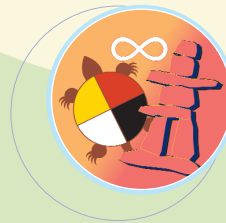


Améliorer l'infrastructure de collecte de données sur les soins de santé primaires au Canada

Rapport 2

Projet d'élaboration d'indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information

Le contenu de cette publication peut être reproduit en totalité ou en partie pourvu que ce ne soit pas à des fins commerciales et que l'Institut canadien d'information sur la santé soit identifié.

Institut canadien d'information sur la santé
495, chemin Richmond
Bureau 600
Ottawa (Ontario)
K2A 4H6

Téléphone : (613) 241-7860
Télécopieur : (613) 241-8120
www.icis.ca

ISBN 1-55392-823-7 (PDF)

© 2006 Institut canadien d'information sur la santé

This publication is also available in English under the title
Enhancing the Primary Health Care Data Collection Infrastructure in Canada, Report 2
ISBN 1-55392-821-0 (PDF)

Afin de faciliter la lecture du présent texte, nous avons employé le masculin comme genre neutre pour désigner aussi bien les femmes que les hommes.

Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) tient à remercier les nombreuses personnes et organisations qui ont pris part à la rédaction de ce rapport.

Ce rapport n'aurait pu être produit sans le soutien et la participation de plusieurs personnes et d'organismes au cours des 12 derniers mois. Il n'est cependant pas possible de citer nommément ces quelque 100 personnes. Leur dévouement, qui a largement dépassé nos attentes initiales, est vivement apprécié et nous espérons que la qualité de leur contribution transparaîtra dans ce rapport.

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) souhaite également remercier les membres du comité consultatif qui ont spontanément investi leur temps, et partagé leur expérience et leurs connaissances.

- Marsha Barnes — Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
- Juanita Barrett — Newfoundland and Labrador Department of Health and Community Services
- Bachir Belhadji (membre d'office) — Santé Canada
- Jeanine Bustros (membre d'office) — Santé Canada
- Nandita Chaudhuri — Saskatchewan Health
- Nancy Darcovich — Statistique Canada
- Melanie Grace — L'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux
- Jeannie Haggerty — Université de Sherbrooke
- Brian Hutchison (président) — McMaster University
- Betty Jeffers — Alberta Health and Wellness
- Alan Katz — University of Manitoba
- Marian Knock — Association des infirmières et infirmiers du Canada
- John Maxted — Collège des médecins de famille du Canada
- Louise Rosborough (membre d'office) — Santé Canada
- Jim Rourke — Memorial University of Newfoundland
- Marsha Sharp — Les diététistes du Canada
- Merv Ungurain — Nova Scotia Department of Health
- Diane Watson — Centre for Health Services and Policy Research, University of British-Columbia
- Greg Webster (membre d'office) — Institut canadien d'information sur la santé
- Ron Wray (membre d'office) — Institut canadien d'information sur la santé



Nous souhaitons également remercier sincèrement les membres des groupes de travail, et plus particulièrement les principaux acteurs : June Bergman, Astrid Guttmann, Pierre Tousignant et Sabrina Wong.

Les commentaires formulés par les membres du comité consultatif et des groupes de travail se sont révélés d'une très grande valeur et nous ont permis de rédiger le présent rapport, mais l'ICIS demeure entièrement responsable de son contenu.

L'équipe de l'Élaboration d'indicateurs de soins de santé primaires était formée de Shamali Gupta, Natalia Lobach, Judith MacPhail, Diane McKenzie, Lisa Mitmaker, Joanna Vlachakis, Vicky Walker, Ron Wray et Marta Yurcan. L'orientation et les conseils fournis à l'équipe par Indra Pulcins, Greg Webster et Jennifer Zelmer tout au long du projet ont été très utiles.

La production de ce rapport a mis à contribution de nombreuses personnes et divers secteurs de l'ICIS, notamment les services de publication, de traduction, des communications et des indicateurs de santé. Nous tenons tout particulièrement à remercier Patricia Finlay, Janice Miller, Joan Porter, Susanne Porter-Bopp, Steve Slade, Eugene Wen, et Colleen Zebchuck pour leur précieux soutien.

La production de ce rapport a été rendue possible grâce à un apport financier provenant du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada. Les opinions émises dans ce rapport ne reflètent pas forcément le point de vue de Santé Canada.



Table des matières

Remerciements	i
À propos de l'ICIS	v
Résumé	vii
1.0 Introduction	1
1.1 Le Projet d'élaboration d'indicateurs de soins de santé primaires — aperçu	2
1.2 Processus d'établissement de recommandations pour l'amélioration de l'infrastructure de collecte de données pancanadiennes sur les soins de santé primaires	4
2.0 Quelles sources de données seraient nécessaires à la déclaration des indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires?	9
3.0 Comment accéder à l'information?	13
3.1 Données relatives aux clients ou patients ou à la population	15
3.2 Données relatives aux dispensateurs	22
3.3 Données relatives aux organismes	28
3.4 Données administratives cliniques	33
3.5 Autres données administratives	43
4.0 Quels sont les défis?	47
4.1 Normes relatives aux données sur les soins de santé primaires	47
4.2 Respect de la vie privée et confidentialité	49
4.3 Coordination, élaboration et mise en œuvre	50
5.0 Recommandations et conclusion	51
5.1 Amélioration de l'infrastructure de collecte de données sur les soins de santé primaires	52
5.2 Conclusion	55
Annexe A : Exemple de liste abrégée des indicateurs de soins de santé primaires.	57
Annexe B : Principales sources de données en santé	59
Annexe C : Sources de données existantes sur les soins de santé primaires à l'échelle pancanadienne et provinciale	63
Annexe D : Analyse des écarts de disponibilité des indicateurs de soins de santé primaires	75



Annexe E : Liste des organismes sondés et des informateurs clés interviewés
dans le cadre du survol des sources de données internationales,
pancanadiennes, provinciales et territoriales **113**

Annexe F : Liste des participants au projet d'élaboration d'indicateurs de
soins de santé primaires et leur mode de participation **119**

Annexe G : Acronymes **129**

Annexe H : Notes de fin de document **131**



À propos de l'ICIS

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) recueille de l'information sur la santé et les soins de santé au Canada, l'analyse, puis la rend accessible au grand public. L'ICIS a été créé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en tant qu'organisme autonome sans but lucratif voué à la réalisation d'une vision commune de l'information sur la santé au Canada. Son objectif : fournir de l'information opportune, exacte et comparable. Les données que l'ICIS rassemble et les rapports qu'il produit éclairent les politiques de la santé, appuient la prestation efficace de services de santé et sensibilisent les Canadiens aux facteurs qui contribuent à une bonne santé.

Pour obtenir de plus amples renseignements, visitez notre site Web : www.icis.ca.



Résumé

Les soins de santé primaires sont à la base du système de santé canadien et constituent les soins les plus courants que reçoivent les Canadiens en matière de soins de santé¹. Chaque année, environ cinq milliards de dollars sont investis uniquement dans les services des médecins de famille et des omnipraticiens rémunérés à l'acte au Canada². Les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral se sont entendus pour faire de ces soins une priorité³. À l'heure actuelle, il existe toutefois relativement peu de données comparables sur le cadre d'évolution du système de soins de santé primaires. Aussi possède-t-on peu de connaissances quant à la façon dont les services sont offerts et aux résultats de ces services. Ces écarts peuvent avoir une incidence sur notre façon d'évaluer, de gérer et d'améliorer les soins de santé primaires au Canada.

L'ICIS a dirigé le Projet d'élaboration d'indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires, financé par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) de Santé Canada, qui visait à :

- élaborer un ensemble d'indicateurs de soins de santé primaires convenus pouvant servir à la comparaison et à l'évaluation de divers aspects des soins de santé primaires offerts dans les provinces et les territoires canadiens;
- fournir des conseils sur la collecte des données susceptibles d'alimenter les rapports sur ces indicateurs, partout au Canada.

Les indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires ont été conçus pour correspondre à une série d'objectifs, de mesures d'appui et de questions d'évaluation et formulés dans la Stratégie nationale d'évaluation du FASSP. Ce cadre d'orientation a été élaboré en avril 2005 grâce à un processus de collaboration incluant une analyse documentaire, la collecte de conseils d'experts et la participation d'intervenants⁴.

Le présent rapport énonce des recommandations pour améliorer l'infrastructure de collecte de données pancanadiennes sur les soins de santé primaires (c.-à-d. le deuxième objectif du projet) afin que celle-ci puisse fournir les données nécessaires au calcul des indicateurs et à d'autres activités d'évaluation. Un rapport complémentaire en deux volumes, intitulé *Indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires*, présente l'ensemble des indicateurs de soins de santé primaires convenus⁵. Ces derniers fournissent de l'information sur les aspects des soins de santé primaires dont la mesure a été jugée de la plus haute importance par nombre d'intervenants au pays.



***Qu'est-il important de mesurer dans le secteur des soins de santé primaires
et comment le mesurer?***

Grâce à un vaste processus d'établissement de consensus, une liste de 105 indicateurs de soins de santé primaires correspondant aux questions d'évaluation de la Stratégie nationale d'évaluation a été définie par de nombreux intervenants^{5, 6}. Cette liste d'indicateurs peut être utilisée en entier ou divisée en sous-groupes, selon les questions ou les besoins examinés. Par exemple, l'ICIS a créé une liste abrégée de 30 indicateurs de soins de santé primaires à partir des 105 indicateurs initiaux dans le but de présenter un sommaire des indicateurs de soins de santé primaires (annexe A). La liste complète des 105 indicateurs et la liste abrégée de 30 indicateurs peuvent également être utilisées pour éclairer et prioriser l'amélioration de l'infrastructure de collecte de données, qui, au fil du temps, fait augmenter considérablement la disponibilité des données sur les soins de santé primaires.

Une variété de sources de données administratives cliniques et de sondages sur les soins de santé primaires seraient nécessaires au calcul de la liste complète des 105 indicateurs de soins de santé primaires. Le tableau qui suit indique : les types de sources des données nécessaires ainsi que le nombre d'indicateurs pouvant être calculés, entièrement ou partiellement, à partir des sources de données actuellement disponibles ou des sources de données modifiées ou enrichies et le nombre d'indicateurs dont le calcul exige de nouvelles sources de données.



