplantations plus tard, mais je crois que nous arriverons quand même à respecter le délai visé de 9 à 10 mois. »



## Services à domicile et soins de longue durée : comparer des pommes avec des pommes

Lorsqu'il s'agit de comparer la qualité des soins aux patients entre les établissements de santé, il faut comparer des pommes avec des pommes. Toutefois, dans le domaine des soins de longue durée, divers établissements accueillent différents résidents aux besoins multiples : des pommes et des oranges, en quelque sorte.

Une nouvelle génération d'indicateurs de qualité (IQ) interRAI pour le Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD) aide à mieux choisir les aspects appropriés de la qualité

des soins pour mesurer et justifier ces différences au moment d'établir des comparaisons. Mesures sommaires qui signalent les risques potentiels ou les problèmes liés à la qualité, les IQ sont utilisés par les centres de soins infirmiers, les établissements de soins de longue durée et les provinces et territoires afin de cerner les tendances, comparer les rendements, cibler les améliorations, mesurer les résultats, suivre les progrès et rendre des comptes.

Les nouveaux IQ mesurent un plus grand nombre de dimensions de la qualité, dont la douleur, la communication, le délire et les infections, et ils

reflètent davantage les répercussions des soins reçus. Les nouvelles méthodes d'ajustement en fonction des risques tiennent compte des facteurs de risque liés à chaque résident et des caractéristiques de l'établissement. Cela facilite la comparaison des pommes avec des pommes entre les établissements, les régions et les provinces et territoires.

Dans l'ensemble, ces nouveaux IQ permettront de mieux mesurer la qualité des soins de longue durée et d'établir des comparaisons plus justes entre les organismes partout au Canada. Ils seront intégrés aux rapports électroniques du SISLD en juin.



# Indicateurs de SSP :

## repères essentiels pour l'initiative de renouvellement des soins de santé primaires du Manitoba

Le Dr Mark Duerksen est un pionnier de l'ère de l'information en médecine familiale.

Président du Steinbach Family Medical Center du Manitoba, il utilise les dossiers médicaux électroniques (DME) depuis dix ans, et son groupe de pratique a été parmi les premiers au Canada à intégrer l'évaluation de la qualité à ses activités au moyen des indicateurs de soins de santé primaires (SSP).

Mis au point par l'Institut canadien d'information sur la santé, les indicateurs de SSP permettent aux dispensateurs de soins d'utiliser les données des DME pour mesurer des éléments comme la prestation des services, et de déterminer si les patients reçoivent les soins recommandés qui sont conformes aux lignes directrices cliniques.

Avant d'intégrer les indicateurs aux DME, la clinique du Dr Duerksen n'était dotée d'aucune méthode systémique de détection préventive et de gestion des affections chroniques comme le diabète et l'hypertension. À l'heure actuelle, grâce aux données extraites des DME tous les trois mois, les taux de détection sont présentés « noir sur blanc » et ceux qui correspondent à chaque indicateur sont ventilés par médecin.

« Nous avons constaté que les données mêmes sont une source de motivation, déclare-t-il. On ne veut pas donner une mauvaise impression, alors on se penche sur les procédés à mettre en place pour améliorer la situation. »

L'objectif ultime de la clinique Steinbach étant d'assurer une gestion complète des maladies chroniques et de dispenser des soins préventifs, son logiciel comprend des rappels automatiques qui alertent les médecins relativement aux tests et examens nécessaires.

Même si une patiente se présente avec une douleur à la cheville, un écran apparaîtra sur le moniteur du Dr Duerksen, l'avisant que la patiente a besoin d'un contrôle du cholestérol, d'un test Pap et d'une prise de la tension artérielle. Les rappels lui permettent de suivre, au fil du temps, l'assiduité de ses patients à subir ces tests.

Les indicateurs de SSP de l'ICIS constituent des repères essentiels pour l'initiative de renouvellement des soins de santé primaires du Manitoba, qui vise à faire en sorte que les habitants de cette province aient rapidement accès à des soins de qualité. Au cœur des efforts de renouvellement se trouve le réseau intégré des médecins (RIM). L'initiative qui s'adresse aux médecins a été lancée en 2006 dans trois sites de démonstration, où y participent 65 médecins, ainsi qu'un site de contrôle, la clinique du Dr Duerksen. Des mesures incitatives récompensent les soins qui sont conformes aux critères de qualité, ce qui a permis aux cliniques d'intégrer de nouveaux dispensateurs de soins. Finalement, cela permet à tout le monde de faire ce qu'il fait de mieux.