Tableau 1. Indicateurs de soins de santé primaires et disponibilité des sources de données pancanadiennesⁱ

TYPE DE SOURCES DE DONNÉES REQUIS	INDICATEURS POUVANT ÊTRE CALCULÉS GRÂCE AUX SOURCES DE DONNÉES ACTUELLES	INDICATEURS POUVANT ÊTRE CALCULÉS GRÂCE AUX SOURCES DE DONNÉES MODIFIÉES	INDICATEURS POUVANT ÊTRE CALCULÉS GRÂCE AUX SOURCES DE DONNÉES ENRICHIES	INDICATEURS POUR LESQUELS AUCUNE SOURCE DE DONNÉES N'EXISTE	TOTAL
Données provenant de sondages menés auprès de clients ou des patients, ou de la population (p. ex. l'ESCC)	9	5	17	-	31
Données provenant de sondages menés auprès de dispensateurs (p. ex. le Sondage national auprès des médecins)	6	4	5		15
Données provenant de sondages menés auprès d'organismes (p. ex. le Sondage national auprès des médecins)	-	-	21	2	23
Données administratives cliniques (p. ex. les DME, la BDMH, la DAD, le SNISA, les réclamations des médecins, le SNIUMP, l'imagerie diagnostique et les analyses en laboratoire)	1	3	12	17	33
Autres données administratives (p. ex. la Base de données Scott's et la BDNM)	2	-	-	1	3
TOTAL	18	12	55	20	105

i. Les sources de données pancanadiennes mentionnées dans le tableau 1 sont les suivantes :
 ESCC : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes;
 Sondage national auprès des médecins;
 BDMH : Base de données sur la morbidité hospitalière;
 DAD : Base de données sur les congés des patients;
 SNISA : Système national d'information sur les soins ambulatoires;
 Réclamations des médecins : données liées aux réclamations des médecins rémunérés à l'acte des provinces et des territoires;
 DME : dossiers médicaux électroniques et dossiers papier sur les patients en soins de santé primaires;
 Données sur l'imagerie diagnostique et les analyses en laboratoire : pourraient être obtenues des sources de données provinciales ou territoriales;
 SNIUMP : Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits;
 Scott's : Base de données médicales Scott's (anciennement appelée Base de données médicales Southam);
 BDNM : Base de données nationale sur les médecins.
 Voir l'annexe C pour obtenir de plus amples renseignements sur ces sources de données.



Dix-huit des 105 indicateurs convenus peuvent être calculés au moyen de sources de données existantes, dont neuf pourraient seulement l'être partiellement. Les indicateurs qui peuvent seulement être calculés en partie renvoient habituellement à des sources qui contiennent des données relatives à certains dispensateurs de soins de santé primaires seulement (par exemple, les médecins de famille et les omnipraticiens [MF/OP]). Douze autres indicateurs pourraient être entièrement ou partiellement calculés en modifiant certaines questions de sondages existants.

Il n'existe aucune source de données pancanadiennes pour 75 indicateurs. Leur calcul exigerait la création de nouvelles sources de données ou l'expansion considérable d'une base de données administratives ou d'un sondage existant. Par exemple, on pourrait calculer 55 autres indicateurs en enrichissant le Sondage national auprès des médecins (26 indicateurs) et l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* ou l'ESCC (17 indicateurs) et en recueillant des données supplémentaires sur la facturation des services des médecins rémunérés à l'acte (avec des données sur les médicaments d'ordonnance, les diagnostics et les analyses en laboratoire — 12 indicateurs). L'apport de modifications considérables à ces sources de données existantes permettrait le calcul de nombreux autres indicateurs de soins de santé primaires. Toutefois, l'expérience nous enseigne que de tels changements peuvent être difficiles à mesurer, en raison des répercussions que peut entraîner l'enrichissement des sources de données établies.

En raison de la quantité d'indicateurs de soins de santé primaires qui pourraient être calculés en modifiant ou en développant l'ESCC et le Sondage national auprès des médecins, l'exploration des possibilités d'amélioration de ces deux sources de données sur les soins de santé primaires est considérée comme une priorité pour consolider l'infrastructure de collecte de données sur les soins de santé primaires.

Des efforts pourraient aussi être déployés pour améliorer la capacité à recueillir des données administratives cliniques concernant la qualité et les résultats, les ressources humaines de la santé et les dépenses de santé. L'information sur la qualité et les résultats est essentielle pour évaluer le fonctionnement du système de soins de santé primaires. Les données administratives cliniques sur les soins de santé primaires devraient être recueillies à partir d'une combinaison de dossiers médicaux (électroniques de préférence) et de sources de données sur les médicaments prescrits, les tests d'imagerie diagnostique et les analyses en laboratoire.

En attendant que l'élaboration du dossier de santé électronique (DSE) entièrement intégré soit achevée au Canada, les données administratives cliniques pourraient également être tirées de registres sur les soins de santé primaires ou d'études périodiques sur la qualité semblables à celles qui ont été effectuées aux États-Unis, au Royaume-Uni et dans certaines régions du Canada. Les exigences en matière de



données administratives cliniques peuvent servir à documenter le contenu des dossiers médicaux électroniques (DME) cliniques et du DSE entièrement intégré. Une fois que le DSE aura été mis en place dans l'ensemble du système de soins, il représentera une précieuse source de données administratives cliniques requises pour le calcul des indicateurs de soins de santé primaires et pour plusieurs autres interventions liées à l'amélioration de ceux-ci.

Amélioration de l'infrastructure de collecte de données pancanadiennes sur les soins de santé primaires

Les recommandations ci-dessous peuvent être utilisées par de nombreux intervenants dans le but d'améliorer l'infrastructure de collecte de données sur les soins de santé primaires. Il est convenu qu'il s'agit d'un processus à long terme et qu'il faudra tirer profit des occasions existantes et émergentes pour régler ces écarts.

Conseils généraux pour améliorer l'infrastructure de collecte de données sur les soins de santé primaires

- 1.1** La direction et le soutien constitueront un élément important pour assurer l'efficacité et la pertinence des initiatives pancanadiennes visant à améliorer l'infrastructure de collecte de données sur les soins de santé primaires et la disponibilité de l'information nécessaire à la gestion de ces soins au Canada.
- 1.2** Poursuivre dans la foulée du Projet d'élaboration d'indicateurs de soins de santé primaires par des partenariats qui tireront profit des activités de soins de santé primaires existantes.
- 1.3** Adopter une méthode souple et progressive qui respecte les différences entre provinces, territoires et groupes de dispensateurs, et qui encourage le leadership et s'ouvre aux possibilités. Envisager de se concentrer initialement sur la liste abrégée de 30 indicateurs ou sur la création de sources de données précises si des occasions se présentent. Dans certains cas, la création de liens qui respectent les consignes de protection des données confidentielles parmi les multiples sources de données au niveau de l'enregistrement diminuerait la tâche des répondants et permettrait la production d'analyses et de rapports plus riches en information.
- 1.4** Planifier et, au besoin, diriger la mise en œuvre de recommandations pour l'amélioration de l'infrastructure de collecte de données sur les soins de santé primaires (présentées ci-dessous) en créant des partenariats avec les provinces et les territoires, les dispensateurs et les chercheurs.
- 1.5** L'infrastructure de collecte de données élaborée devrait faciliter les comparaisons d'une région à l'autre et au fil du temps, dans la mesure du possible.



- 1.6** L'infrastructure de collecte de données devrait être souple et modifiable, car elle pourrait servir à la collecte d'autres types de données sur les soins de santé primaires au fur et à mesure que les soins de santé primaires sont renouvelés. Réévaluer périodiquement la portée de l'infrastructure de collecte de données pour s'assurer qu'elle répond aux besoins en information.

Amélioration des sondages sur les soins de santé primaires menés auprès des clients ou patients et de la population :

- 2.1** Explorer la possibilité de modifier et de développer les questions de l'ESCC afin de saisir les données sur les soins de santé primaires nécessaires pour déclarer, entièrement ou partiellement, le nombre maximum d'indicateurs de soins de santé primaires relatifs aux patients ou aux clients. Ces possibilités peuvent comprendre l'ajout et la modification des questions dans les modules de base et précis de l'ESCC afin de faciliter la déclaration des indicateurs relatifs à l'accès aux soins de santé primaires, aux expériences et à la satisfaction des clients et patients, à la gestion des maladies chroniques et aux comportements à risque pour la santé.
- 2.2** Encourager l'utilisation des indicateurs dans le cadre d'autres activités d'évaluation des soins de santé primaires, comme les sondages sur les soins de santé primaires menés à l'échelle des régions sanitaires, de la population et des clients ou patients.

Amélioration des sondages menés auprès des dispensateurs et des organismes de soins de santé primaires

- 3.1** Explorer la possibilité de modifier et de développer le Sondage national auprès des médecins dans le but de recueillir les données sur les soins de santé primaires nécessaires pour rendre compte, totalement ou partiellement, du nombre maximum d'indicateurs de dispensateurs et d'organismes. Idéalement, certains de ces changements seront apportés à temps pour recueillir les nouvelles données sur les soins de santé primaires dans le cadre du Sondage national auprès des médecins de 2007.
- 3.2** Explorer la possibilité de recueillir des données concernant les dispensateurs et les organismes de soins de santé primaires auprès d'autres dispensateurs de soins de santé primaires à partir de sondages existants ou au moyen de nouveaux sondages. Une option serait de développer le Sondage national auprès des médecins en un sondage pancanadien auprès des dispensateurs et des organismes de soins de santé primaires qui permette encore d'établir un lien avec les MF/OP et les spécialistes. Cette modification nécessiterait une très grande collaboration et pourrait ne pas être possible vu l'importance du rôle actuel du Sondage national auprès des médecins. Si l'expansion du Sondage national auprès des médecins s'avère irréalisable, d'autres méthodes



pourraient être envisagées, par exemple en ayant recours à des sondages existants ou nouveaux menés auprès des dispensateurs. Le cas échéant, il serait préférable de se concentrer d'abord sur les indicateurs pertinents de la liste abrégée de 30 indicateurs.

- 3.3** Explorer les possibilités d'accéder à des registres sur les organismes et les dispensateurs de soins de santé primaires ou de participer à la création de tels registres pour les utiliser afin de définir des échantillons pour les sondages auprès des organismes et des dispensateurs de soins de santé primaires et afin de fournir les données nécessaires pour déclarer les indicateurs connexes.

Amélioration des sources de données administratives (cliniques et autres) sur les soins de santé primaires

- 4.1** Explorer les possibilités de s'entendre sur un ensemble commun de variables et de normes à inclure dans un dossier médical électronique (DME) en soins de santé primaires. Ce processus favoriserait la collecte d'information comparable en soins de santé primaires à partir des DME cliniques qui pourraient servir à la déclaration de certains indicateurs administratifs cliniques et à l'élaboration du contenu du DSE intégré.
- 4.2** Explorer les possibilités d'améliorer le processus de soumission des données, par les organismes de réglementation et les associations professionnelles ainsi que par les provinces et territoires touchés, aux bases de données pancanadiennes existantes (ou en cours d'élaboration) sur les ressources humaines et les dépenses de santé pour faciliter le calcul des indicateurs de soins de santé primaires associés.

Impossible de gérer ce qui ne peut être mesuré

Compte tenu de la somme (évaluée à cinq milliards de dollars) investie annuellement dans les services des médecins de famille et omnipraticiens rémunérés à l'acte au Canada² et du fait que les données sur les indicateurs de soins de santé primaires considérés comme étant prioritaires par un groupe d'intervenants sont limitées, l'amélioration de l'infrastructure de collecte de données sur les soins de santé primaires au Canada pourrait fournir aux décideurs et aux responsables de l'élaboration des politiques l'information dont ils ont besoin pour accroître l'efficacité du système de soins de santé primaires et son incidence sur le système de santé en général ainsi que sur la santé de la population. Une plus grande disponibilité des données sur les soins de santé primaires permettrait également de mieux communiquer avec le public sur la performance du système de santé.

Au cours des dernières années, des investissements considérables ont été réalisés dans le but d'améliorer les soins de santé primaires au Canada, mais les données dont nous disposons pour évaluer et gérer le renouvellement de ces soins sont



limitées. Nombre de dispensateurs, de collectivités, de chercheurs et de responsables de l'élaboration des politiques ont consacré temps, énergie et ressources dans la poursuite de cet objectif. Grâce à une collaboration et à un engagement continus, certaines des options dont il est question dans le présent rapport pourraient être utilisées pour améliorer la disponibilité de données sur les soins de santé primaires comparables et pertinentes pour l'ensemble du Canada.



1.0 Introduction

La présente section décrit le processus d'élaboration des recommandations pour améliorer l'infrastructure de collecte de données pancanadiennes sur les soins de santé primaires. Ce processus inclut les activités suivantes :

- une revue des bases de données et des sondages pancanadiens et provinciaux sur la santé;
- un sondage international sur les expériences de cinq pays relativement à l'élaboration d'une infrastructure de collecte de données sur les soins de santé primaires;
- une analyse documentaire;
- des entrevues avec des informateurs clés;
- une consultation des médecins, de pratique et de recherche en ce qui concerne les soins de santé primaires canadiens;
- le soutien de groupes de travail et de comités consultatifs;
- la consultation du groupe de travail fédéral, provincial et territorial du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASPP).

Les soins de santé primaires ont été définis comme la base du système de santé canadien¹. Au sein du système de santé, les soins de santé primaires jouent un rôle essentiel dans l'amélioration de la santé et le soin des maladies et servent souvent de passerelle vers les autres services de santé et services sociaux⁷.

Le 11 septembre 2000, les premiers ministres du Canada ont annoncé que les améliorations des soins de santé primaires étaient cruciales pour le renouvellement des services de santé. Le gouvernement fédéral a alors créé le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASPP) de 800 millions de dollars. Le FASPP est le reflet d'une entente entre les gouvernements fédéral et provinciaux ou territoriaux visant à travailler conjointement à l'amélioration des soins de santé primaires partout au Canada et à trouver de nouveaux modes de prestation des soins de santé primaires.

Pour aider à comprendre et à améliorer le renouvellement des soins de santé primaires, Santé Canada a établi la stratégie d'évaluation nationale du FASPP. Une des composantes de la stratégie d'évaluation nationale a consisté à élaborer une série d'objectifs, de mesures d'appui et de questions d'évaluation pour Santé



Canada. Cette composante de la stratégie d'évaluation nationale a été mise en œuvre entre la fin 2004 et le début 2005. Grâce à un partenariat comprenant un examen de la documentation, des conseils d'experts et la participation d'intervenants, une série de plus de 50 questions d'évaluation convenues a été élaborée de manière à correspondre aux objectifs et aux mesures d'appui de la stratégie d'évaluation nationale⁴.

L'ICIS a été sollicité pour diriger une collaboration visant à élaborer des indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires correspondant aux objectifs, aux mesures d'appui et aux questions d'évaluation de la Stratégie nationale d'évaluation, et à combler les lacunes de données sur les soins de santé primaires dans l'immédiat, à court terme et à long terme.

1.1 Le Projet d'élaboration d'indicateurs de soins de santé primaires — aperçu

En raison du large éventail de questions d'évaluation, il paraissait important d'établir une gamme étendue d'indicateurs. Les indicateurs de la santé constituent des mesures normalisées qui permettent de comparer l'état de santé, les performances des systèmes de santé et les caractéristiques de diverses populations et de provinces et territoires divers⁸. Les indicateurs de la santé sont essentiellement un outil pouvant aider les provinces et territoires, les régions et les organismes à suivre le progrès relatif à l'amélioration et au maintien de la santé de la population et du fonctionnement du système de santé. Par exemple, les indicateurs peuvent servir à évaluer la performance, la planification stratégique et l'établissement des priorités ainsi que l'amélioration de la qualité, et pour transmettre au public de l'information importante sur la santé.

Au début de 2005, l'ICIS a lancé un projet visant à :

- élaborer un ensemble d'indicateurs de soins de santé primaires convenus qui serviraient à comparer et à évaluer les soins de santé primaires sur de multiples plans et à l'échelle des provinces et territoires du Canada;
- fournir des conseils sur l'infrastructure de collecte des données susceptibles d'alimenter les rapports sur ces indicateurs, partout au Canada.

Les objectifs, les mesures d'appui et les questions d'évaluation de la Stratégie nationale d'évaluation ont servi de cadre à l'élaboration des indicateurs de soins de santé primaires.



Les indicateurs de soins de santé primaires ont été élaborés grâce à un important processus incluant la consultation et la participation d'intervenants^{5, 6}. En voici les étapes :

- une analyse de la conjoncture a permis de définir une liste préliminaire d'indicateurs à partir de sources pancanadiennes et internationales;
- des groupes de travail ont peaufiné la liste préliminaire d'indicateurs et élaboré des définitions et des spécifications détaillées pour chaque indicateur proposé;
- un sondage Web a permis de recueillir des commentaires sur les nouveaux indicateurs auprès de plusieurs intervenants de partout au pays;
- la consultation d'un grand nombre de responsables de l'élaboration des politiques, d'intervenants des autorités sanitaires, d'associations de professionnels de la santé et d'autres personnes de partout au Canada;
- deux conférences consensuelles ayant eu lieu en mai et en novembre 2005 dans le cadre desquelles les responsables de l'élaboration des politiques, les dispensateurs de soins et les gestionnaires du système ont passé en revue les résultats des activités mentionnées ci-dessus;
- un processus Delphiⁱⁱ en trois rondes avec la participation de plus de 70 intervenants a permis d'évaluer l'importance des indicateurs pour la mesure d'un aspect important du système de soins de santé primaires.

Grâce au consensus, une liste de 105 indicateurs de soins de santé primaires correspondant aux questions d'évaluation de la Stratégie nationale d'évaluation a été établie par un important groupe d'intervenants⁵. Cette liste d'indicateurs peut être en tout ou en partie utilisée à diverses fins. L'annexe A contient un exemple de liste abrégée de 30 indicateurs représentatifs choisis par l'ICIS principalement en fonction des notes attribuées à ces derniers dans le cadre de la troisième ronde du processus Delphi modifié. La liste des 105 indicateurs ou la liste abrégée pourrait guider l'établissement des priorités afin d'améliorer l'infrastructure de collecte de données sur les soins de santé primaires.

ii. Un processus Delphi modifié est un processus empirique de consultation d'experts, qui sert à déterminer le consensus dans un groupe d'experts souvent dispersés géographiquement. Les organismes ou les chercheurs mènent une série de sondages écrits auprès d'un groupe d'experts. La technique peut varier, mais les experts doivent habituellement noter les éléments selon une échelle de Likert (de 1 à 9). Habituellement, le processus comprend deux ou trois étapes, chaque nouvelle étape étant basée sur les résultats de la précédente. Les réponses sont rassemblées puis transmises aux répondants.



1.2 Processus d'établissement de recommandations pour l'amélioration de l'infrastructure de collecte de données pancanadiennes sur les soins de santé primaires

Le choix des sources qui pourraient servir pour déclarer l'ensemble des indicateurs de soins de santé primaires canadiens n'était pas limité aux sources de données existantes. Les participants au projet ont clairement reconnu que l'amélioration des sources de données existantes et la création de nouvelles sources de données constitueraient un facteur décisif pour la déclaration des indicateurs de soins de santé primaires. L'objectif de cette étape du Projet d'élaboration d'indicateurs de soins de santé primaires était de décrire l'infrastructure nécessaire à la collecte de données fiables et comparables pour le calcul des indicateurs de soins de santé primaires.

Dans le cadre de ce projet, le terme « infrastructure » désigne un ensemble de méthodes de collecte de données et de sources de données régulières et continues et non le matériel (c.-à-d. l'installation ou les spécifications techniques, les politiques et les procédures associées et les instructions concernant la mise en œuvre) nécessaire à la création de systèmes interopérables.

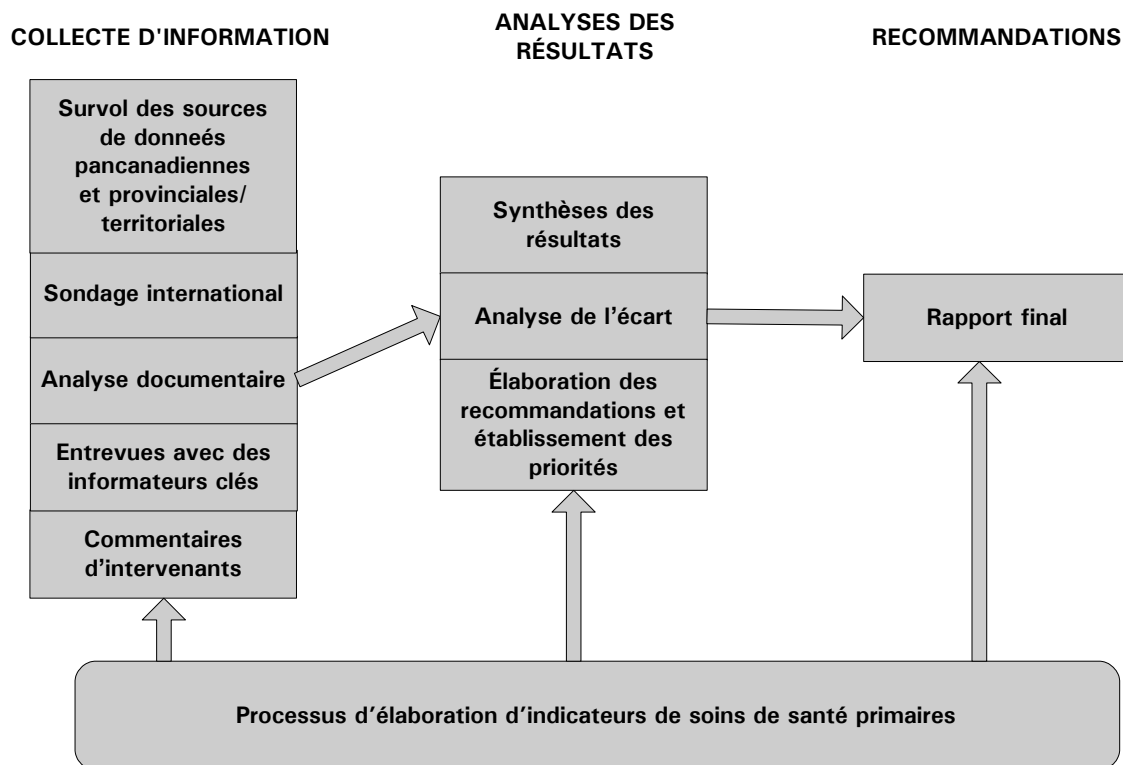
Le présent rapport inclut les réponses aux questions suivantes :

- Quelles sont les sources d'information existantes sur les soins de santé primaires à l'échelle pancanadienne, provinciale et territoriale?
- Quel type de données devraient être recueillies pour le calcul des indicateurs de soins de santé primaires?
- Quelles sources de données sur les soins de santé primaires, nouvelles ou enrichies, seraient nécessaires pour enrichir les sources existantes?
- Quelles stratégies et options d'amélioration des sources de données permettraient d'accroître la capacité de collecte des données sur les soins de santé primaires à l'échelle pancanadienne?