Puisque l'un des objectifs du RIM consiste à démontrer la qualité, les DME font partie intégrante des indicateurs de suivi.

« Les indicateurs nous ont aidés à déterminer notre orientation en ce qui a trait aux soins primaires de qualité », déclare Jeanette Edwards, conseillère spéciale du sous-ministre en matière de soins primaires, ministère de la Santé et de la Vie saine du Manitoba.

Les DME jumelés aux indicateurs ont permis à de nombreux médecins de mieux comprendre leurs groupes de patients. En étant en mesure de cibler les améliorations, le Dr Duerksen croit

qu'il pratique mieux la médecine. « Lorsque nous pratiquons une intervention, c'est bien d'avoir des données qui nous disent si celle-ci a fonctionné », confirme-t-il.

Les résultats du RIM sont éloquentes. Une clinique a vu son nombre de tests de dépistage du cancer colorectal augmenter de plus de 31 % au cours de la première phase du projet. Dans une autre clinique, les tests de dépistage du diabète ont grimpé de 44 % et les contrôles de l'hypertension, de près de 17 %.

« Les indicateurs ont été d'une importance fondamentale, déclare le Dr Alan Katz, professeur agrégé de médecine familiale et de sciences de la santé communautaire à l'Université du Manitoba. Le processus de collecte (de données pour eux) a eu une énorme incidence sur la façon dont les médecins utilisent les DME pour le bien des patients. La compréhension à l'égard de la responsabilité des médecins en matière de soins a changé. On pense en fonction des populations à risque. »

Les indicateurs de SSP ont été élaborés en collaboration avec des cliniciens, des chercheurs, Inforoute Santé du Canada, ainsi que plusieurs provinces et territoires du pays. Nos trois objectifs sont les suivants : 1) améliorer les indicateurs d'après la rétroaction obtenue sur le terrain; 2) mettre au point un sous-ensemble normalisé d'éléments de données liés aux DME afin de faciliter la production de rapports sur ces indicateurs; et 3) constituer de nouvelles sources de données pancanadiennes pour les alimenter.

Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec nous à l'adresse [ssp@icis.ca](mailto:ssp@icis.ca).

# Un délai d'exécution rapide

De nos jours, les gestionnaires et dispensateurs de soins de santé ont besoin d'un accès en temps opportun à de l'information comparative afin d'appuyer la prise de décisions et l'amélioration de la qualité. Voilà pourquoi nous avons consacré beaucoup d'efforts à élargir et à améliorer nos applications de déclaration électronique pour les établissements participants.

Ces outils de déclaration en ligne sécurisés facilitent l'utilisation par voie électronique des indicateurs de qualité et d'autres mesures reposant sur plusieurs de nos banques de données, notamment les suivantes :

- le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA);
- la Base de données sur les congés des patients (BDPC);
- Système national d'information sur la réadaptation (SNIR);
- le Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD);
- le Système d'information sur les services à domicile (SISD);
- le Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM).

Tous les trimestres et, dans certains cas, tous les mois, nous utilisons un échantillon des données envoyées par l'ensemble des hôpitaux et des régions sanitaires afin de produire des rapports comparatifs à l'échelle des organismes.

« Au fil du temps, nous avons perfectionné le processus de transmission des rapports aux établissements, explique Brent Diverty, directeur, Services d'information sur les soins spécialisés et de longue durée. Lorsqu'un trimestre de données se termine, en règle générale, nous avons un rapport à leur transmettre dans un délai d'une semaine ou deux. Nous avons conçu nos fichiers de données de façon à ce que la production et la publication de ces rapports s'effectuent rapidement et que nous fournissions des données actuelles. »

Les rapports de la BDCP et du SNISA sont en train d'être mis à niveau et de passer à une nouvelle application d'information qui améliorera l'expérience globale des clients.

Personnalisables et faciles d'accès, les rapports électroniques constituent des outils d'aide à la décision conviviaux. Ces outils vous intéressent? Les nouveaux utilisateurs provenant d'établissements admissibles peuvent s'inscrire en passant par la section Services à la clientèle du site Web de l'ICIS. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec nous à l'adresse [aide@icis.ca](mailto:aide@icis.ca).