Différentes mesures ont été prises entre juin et décembre 2005, incluant la collecte d'information, l'analyse et l'établissement de recommandations, pour trouver des réponses aux questions ci-dessus. La figure suivante illustre les activités entreprises pour l'établissement de recommandations visant à améliorer de l'infrastructure de collecte de données pancanadiennes sur les soins de santé primaires.



FIGURE 1 : Aperçu du processus d'élaboration de recommandations relatives à l'infrastructure de collecte de données sur les soins de santé primaires au Canada



Survol des sources de données pancanadiennes, provinciales et territoriales

L'ICIS a sélectionné des experts connaissant les sources de données pancanadiennes, provinciales et territoriales existantes, les sources de données potentielles ou en cours d'élaboration et d'autres sources de données pertinentes. Durant les mois de juillet et d'août 2005, l'ICIS a effectué plus de 15 entrevues téléphoniques sur les sources pancanadiennes auprès d'experts et 32 autres auprès d'administrateurs de base de données et de coordonnateurs de sondage provinciaux. Les transcriptions de ces entrevues ont été synthétisées et analysées dans un document d'information. L'annexe E fournit la liste des organismes et des personnes interrogés dans le cadre du survol des sources, du sondage international et des entrevues avec les informateurs clés.



L'ICIS a recueilli et résumé l'information en accordant une importance particulière aux points suivants :

- le type de données recueillies et leur source, entre autres les réclamations des médecins rémunérés à l'acte, la promotion de la santé et la prévention, les dépenses de santé, les registres, les listes d'attente et les rapports d'incident;
- l'information précise sur les éléments de données, la couverture, la fréquence de soumission, la méthode de collecte des données, la qualité des données et la base de sondage;
- les aspects de l'infrastructure de collecte de données, par exemple la collecte, le traitement et la diffusion.

Sondage international

L'ICIS a inclus cinq pays dans le sondage international, soit l'Australie, les Pays-Bas, le Royaume-Uni, la Nouvelle-Zélande et les États-Unis. Entre juillet et octobre 2005, l'ICIS a mené un sondage téléphonique auprès de dix représentants du gouvernement ou d'organismes de ces pays participant à l'élaboration de l'infrastructure de collecte de données et des indicateurs de soins de santé primaires. Un guide d'entrevue normalisé a été préparé et distribué à l'avance aux répondants. Le suivi a été effectué par téléphone ou par courriel. De plus, un certain nombre d'entrevues informelles ont été effectuées en personne lors de rencontres et de conférences. Les transcriptions de ces entrevues ont été synthétisées et analysées dans un document d'information qui en fournit le résumé.

Entrevues avec des informateurs clés

Cinq leaders reconnus en matière de soins de santé primaires et d'infrastructure de collecte de données ont été questionnés par téléphone au moyen d'un guide d'entrevue normalisé. On leur a demandé leurs opinions quant aux facteurs décisifs pour la réussite de la mise en œuvre des sources de données sur les soins de santé primaires et de l'infrastructure de collecte de données. Les transcriptions de ces entrevues ont été synthétisées et analysées, puis ont servi de base à ce rapport.

Analyse documentaire des méthodes de collecte de données

L'analyse documentaire avait pour but de recueillir les renseignements suivants :

- l'information de base concernant les mesures de collecte de données sur les soins de santé primaires;
- un aperçu des thèmes communs, des défis et des facteurs de réussite mis en relief dans les contextes canadien et international;
- un échantillon d'initiatives internationales d'élaboration d'infrastructures de collecte de données sur les soins de santé primaires et d'études de cas.



Une recherche sur Internet a permis de repérer 90 sources d'information, y compris des articles de journaux approuvés par les pairs et de la documentation parallèle telle que des rapports sur les politiques et des documents de travail. Les résultats ont été synthétisés et analysés dans un document d'information.

Analyse et résultats

Un Groupe de travail sur l'infrastructure de la collecte de données sur les soins de santé primaires a été formé pour fournir des conseils sur l'élaboration du présent rapport. Les membres ont été choisis pour leur expertise en matière d'évaluation des soins de santé primaires et d'infrastructure informatique dans le domaine de la santé. L'annexe F fournit la liste des membres du groupe de travail ainsi que des autres participants au projet. De septembre à décembre 2005, le groupe de travail a rencontré l'équipe de l'ICIS engagée dans le projet sur une base mensuelle. Il a également révisé et intégré des commentaires découlant de la conférence consensuelle de novembre 2005 et émis par les membres du comité consultatif du projet d'élaboration d'indicateurs de soins de santé primaires.

Une analyse de l'écart a été également réalisée à partir de l'information recueillie lors du survol des sources de données pancanadiennes, provinciales et territoriales. Elle a permis de définir les sources de données pancanadiennes existantes que l'on pourrait utiliser pour alimenter les indicateurs de soins de santé primaires et combler tout autre écart possible. Les facteurs décisifs de réussite, les leçons tirées, les thèmes récurrents et les meilleures pratiques concernant l'élaboration de l'infrastructure de collecte de données sur les soins de santé primaires ont été définis grâce aux résultats de l'analyse documentaire, des entrevues avec les informateurs clés, du sondage international et du survol des sources de données pancanadiennes, provinciales et territoriales.

Des recommandations pour l'amélioration de l'infrastructure de collecte de données pancanadiennes sur les soins de santé primaires ont été définies selon les résultats de l'analyse de l'écart, de l'analyse documentaire, des entrevues avec les informateurs clés et du survol international.

Une première version du rapport final intitulé *Enhancing the Primary Health Care Data Collection Infrastructure in Canada* a été envoyée au groupe de travail fédéral, provincial et territorial du FASSP et au groupe consultatif du projet d'élaboration d'indicateurs de soins de santé primaires. Des commentaires et des conseils de chacun de ces groupes ont été pris en considération au cours de l'élaboration du présent rapport.



2.0 Quelles sources de données seraient nécessaires à la déclaration des indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires?

Cette section fournit un aperçu des sources de données qui pourraient servir à la déclaration des indicateurs de soins de santé primaires. Ces sources de données incluent des sondages menés auprès de clients ou de patients ou de la population, des sondages menés auprès des dispensateurs et des sondages menés auprès d'organismes, ainsi que des données administratives cliniques et d'autres sources de données administratives.

Pour calculer l'ensemble des 105 indicateurs de soins de santé primaires, il faudrait à la fois avoir recours à des sondages et à des sources de données administratives. L'annexe B décrit et différencie ces deux types de sources de données. D'ailleurs, un certain nombre de sources de données et de sondages existants sur les soins de santé primaires pourraient servir au calcul des indicateurs. L'annexe C donne un aperçu des sources de données pancanadiennes, provinciales et territoriales existantes.

Le tableau suivant résume les résultats de l'analyse de l'écart qui a permis d'évaluer s'il existait ou non des sources de données pancanadiennes pour le calcul des indicateurs de soins de santé primaires. L'annexe D fournit des précisions supplémentaires sur les résultats de l'analyse de l'écart. Le tableau 1 indique le nombre d'indicateurs pouvant être déclarés par type de sources de données. Les sources de données sont groupées dans les catégories suivantes :

- Les données relatives aux clients ou patients proviennent d'un sondage mené auprès d'un échantillon de clients ou patients en soins de santé primaires, alors que les données relatives à la population proviennent d'un sondage mené auprès de la population en général.
- Les données relatives aux dispensateurs sont recueillies au moyen de sondages menés auprès de dispensateurs de soins de santé primaires.
- Les données relatives aux organismes sont tirées de sondages menés auprès d'organismes de soins de santé primaires ou de régions sanitaires.



- Les données administratives cliniques désignent les données issues des visites des clients ou patients en soins de santé primaires, y compris les données sur les analyses en laboratoire, les diagnostics, l'immunisation et les médicaments ainsi que certaines données concernant les hôpitaux.
- Les autres données administratives sont tirées de sources telles que les bases de données sur les ressources humaines ou sur les dépenses de santé.

Tableau 1. Indicateurs de soins de santé primaires et disponibilité des sources de données pancanadiennesⁱⁱⁱ

TYPE DE SOURCES DE DONNÉES REQUIS	INDICATEURS DISPONIBLES GRÂCE AUX SOURCES ACTUELLES	INDICATEURS DISPONIBLES GRÂCE AUX SOURCES MODIFIÉES	INDICATEURS DISPONIBLES GRÂCE AUX SOURCES ENRICHIES	INDICATEURS POUR LESQUELS AUCUNE SOURCE DE DONNÉES N'EXISTE	TOTAL
Données provenant de sondages menés auprès de clients ou de patients, ou de la population (p. ex. l'ESCC)	9	5	17	-	31
Données provenant de sondages menés auprès de dispensateurs (p. ex. le Sondage national auprès des médecins)	6	4	5	-	15
Données provenant de sondages menés auprès d'organismes (p. ex. le Sondage national auprès des médecins)	-	-	21	2	23

iii. Les sources de données pancanadiennes mentionnées dans le tableau 1 sont les suivantes :

ESCC : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes;

Sondage national auprès des médecins;

BDMH : Base de données sur la morbidité hospitalière;

DAD : Base de données sur les congés des patients;

SNISA : Système national d'information sur les soins ambulatoires;

Réclamations des médecins : données liées aux réclamations des médecins rémunérés à l'acte des provinces et des territoires;

DME : dossiers médicaux électroniques et dossiers papier sur les patients en soins de santé primaires;

Données sur l'imagerie diagnostique et les analyses en laboratoire : pourraient être obtenues des sources de données provinciales ou territoriales;

SNIUMP : Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits;

Scott's : Base de données médicales Scott's (anciennement appelée Base de données médicales Southam);

BDNM : Base de données nationale sur les médecins.

Voir l'annexe C pour obtenir de plus amples renseignements sur ces sources de données.



Tableau 1. Indicateurs de soins de santé primaires et disponibilité des sources de données pancanadiennes (suite)

TYPE DE SOURCES DE DONNÉES REQUIS	INDICATEURS POUVANT ÊTRE CALCULÉS GRÂCE AUX SOURCES ACTUELLES	INDICATEURS POUVANT ÊTRE CALCULÉS GRÂCE AUX SOURCES MODIFIÉES	INDICATEURS POUVANT ÊTRE CALCULÉS GRÂCE AUX SOURCES ENRICHIES	INDICATEURS POUR LESQUELS AUCUNE SOURCE DE DONNÉES N'EXISTE	TOTAL
Données administratives cliniques (p. ex. les DME, la BDMH, la DAD, le SNISA, les réclamations des médecins, le SNIUMP et les données sur l'imagerie diagnostique et les analyses en laboratoire)	1	3	12	17	33
Autres données administratives (p. ex. la Base de données Scott's et la BDNM)	2	-	-	1	3
TOTAL	18	12	55	20	105

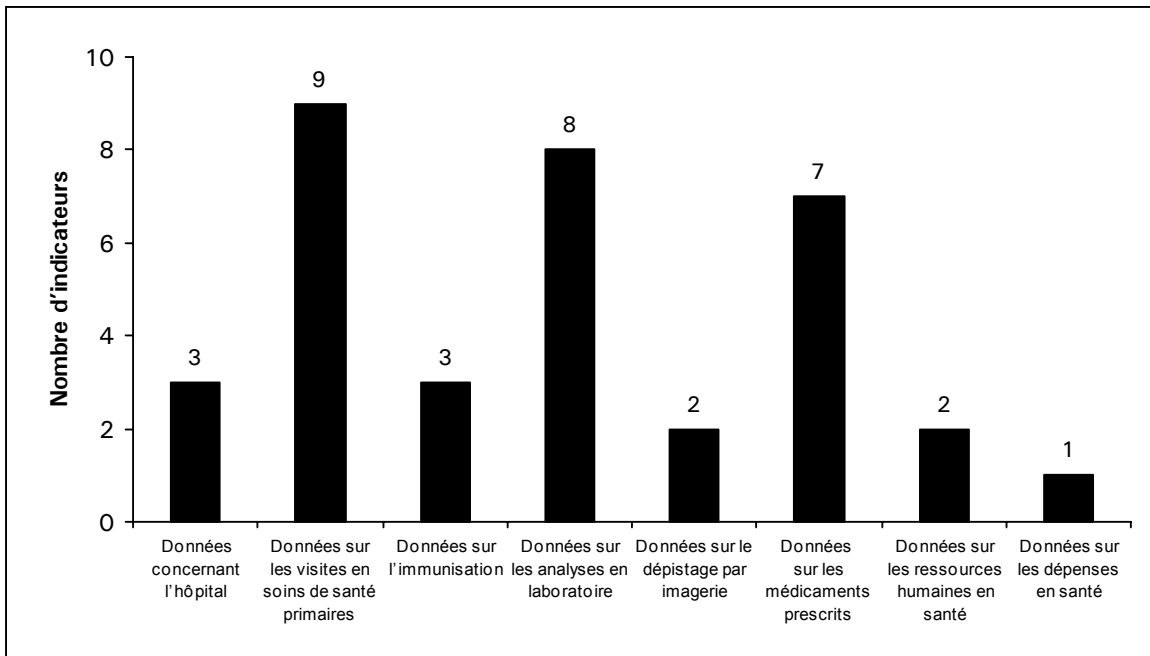
Dix-huit des 105 indicateurs convenus peuvent être calculés au moyen de sources de données existantes, dont neuf pourraient seulement l'être partiellement. Les indicateurs qui ne peuvent être calculés qu'en partie renvoient habituellement à des sources qui contiennent des données relatives à un groupe restreint de dispensateurs de soins de santé primaires (par exemple, les MF/OP seulement). Douze autres indicateurs pourraient être entièrement ou partiellement calculés en modifiant les questions figurant dans les sources de données existantes, à condition que les administrateurs de ces sources acceptent d'effectuer les changements nécessaires.

Il reste 75 indicateurs pour lesquels il n'existe aucune source de données canadienne. Leur calcul exigerait la création de nouvelles sources de données ou l'expansion considérable d'un sondage ou d'une base de données administratives existante. Par exemple, on pourrait calculer 55 autres indicateurs en obtenant le soutien de certains détenteurs de sources de données pour développer le Sondage national auprès des médecins (26 indicateurs) et l'ESCC (17 indicateurs) ou pour accroître le nombre de données sur la facturation des services des médecins rémunérés à l'acte (avec d'autres données cliniques, sur les médicaments, les diagnostics et les analyses en laboratoire — 12 indicateurs)

La figure 2 montre le type de nouvelles sources de données administratives (cliniques et autres) nécessaires à la déclaration des indicateurs de soins de santé primaires.



Figure 2. Nouvelles sources de données nécessaires au calcul des indicateurs administratifs (cliniques et autres) de soins de santé primaires



L'apport de modifications considérables aux sources de données existantes permettrait le calcul de nombreux autres indicateurs de soins de santé primaires. Toutefois, l'expérience nous enseigne que des changements à grande échelle aux sources de données établies peuvent être difficiles à négocier en raison des conséquences qu'ils engendrent sur les sources de données existantes.



3.0 Comment accéder à l'information?

L'analyse de l'écart révèle :

- Dix-huit indicateurs de soins de santé primaires peuvent être calculés entièrement ou en partie à l'aide de sources de données administratives ou d'un sondage pancanadien existant.
- Douze indicateurs de soins de santé primaires peuvent être calculés entièrement ou partiellement grâce à des modifications de questions de sondage pancanadien existant.
- Soixante-quinze indicateurs de soins de santé primaires nécessitent le développement d'une source de données pancanadiennes existante (55) ou la création d'une nouvelle source de données (20).
- Les options pour recueillir les données nécessaires à la déclaration des indicateurs de soins de santé primaires.

L'analyse des exigences relatives aux données nécessaires aux indicateurs de soins de santé primaires est organisée par type de sources (c.-à-d. les données provenant de sondages menés auprès des clients ou patients ou de la population, des dispensateurs et des organismes, les données administratives cliniques et les autres données administratives). Elle permet de répondre aux questions ci-dessous pour chaque source. Vous trouverez également dans cette section des renseignements supplémentaires sur chaque question.

Qu'est-ce que les indicateurs permettent de mesurer?

Cette section indique les aspects des soins de santé primaires que les indicateurs vont mesurer (p. ex. la prévention et la promotion ainsi que la satisfaction quant aux soins de santé primaires).

Quelles sont les sources de données disponibles à l'heure actuelle?

Cette section donne un aperçu des sources de données existantes en ce qui a trait aux soins de santé primaires.

Cette section définit également les indicateurs de soins de santé avec ou sans source de données pancanadiennes, en indiquant si ceux-ci peuvent être entièrement ou partiellement calculés ou si une source de données devrait être modifiée ou développée pour permettre leur calcul.

Les indicateurs qui « *peuvent être entièrement calculés à l'aide d'une source de données existante* » et peuvent être déclarés à l'échelle d'une région sanitaire ou à une plus grande échelle.



L'expression « *indicateurs qui ne peuvent être que partiellement calculés à l'aide d'une source de données existante* » renvoie à des sources susceptibles de déclarer des résultats relatifs à un groupe restreint de dispensateurs de soins de santé primaires (comme les MF/OP).

L'expression « *indicateurs qui pourraient être calculés si une source de données existante était modifiée* » indique que des changements doivent être apportés à aux questions actuelles d'un sondage existant.

L'expression « *indicateurs qui pourraient être calculés si une source de données existante était développée* » indique que de nouvelles questions doivent être ajoutées à un sondage existant.

Quels sont les défis associés à la collecte de ce type de données?

Cette section décrit les défis actuels en ce qui a trait à la collecte de données, au calcul des indicateurs de soins de santé primaires et à la production de rapports sur ces derniers.

Quelles pourraient être les options pour la collecte de ce type de données?

Cette section propose des options pour améliorer l'infrastructure de collecte de ce type de source de données afin de produire les données nécessaires pour calculer et déclarer les indicateurs connexes de soins de santé primaires.



3.1 Données relatives aux clients ou patients ou à la population

Les données relatives aux clients ou patients ou à la population peuvent être recueillies grâce à une gamme d'outils de sondage. L'ESCC constitue un sondage pancanadien de qualité supérieure qui peut fournir des données pour plusieurs indicateurs.

Jusqu'à 31 indicateurs de soins de santé primaires relatifs aux clients ou patients ou à la population pourraient être calculés grâce à la modification ou au développement de l'ESCC. Plus précisément :

- le sondage permet de calculer entièrement six indicateurs;
- trois indicateurs peuvent être calculés partiellement (les données ne concernent que les MF/OP offrant des soins de santé primaires);
- cinq indicateurs pourraient être calculés grâce à des modifications à des questions du sondage;
- dix-sept indicateurs pourraient être calculés si des questions étaient ajoutées aux sections de base et thématiques de l'ESCC.

Options d'amélioration de l'infrastructure de collecte de données dans ce secteur :

1. la modification et le développement de l'ESCC;
2. le développement de sondages existants et l'élaboration de nouveaux sondages sur les soins de santé primaires ciblant les clients ou patients ou la population.

Qu'est-ce que les indicateurs permettent de mesurer?

Les données sur les soins de santé primaires relatives aux clients ou patients ou à la population fournissent de l'information sur un éventail d'aspects incluant, entre autres :

- l'accès aux dispensateurs de soins de santé primaires;
- la satisfaction des clients ou patients relativement aux soins;
- la gestion des maladies chroniques en soins de santé primaires;
- la prestation de services de santé primaires aux clients ou patients;
- la prestation de services de santé primaires dans une perspective holistique.



Quelles sont les sources de données disponibles à l'heure actuelle?

Le Canada dispose d'un éventail de sondages menés auprès de la population, y compris l'ESCC, qui pourraient fournir certaines des données supplémentaires nécessaires à la déclaration des indicateurs de soins de santé primaires relatifs aux clients ou patients. Ces données sont souvent disponibles à l'échelle des régions sanitaires qui, dans certains cas, peuvent acheter des données provenant d'échantillons plus grands.

L'ESCC recueille des données sur les corrélats économiques, sociaux, démographiques, de la profession et environnementaux de la santé afin de mieux comprendre le lien entre l'état de santé et l'utilisation des soins de santé. L'ESCC fournit des estimations transversales des déterminants de la santé, de l'état de santé et de l'utilisation du système de santé pour toutes les régions sanitaires au Canada. L'ESCC tire son caractère unique de la nature régionale de son contenu et de sa mise en œuvre. Ces aspects permettent d'analyser les données pancanadiennes sur la santé à une échelle régionale.

Statistique Canada est actuellement en train d'actualiser l'ESCC. Les sections concernant la satisfaction et l'accès des clients ou patients pourraient bien devenir des sections « thématiques » dans les versions futures du sondage et ne plus faire partie du contenu « de base ». À la différence des données de base, qui seront recueillies de façon continue, les données thématiques ne seraient recueillies que périodiquement. Le contenu de base pourrait inclure des questions portant sur les comportements à risque pour la santé (p. ex. le tabagisme et l'alcoolisme), reliées à des indicateurs relatifs à ce type de comportements, et l'accès à l'équipe régulière de professionnels de la santé ou de dispensateurs de soins de santé primaires. Un module thématique sur la gestion des maladies chroniques pourrait être inclus dans les prochaines versions.

Outre l'ESCC, d'autres sondages canadiens et internationaux menés auprès de la population peuvent fournir des données sur les soins de santé primaires. Toutefois, la base d'échantillonnage ou la grandeur de l'échantillon utilisé dans ces sources ne permet pas de recueillir des données à l'échelle des régions sanitaires au Canada. Ces sources peuvent servir à accroître l'éventail d'indicateurs pouvant être extraits de l'ESCC.

Le tableau ci-dessous comprend six indicateurs de soins de santé primaires relatifs aux clients ou patients ou à la population pour lesquels il existe une source de données pancanadiennes, à savoir l'ESCC.



Tableau 2. Indicateurs relatifs aux clients ou patients ou à la population pouvant être calculés grâce à une source existante

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR
20	Taux de tabagisme
21	Taux de consommation de fruits et légumes
22	Taux de surpoids
23	Taux d'activité physique
24	Taux de consommation abusive d'alcool
74	Satisfaction des clients ou des patients relativement aux services téléphoniques d'information sur la santé

Les trois indicateurs ci-dessous de soins de santé primaires relatifs aux clients ou patients ou à la population ne peuvent être calculés que partiellement (la portée de la question se limite aux soins offerts par les MF/OP). Les indicateurs pourraient être calculés entièrement si des modifications étaient apportées à l'ESCC. Ainsi, il serait possible de recueillir des données sur les soins de santé primaires offerts par d'autres dispensateurs que les MF/OP.