## Les analyses comparatives favorisent l'amélioration

L'esprit de compétition favorise l'amélioration et le secteur de la santé ne fait pas exception à la règle. Chaque année, l'ICIS envoie des rapports sur la qualité des données à chacun des sous-ministres de la Santé du Canada afin de leur donner un aperçu des résultats de leur province ou territoire comparativement aux autres.

Produits en collaboration avec Statistique Canada, les rapports annuels, qui en sont à leur sixième année, sont généralement publiés à la fin de l'automne. Ils comprennent un tableau des indicateurs de qualité des données pour huit banques de données de l'ICIS et trois bases de données sur la santé de Statistique Canada.

Le tableau de chaque base de données met en évidence jusqu'à 12 indicateurs de qualité, comparant clairement les résultats de chaque province et territoire à une valeur optimale, puis les uns aux autres.

« Le fait de fournir ces types de rapports aux sous-ministres a pour effet d'encourager les provinces et territoires à s'efforcer de soumettre les meilleures données possibles », déclare Ann Chapman, gestionnaire de la qualité des données à l'ICIS.

Les rapports sont accompagnés de documents complémentaires expliquant la méthode de calcul de chaque indicateur, ainsi que de tableaux de tendances illustrant le rendement de la banque de données au fil du temps.

Des rapports personnalisés d'une page sur la qualité des données sont créés pour chaque province et territoire et soulignent les points à améliorer relativement à chaque banque de données. Les sous-ministres reçoivent également un tableau de synthèse montrant les résultats de leur province ou territoire pour l'ensemble des banques de données. Dans ce tableau de synthèse, nous avons utilisé des indicateurs colorés (rouge, jaune et vert) qui permettent de constater d'un seul coup d'œil quelles

banques de données ont obtenu de bons résultats à ces évaluations et lesquelles accusent des faiblesses à corriger.

### Liste des bases de données incluses dans les rapports sur la qualité des données

- la Base de données sur les congés des patients
- le Système d'information sur les soins de longue durée
- le Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes
- le Système national d'information sur la réadaptation
- le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits
- la Base de données nationale sur les médecins
- la Base de données canadienne SIG
- le Registre national des traumatismes
- les Bases de données de Statistique Canada (Statistiques de l'état civil sur les naissances et les décès, Registre canadien du cancer)

# L'ICIS sera là!

## Mars

**18 et 19** Congrès mondial des infirmières et infirmiers psychiatriques organisé par la RPNC  
Westin Bayshore  
Vancouver (Colombie-Britannique)

**29 au 31** Conférence sur le leadership de la NSAO  
Westin Nova Scotian  
Halifax (Nouvelle-Écosse)

**30 et 31** Congrès 2010 du CHSPR sur les politiques en matière de santé : Innovations en ressources humaines de la santé  
Sheraton Wall Centre  
Vancouver (Colombie-Britannique)

## Avril

**12 au 14** SAHO 2010 : conférence et exposition  
Regina (Saskatchewan)

## Mai

**6 et 7** Congrès scientifique annuel de l'Association canadienne de traumatologie  
Marriott Halifax Harbourfront  
Halifax (Nouvelle-Écosse)

**Le 30** e-Health 2010  
Centre de congrès et d'exposition de Vancouver  
Vancouver (Colombie-Britannique)

## Collaborateurs

ICIS Directions CIHI est publié par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). L'ICIS recueille de l'information sur la santé et les soins de santé au Canada, l'analyse, puis la rend accessible au grand public. Pour nous faire part de vos commentaires et suggestions ou pour obtenir d'autres exemplaires de cette publication, en anglais ou en français, veuillez communiquer avec le rédacteur à :

Rédacteur, ICIS Directions CIHI  
495, chemin Richmond, bureau 600  
Ottawa (Ontario) K2A 4H6

Téléphone : 613-241-7860  
Télécopieur : 613-241-8120

Courriel : [communications@icis.ca](mailto:communications@icis.ca)  
Site Web : [www.icis.ca](http://www.icis.ca)

*This publication is also available in English.*

Hiver 2010 [icisdirectionscih.ca](http://icisdirectionscih.ca)