Tableau 3. Indicateurs relatifs aux clients ou patients ou à la population pouvant être partiellement calculés grâce à une source de données existante

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR
1	Population ayant un dispensateur régulier de soins de santé primaires
14	Arrêt du tabagisme conseillé en soins de santé primaires
73	Satisfaction des clients ou patients quant aux soins reçus de leur dispensateur de soins de santé primaires

Les cinq indicateurs de soins de santé primaires relatifs aux clients ou patients ou à la population suivants pourraient être calculés à l'aide d'une source de données pancanadiennes existante si des modifications étaient apportées à des questions de l'ESCC.



Tableau 4. Indicateurs relatifs aux clients ou patients ou à la population pouvant être calculés grâce à la modification d'une source existante

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR
2	Difficultés à accéder à des soins de santé primaires de routine
3	Difficultés à accéder à des renseignements ou à des conseils sur la santé en soins de santé primaires
4	Difficultés à accéder à des soins de santé primaires immédiats pour un problème de santé urgent mais mineur
29	Difficultés à accéder à des soins de santé primaires immédiats pour un problème de santé urgent mais mineur les soirs et les fins de semaine
94	Accès à des organismes interdisciplinaires de soins de santé primaires

Le tableau ci-dessous illustre les 17 indicateurs qui nécessitent une source de données développée ou nouvelle sur les clients ou les patients ou sur la population. Des questions concernant huit indicateurs du tableau ci-dessous (13, 15 à 17, 25 à 28) pourraient être ajoutées à l'ESCC afin de former un module « thématique » périodique sur la gestion des maladies chroniques. Les indicateurs restants pourraient constituer un module thématique de l'ESCC — peut-être un module sur les soins de santé primaires spécialisés.



Tableau 5. Indicateurs relatifs aux clients ou patients qui nécessitent une source de données nouvelle ou développée

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR
13	Dépistage des risques pour la santé en soins de santé primaires
15	Conseils concernant la consommation d'alcool donnés en soins de santé primaires
16	Conseils diététiques donnés en soins de santé primaires
17	Conseils concernant l'activité physique donnés en soins de santé primaires
25	Ressources offertes en soins de santé primaires pour l'autogestion de problèmes chroniques
26	Assistance offerte en soins de santé primaires pour les aidants naturels
27	Temps passé avec un dispensateur de soins de santé primaires
28	Participation du client ou du patient à la planification du traitement en soins de santé primaires
33	Satisfaction relative aux temps d'attente pour recevoir des soins de santé primaires pour un problème de santé mineur mais urgent
34	Satisfaction relative aux temps d'attente pour recevoir des soins de santé primaires de routine
71	Information sur les médicaments prescrits fournie par les dispensateurs de soins de santé primaires
75	Recommandation du dispensateur de soins de santé primaires aux autres
76	Participation du client ou du patient à la prise de décisions cliniques en soins de santé primaires
77	Satisfaction du client ou du patient quant aux pratiques relatives à la protection de la vie privée en soins de santé primaires
78	Barrière linguistique entre les dispensateurs de soins de santé primaires et les clients ou patients
82	Clients ou patients en soins de santé primaires ayant subi deux fois les mêmes tests médicaux
98	Satisfaction du client ou du patient quant aux soins de santé primaires offerts

Quels sont les défis associés à la collecte de ce type de données?

Voici un certain nombre de considérations et de problèmes potentiels liés à l'utilisation des sondages pour la collecte de données relatives aux clients ou patients en soins de santé primaires :

Actualité et pertinence — Un sondage pancanadien pourrait être utilisé pour recueillir les données nécessaires à la déclaration de certains indicateurs, mais un délai de deux ans pourrait séparer la collecte des données et la production du rapport sur les indicateurs. Ce facteur pourrait avoir des incidences sur la pertinence et l'utilité de l'information.

Échelle de déclaration des données — La base d'échantillonnage pancanadienne actuelle de l'ESCC restreindrait le niveau de déclaration des données aux régions sanitaires. Au besoin, des sondages locaux pourraient être créés pour la collecte



de données supplémentaires sur les clients ou patients des organismes de soins de santé primaires.

Bases d'échantillonnage — Des bases d'échantillonnage devront être créées pour tout nouveau sondage sur les soins de santé primaires mené auprès des patients ou clients.

Élaboration et mise à l'essai — L'élaboration, la mise à l'essai et la validation de nouveaux outils de sondage nécessitent beaucoup de temps et d'efforts. La modification de sondages existants peut exiger moins de temps, mais risque également d'imposer un processus de mise à l'essai et de validation. L'utilisation de sondages existants, particulièrement de l'ESCC, présente de nombreux avantages. L'ajout d'un nombre restreint de questions l'apport de changements aux sondages existants tout en permettant de recueillir les données nécessaires pour certains des indicateurs pertinents.

Quelles sont les options potentielles pour la collecte de ce type de données?

1. Modification et développement de l'ESCC — Améliorer et développer à la fois les modules de base et thématiques de l'ESCC, en fonction des indicateurs de soins de santé primaires relatifs aux clients ou patients ou à la population. Une poignée d'indicateurs concernant les comportements à risque pour la santé et l'accès à un médecin de famille régulier pour les soins de santé primaires peuvent actuellement être calculés au moyen de l'ESCC. Les données sur la satisfaction relative aux soins de santé primaires et sur l'accès à ce type de soins sont extraites des modules optionnels recueillis au moyen d'un sous-échantillon.

L'utilisation de l'ESCC comme source principale de données sur les soins de santé primaires reçus par les clients ou patients et la population nous permettrait de nous baser sur un sondage pancanadien existant validé et mis à l'essai. De plus, elle permettrait de recueillir les données à l'échelle des régions sanitaires. En outre, des échantillons de taille plus importante sont disponibles pour les régions. Il serait également possible d'ajouter un identificateur personnel volontaire permettant d'établir des liens avec d'autres renseignements sur les soins de santé primaires.

L'accent mis actuellement sur l'état de santé ne dispose pas nécessairement l'ESCC à inclure dans son module de base des questions sur l'utilisation des services de santé primaires par les clients ou patients. Toutefois, on pourrait obtenir des données pour calculer les indicateurs de soins de santé primaires relatifs aux clients ou patients grâce à des modules thématiques périodiques. Les modules thématiques pertinents seraient insérés périodiquement dans l'ESCC.



Parmi les sections actuelles de l'ESCC qui pourraient devenir des modules thématiques figurent les sections sur l'accès aux soins de santé primaires et la satisfaction par rapport à ces soins. Les données provenant de ces modules pourraient être utilisées pour la déclaration des indicateurs pertinents. À plus long terme, un module thématique sur la gestion des maladies chroniques pourrait être ajouté et également être utilisé pour la déclaration des indicateurs. La création d'un module thématique sur les soins de santé primaires spécialisés serait vraisemblablement nécessaire à l'obtention des données pour faire état des neuf indicateurs restants relatifs aux clients ou patients. Actuellement, Statistique Canada entreprend une révision dans le but de déterminer ce qui formera le contenu de base et le contenu thématique de la future version de l'ESCC.

Des consultations s'imposeraient entre Statistique Canada et les provinces et territoires en ce qui concerne le contenu de l'ESCC si la priorité est accordée à l'amélioration de l'infrastructure de collecte de données sur les soins de santé primaires. Il faudra du temps pour effectuer et mettre à l'essai les changements et les ajouts au contenu sur les soins de santé primaires de l'ESCC. De plus, il faut noter que les données relatives aux organismes de soins de santé primaires ne seraient pas recueillies par l'ESCC.

- 2. Création d'un sondage sur les soins de santé primaires mené auprès des clients ou patients des cabinets médicaux** — Créer un nouvel outil de sondage des clients ou patients ou adapter un outil existant. Ce sondage pourrait être mené tous les ans ou tous les deux ans auprès d'un échantillon, choisi au hasard, de clients ou patients des cabinets médicaux offrant des soins de santé primaires.

Les questions servant à recueillir les données requises pour le calcul des indicateurs de soins de santé primaires pourraient être incluses dans un nouveau sondage distribué dans les cabinets médicaux. Ce type de sondage fournirait de l'information plus pertinente et utile pour les organismes de soins de santé primaires, mais serait plus coûteux à mettre en œuvre. Une solution : le sondage pourrait être rempli sur une base volontaire. Les outils de sondage employés dans d'autres provinces ou territoires pourraient être utilisés ou adaptés, au besoin. Une fois un outil de sondage créé ou adapté, le prochain défi sera d'établir une base d'échantillonnage. Un registre des organismes pourrait également être nécessaire si l'échantillon est basé sur la clientèle des cabinets plutôt que sur la population. La création d'un sondage mené auprès des clients ou patients des cabinets de soins de santé primaires demanderait un soutien de la part des organismes de soins de santé primaires et sa mise en œuvre devrait probablement être réalisée par des intervenants locaux.



3.2 Données relatives aux dispensateurs

Les données relatives aux dispensateurs peuvent être recueillies grâce à une gamme d'outils de sondage. Le Sondage national auprès des médecins est un sondage pancanadien de qualité supérieure pouvant fournir des données pour plusieurs indicateurs.

Jusqu'à 15 indicateurs de soins de santé primaires relatifs aux dispensateurs pourraient être calculés entièrement ou partiellement (c.-à-d. seulement pour les MF/OP) grâce à la modification et au développement du Sondage auprès des médecins. Plus précisément :

- deux indicateurs pourraient être calculés entièrement grâce au sondage existant;
- quatre indicateurs pourraient être calculés partiellement grâce au sondage existant (c.-à-d. seulement pour les MF/OP);
- quatre indicateurs pourraient être calculés partiellement avec des modifications aux questions du sondage existant;
- cinq indicateurs pourraient être calculés partiellement si des questions étaient ajoutées au sondage existant.

Cinq indicateurs relatifs aux dispensateurs pourraient être calculés partiellement (c.-à-d. seulement pour les infirmières autorisées [IA]) en modifiant l'Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier (ENTSPI). D'autres ajouts à cette enquête permettraient de déclarer tous les indicateurs relatifs aux IA.

Voici des options pour l'amélioration de l'infrastructure de collecte des données dans ce secteur :

1. la modification et le développement du Sondage national auprès des médecins;
2. le développement de l'ENTSPI;
3. la création d'un sondage national auprès des dispensateurs;
4. la création de sondages locaux basés sur la pratique auprès des dispensateurs de soins de santé primaires.

Qu'est-ce que les indicateurs permettent de mesurer?

Les indicateurs de soins de santé primaires relatifs aux dispensateurs visent à fournir de l'information sur un éventail de domaines, notamment :

- la composition, la nature et la taille des équipes de dispensateurs de soins de santé primaires;
- les modes de paiement des dispensateurs de soins de santé primaires;



- la satisfaction des dispensateurs de soins de santé primaires relativement à leur travail et les caractéristiques de leur milieu de travail;
- l'équilibre travail-vie personnelle des dispensateurs de soins de santé primaires.

La catégorie des dispensateurs de soins de santé primaires est constituée de toute une gamme de professionnels de la santé. Elle comprend entre autres les médecins, les infirmières, les infirmières praticiennes, les nutritionnistes, les pharmaciens, les physiothérapeutes, les psychologues et les travailleurs sociaux. Ces dispensateurs s'inscrivent dans différents modèles d'organismes de soins de santé primaires allant des cabinets individuels aux réseaux, en passant par les équipes multidisciplinaires. Il faudrait de meilleures sources de données pour calculer les indicateurs concernant les dispensateurs de soins de santé primaires travaillant dans divers établissements qui fournissent de tels soins.

Quelles sont les sources de données disponibles à l'heure actuelle?

Le survol des données pancanadiennes, provinciales et territoriales a permis de constater que l'Alberta, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador, le Nunavut, l'Ontario et la Saskatchewan recueillent des données sur certaines activités de quelques dispensateurs autres que les médecins. Bien que ces sources puissent fournir les données nécessaires au calcul de certains des indicateurs relatifs aux dispensateurs, il faudrait les développer davantage et améliorer la coordination entre les provinces et territoires afin de les utiliser pour recueillir les données pancanadiennes nécessaires à la déclaration. Le Sondage national auprès des médecins est un questionnaire exhaustif soumis tous les trois ans à l'ensemble des médecins certifiés, résidents et étudiants en médecine du Canada. Il permet de recueillir de l'information sur les activités des médecins au Canada ainsi que sur leurs domaines d'intérêt, leurs préoccupations et leur plan de carrière, en incluant, par exemple, des données concernant la formation des dispensateurs, leur nombre, le milieu de travail, le profil du cabinet, le temps consacré au travail, les revenus professionnels, l'accès aux soins, les changements dans la pratique, la satisfaction professionnelle et les technologies de l'information. Le Sondage national auprès des médecins de 2004 a été rempli à 36 % et, étant donné qu'il a été envoyé à tous les médecins, l'échantillon est suffisamment important pour établir des estimations à l'échelle provinciale ou territoriale pour de nombreux indicateurs. Des mesures ont été prises pour accroître dès 2007 le taux de réponse au sondage.

L'ENTSPI est gérée conjointement par Statistique Canada, Santé Canada et l'ICIS et est distribuée à un échantillon d'IA, d'IAA et d'IPA (infirmières psychiatriques autorisées) représentatif de l'ensemble du pays. L'enquête a pour but d'établir des relations entre certains résultats pour la santé, le milieu de travail et l'équilibre travail-vie des trois types d'infirmières au Canada. Il s'agit d'un sondage téléphonique de 30 minutes réalisé par Statistique Canada et auquel les répondantes sont libres de participer. La collecte des données a eu lieu du 3 octobre au 17 décembre 2005. Les résultats devraient être publiés à l'automne 2006. Initialement, l'enquête ne devait être effectuée qu'une seule fois, mais il se peut que l'expérience soit répétée.



Le tableau 6 présente les indicateurs pouvant être calculés entièrement grâce à une source de données existante sur les MF/OP (le Sondage national auprès des médecins).

Tableau 6. Indicateurs relatifs aux dispensateurs pouvant être calculés grâce à une source de données existante

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR
95	Médecins offrant des soins de santé primaires qui travaillent seuls
96	Médecins offrant des soins de santé primaires qui travaillent avec un groupe de médecins

Le tableau 7 établit une liste des indicateurs pouvant être calculés partiellement grâce à une source de données existante sur les MF/OP seulement (Sondage national auprès des médecins). Deux des indicateurs (les numéros 90 et 92) pourraient également être calculés pour les infirmières si l'ENTSPI était utilisée comme source de données après y avoir apporté quelques changements. Aucune source de données pancanadiennes n'est disponible pour les autres dispensateurs de soins de santé primaires.

Tableau 7. Indicateurs relatifs aux dispensateurs pouvant être calculés partiellement grâce à une source de données existante

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR
90	Dispensateurs de soins de santé primaires ayant subi un accident sur le lieu de travail
92	Satisfaction des dispensateurs de soins de santé primaires quant à leur équilibre travail-vie personnelle
104	Mode de rémunération des dispensateurs de soins de santé primaires
105	Revenu moyen des dispensateurs de soins de santé primaire en fonction du modèle de financement

Le tableau suivant montre les indicateurs de soins de santé primaires relatifs aux dispensateurs, pouvant être calculés grâce à la modification d'une source de données existante, le Sondage national auprès des médecins, mais seulement en ce qui concerne les MF/OP. Deux indicateurs (les numéros 91 et 97) pourraient être calculés pour les IA si des questions de l'ENTSPI étaient modifiées.



Tableau 8. Indicateurs relatifs aux dispensateurs pouvant être calculés partiellement grâce à la modification d'une source de données existante

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR
72	Formation professionnelle des dispensateurs de soins de santé primaires et du personnel de soutien
88	Satisfaction des dispensateurs relativement à l'utilisation de leurs compétences professionnelles
91	Dispensateurs de soins de santé primaires victimes d'épuisement professionnel
97	MF/OP/IP travaillant au sein d'équipes ou de réseaux interdisciplinaires de soins de santé primaires

Le tableau 9 présente des indicateurs relatifs aux dispensateurs, dont le calcul nécessite le développement d'une source de données existante ou la création d'une nouvelle source de données. Ces indicateurs ne peuvent pas être calculés au moyen des questions existantes du Sondage national auprès des médecins et de l'ENTSPI, sauf en ce qui concerne l'indicateur 89 dont le calcul pourrait être réalisé grâce à des questions connexes de l'ENTSPI.

Tableau 9. Indicateurs relatifs aux dispensateurs pouvant être calculés grâce au développement d'une source de données existante ou à la création d'une nouvelle source de données

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR
67	Soutien des organismes de soins de santé primaires visant la réduction des incidents médicamenteux
83	Répétition inutile de tests médicaux par des dispensateurs de soins de santé primaires
84	Accès aux renseignements sur la santé des clients ou patients en soins de santé primaires au point de service
89	Sécurité au travail dans le secteur des soins de santé primaires
99	Moyenne d'efficacité du travail de l'équipe de dispensateurs de soins de santé primaires

Quels sont les défis associés à la collecte de ce type de données?

Voici un certain nombre de considérations et de problèmes potentiels liés à l'utilisation des sondages pour la collecte des données relatives aux dispensateurs de soins de santé primaires :

Fardeau associé à la collecte des données : Le taux de réponse aux sondages risque de diminuer si des questions ou du contenu sont ajoutés aux sondages existants. On pourrait obtenir de meilleurs résultats en remplaçant un certain nombre de questions dans un sondage existant ou en adaptant celui-ci pour recueillir des données relatives aux soins de santé primaires plutôt qu'en y ajoutant des questions, ce qui accroîtrait sa longueur et le temps nécessaire pour y répondre.



La restriction du nombre de questions ajoutées pourrait également recueillir les données nécessaires au calcul de certains indicateurs.

Exhaustivité des sources de données : Plusieurs types de dispensateurs de soins de santé primaires ne sont pas couverts dans les sources de données existantes et de nombreux indicateurs ne portent que sur les médecins. Peu de données sont disponibles pour les autres groupes de dispensateurs (p. ex. les infirmières, les ergothérapeutes, les pharmaciens et les physiothérapeutes).

Bases d'échantillonnage : Le travail en collaboration avec les organismes de réglementation des professions facilite l'accès à des bases d'échantillonnage. Cette méthode a été utilisée en Nouvelle-Zélande.

Création et mise à l'essai : Beaucoup de temps et d'efforts doivent être investis dans la création, la mise à l'essai et la validation de nouveaux outils de sondage. La modification de sondages existants peut nécessiter moins de temps, mais requiert également un processus de mise à l'essai et de validation.

Quelles sont les options potentielles pour la collecte de ce type de données?

1. Modification et développement du Sondage national auprès des médecins et de l'ENTSPI : Explorer les possibilités d'incorporer des modifications et des ajouts aux versions courte et longue du Sondage national auprès des médecins afin de recueillir les données nécessaires à la déclaration des indicateurs de soins de santé primaires relatifs aux dispensateurs. Le Sondage national auprès des médecins est une source d'information continue puisqu'il est distribué tous les trois ans. Une poignée d'indicateurs de soins de santé primaires relatifs aux dispensateurs basés sur la pratique des MF/OP peuvent être entièrement calculés grâce au Sondage national auprès des médecins. Des mesures pourraient être prises pour recueillir certaines des nouvelles données sur les soins de santé primaires dans le cadre du Sondage national auprès des médecins de 2007. L'ENTSPI est une enquête ponctuelle. Elle ne fournira des données que pour un moment donné et que pour un petit nombre d'indicateurs. Par conséquent, la plupart des efforts devraient être axés sur le Sondage national auprès des médecins.

Les changements apportés à ces sources de données doivent être négociés avec les intervenants concernés. Le Sondage national auprès des médecins ne permettrait de calculer que partiellement les indicateurs de soins de santé primaires relatifs aux dispensateurs parce que l'information qu'il contient sur les dispensateurs autres que les médecins est actuellement limitée. De plus, la modification d'un sondage existant tel que le Sondage national auprès des médecins y ajouterait du contenu, ce qui alourdirait la tâche des répondants et réduirait potentiellement le taux de réponse. L'inclusion d'un sous-ensemble de



questions sur les soins de santé primaires relatives aux dispensateurs permettrait de réduire au minimum les répercussions associées à l'ajout de questions à des sources existantes.

- 2. Élaboration d'un sondage national auprès des dispensateurs :** Créer un nouvel outil de sondage et le distribuer à un échantillon de dispensateurs de soins de santé primaires (ou à l'ensemble de ceux-ci) à quelques années d'intervalle. La création d'un nouveau sondage permettrait d'adapter l'enquête au secteur des soins de santé primaires, à l'éventail de dispensateurs et aux indicateurs spécifiques. On pourrait également tirer parti de certains travaux actuellement en cours dans le but d'élaborer des bases de données sur les ressources humaines de la santé concernant les pharmaciens, les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les technologues en laboratoire médical et les technologues en radiation médicale. L'élaboration et la mise en œuvre d'un tel projet nécessiteraient un engagement, une collaboration et un financement de la part d'un grand éventail d'intervenants. Vu l'ampleur d'une telle entreprise, il serait préférable de se concentrer d'abord sur l'amélioration du Sondage national auprès des médecins. L'accès à des données sur les ressources humaines nécessiterait la conclusion d'ententes avec les organismes de réglementation des groupes de dispensateurs de soins de santé primaires. Aucune base d'échantillonnage n'existe actuellement pour les groupes de dispensateurs autres que les médecins et les infirmières. Toutefois, il serait possible de s'entendre avec les organismes de réglementation pour accéder à des registres provinciaux ou territoriaux concernant les dispensateurs autorisés. À la lumière des difficultés et de la portée de ce type d'initiative, il serait préférable de mettre l'accent sur l'amélioration du Sondage national auprès des médecins.

Une autre option à envisager consisterait à élaborer un module sur les dispensateurs de soins de santé primaires à utiliser conjointement avec les sondages de recensement actuellement utilisés par certaines associations professionnelles. Pour ce faire, il faudrait travailler en collaboration avec les associations professionnelles pour évaluer la possibilité d'ajouter à leurs sondages un certain nombre de questions ayant trait aux soins de santé primaires. Certaines associations professionnelles ont manifesté leur intérêt à l'égard de cette possibilité. Cependant, il pourrait être difficile d'inclure toutes les questions nécessaires pour soulever toutes les questions relatives aux soins de santé primaires. De plus, dans certaines provinces et territoires, certains professionnels de la santé ne sont pas tenus de s'inscrire et n'ont pas besoin de permis pour exercer. Les professionnels ne sont pas toujours obligés d'adhérer aux associations. La base d'échantillonnage est donc restreinte pour les professionnels dont l'adhésion à une association est volontaire.



- 3. Élaboration de sondages locaux basés sur la pratique et concernant les dispensateurs de soins de santé primaires :** De nombreux projets locaux concernant les dispensateurs de soins de santé primaires ont été entrepris ou sont en cours d'élaboration. Ces projets auraient avantage à utiliser une méthode commune d'évaluation et à travailler dans le but de recueillir les données comparables requises pour la déclaration des indicateurs de soins de santé primaires. L'avantage que présentent les sondages locaux basés sur la pratique et concernant les dispensateurs de soins de santé primaires est de fournir de l'information sur le plan de la pratique et concernant les dispensateurs de soins de santé primaires qui travaillent en équipe.

3.3 Données relatives aux organismes

Les données relatives aux organismes peuvent être recueillies grâce à une gamme d'outils de sondage. Le Sondage national auprès des médecins est un sondage pancanadien de qualité supérieure pouvant fournir des données pour plusieurs des indicateurs.

Jusqu'à 21 des indicateurs de soins de santé primaires relatifs aux organismes pourraient être calculés partiellement (c.-à-d. seulement pour les MF/OP) grâce au développement du Sondage national sur les médecins. Plus précisément :

- deux indicateurs pourraient être calculés partiellement grâce au sondage existant;
- treize indicateurs pourraient être calculés partiellement avec des modifications aux questions du sondage existant;
- six indicateurs pourraient être calculés partiellement par l'ajout de questions au sondage existant.

Voici des options pour améliorer l'infrastructure de collecte de données dans ce secteur :

1. la modification et le développement du Sondage national auprès des médecins;
2. la création d'un sondage et d'un registre sur les organismes de soins de santé primaires;
3. la création d'un sondage basé sur la pratique dans les organismes de soins de santé primaires.



Qu'est-ce que les indicateurs permettent de mesurer?

Les indicateurs de soins de santé primaires relatifs aux organismes visent à fournir de l'information sur un éventail d'aspects, notamment :

- l'accessibilité et la disponibilité des services de soins de santé primaires;
- la coordination et la collaboration en matière de services de soins de santé primaires;
- la planification et la prestation de services et de programmes de soins de santé primaires;
- les structures et les processus d'assurance de la qualité et de la sécurité (p. ex. la tenue de listes des médicaments et des problèmes, la gestion des médicaments et le signalement des erreurs médicales);
- l'utilisation des systèmes d'information.

Quelles sont les sources de données disponibles à l'heure actuelle?

À l'échelle pancanadienne, il n'existait aucune source de données comparables, cohérentes et exhaustives sur les organismes de soins de santé primaires. À l'Île-du-Prince-Édouard, on a déclaré distribuer régulièrement un sondage sur les organismes aux centres de santé communautaire.

Le calcul des 23 indicateurs de soins de santé primaires relatifs aux organismes nécessite la création d'une nouvelle source de données ou le développement d'une source de données existante. Toutefois, la plupart des indicateurs relatifs aux organismes pourraient être partiellement calculés grâce au Sondage national auprès des médecins. (Voir la section sur les données relatives aux dispensateurs pour obtenir une description du Sondage national auprès des médecins.) Ce sondage pourrait fournir de l'information concernant les médecins qui travaillent seuls dans le secteur des soins de santé primaires. En regroupant les réponses des médecins travaillant dans le même emplacement, on pourrait aussi obtenir des renseignements sur la pratique en équipe. Quant aux centres de santé communautaire et aux grands réseaux de dispensateurs de soins de santé primaires, il vaudrait probablement mieux recueillir les données au moyen d'un sondage mené auprès des cadres supérieurs ou du personnel médical de ces organismes. Néanmoins, les questions posées pourraient être semblables.

Le tableau suivant renferme les deux indicateurs de soins de santé primaires relatifs aux organismes pouvant être calculés partiellement (pour les médecins travaillant seuls ou en équipe) grâce aux questions existantes du Sondage national auprès des médecins. De plus, 13 indicateurs de soins de santé primaires relatifs aux organismes pourraient être calculés partiellement (c.-à-d. les MF/OP) grâce à la modification de questions du même sondage. Six autres pourraient être calculés



partiellement (c.-à-d. seulement pour les MF/OP) grâce à l'ajout de nouvelles questions au sondage.

Tableau 10. Indicateurs relatifs aux organismes nécessitant une source de données nouvelle ou développée

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR
Indicateurs relatifs aux organismes pouvant être calculés partiellement grâce à des questions existantes du Sondage national auprès des médecins	
80	Ententes de soins conjoints avec d'autres organismes de soins de santé
87	Organismes de soins de santé primaires acceptant de nouveaux clients ou patients
Indicateurs relatifs aux organismes pouvant être calculés partiellement par la modification de questions existantes du Sondage national auprès des médecins	
5	Planification des soins de santé primaires en fonction des besoins
6	Registres des clients ou des patients en soins de santé primaires atteints d'affections chroniques
7	Programmes en soins de santé primaires pour les clients ou les patients atteints d'affections chroniques
9	Organismes de soins de santé primaires qui prennent des mesures pour étendre les services de soins de santé primaires aux populations vulnérables ou ayant des besoins particuliers
10	Programmes de soins de santé primaires spécialisés destinés aux populations vulnérables ou ayant des besoins particuliers
11	Soutien en soins de santé primaires aux populations vulnérables ou ayant des besoins particuliers
12	Gamme des services de soins de santé primaires
18	Initiatives en soins de santé primaires pour réduire les risques pour la santé
30	Soins de santé primaires offerts à la population en dehors des heures normales d'ouverture
31	Nombre moyen d'heures d'ouverture en dehors des heures normales assurées par les organismes de soins de santé primaires
68	Utilisation des alertes médicamenteuses en soins de santé primaires
81	Collaboration intersectorielle
100	Intégration de systèmes d'information et de communication dans les organismes de soins de santé primaires
Indicateurs relatifs aux organismes pouvant être partiellement calculés grâce à des ajouts au Sondage national auprès des médecins	
8	Participation de la collectivité à la planification des soins de santé primaires
69	Mise en œuvre d'initiatives d'amélioration de la qualité des services cliniques de soins de santé primaires
70	Maintien d'une liste des médicaments et des problèmes en soins de santé primaires
79	Utilisation d'outils normalisés pour la coordination des soins de santé primaires
101	Utilisation de moyens de communication électroniques par les organismes de soins de santé primaires



Tableau 10. Indicateurs relatifs aux organismes pouvant être calculés grâce à une source de données nouvelle ou enrichie (suite)

102	Utilisation de moyens de communication électroniques bidirectionnels par les organismes de soins de santé primaires
Autres indicateurs relatifs aux organismes pour lesquels il n'existe aucune source de données	
19	Régions sanitaires qui proposent des programmes pour réduire les risques pour la santé
93	Planification en fonction des besoins en ressources humaines en soins de santé primaires

Quels sont les défis associés à la collecte de ce type de données?

Voici les défis associés à l'élaboration d'un nouveau sondage relatif aux organismes de soins de santé primaires :

Fardeau associé à la collecte des données — Le taux de réponse aux sondages existants risquerait de diminuer si des questions étaient ajoutées ou si de nouveaux sondages étaient envoyés. Les répondants au sondage sur les organismes de soins de santé primaires répondent peut-être déjà à d'autres sondages, comme le Sondage national auprès des médecins. Par conséquent, ils peuvent être moins enclins à prendre le temps de répondre à un sondage supplémentaire, ce qui constitue une autre raison d'utiliser les sources de données existantes.

Bases d'échantillonnage — La mise en œuvre d'un sondage sur les organismes de soins de santé primaires nécessiterait l'établissement d'une base d'échantillonnage. Toutefois, il n'existe actuellement aucune liste des organismes de soins de santé primaires pour définir une base d'échantillonnage.

Création et mise à l'essai — Beaucoup de temps et d'efforts doivent être investis dans la création, la mise à l'essai et la validation de nouveaux outils de sondage.

Quelles sont les options potentielles pour la collecte de ce type de données?

- 1. Modification et développement du Sondage national auprès des médecins** — Explorer les possibilités d'adapter le Sondage national auprès des médecins en y incluant des questions qui fourniront les données nécessaires au calcul de certains des indicateurs relatifs aux organismes de soins de santé primaires, à court terme. Ce module du sondage pourrait être envoyé à tous les MF/OP afin de répondre aux questions s'appliquant à l'organisme de soins de santé primaires dans lequel ils travaillent (p. ex. cabinet individuel, groupe de dispensateurs, équipe interdisciplinaire). Cette méthode nécessiterait la collaboration et le soutien des intervenants travaillant pour le Sondage national auprès des médecins.



De plus, un sondage comparable pourrait être mis en œuvre par les centres de santé communautaire et d'autres grands organismes de soins de santé primaires.

- 2. Création d'un sondage et d'un registre sur les organismes de soins de santé primaires** — Explorer les possibilités d'élaborer un nouveau sondage sur les organismes de soins de santé primaires qui sera distribué à des intervalles de quelques années. Pour ce faire, un registre des organismes de soins de santé primaires doit être créé. L'élaboration d'un tel registre avec des identificateurs uniques permettrait d'établir une base d'échantillonnage pour le sondage d'un échantillon ou de l'ensemble des organismes de soins de santé primaires.
- 3. Élaboration de sondages locaux basés sur la pratique et concernant les organismes de soins de santé primaires** — On pourrait encourager des projets locaux de sondage auprès d'organismes de soins de santé primaires pour recueillir des données comparables qui serviraient au calcul des indicateurs pertinents. Ces projets pourraient être associés à d'autres projets semblables concernant les dispensateurs de soins de santé primaires, si l'option a également été retenue.



3.4. Données administratives cliniques

L'infrastructure de collecte de données administratives cliniques est moins développée que les autres infrastructures de collecte de données décrites jusqu'à maintenant. Toutefois, les données sont tout aussi importantes parce qu'elles concernent la qualité des soins de santé primaires.

Peu d'indicateurs administratifs cliniques de soins de santé primaires peuvent être calculés grâce à une source de données pancanadiennes existante :

- un indicateur peut être calculé au moyen de la Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH);
- trois indicateurs peuvent être partiellement calculés grâce aux données de la Base de données sur les congés des patients (DAD) ou de la BDMH et du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA).;
- douze indicateurs pourraient être calculés partiellement si l'on développait la portée des données sur les réclamations des médecins rémunérés à l'acte, les médicaments, les diagnostics et les analyses en laboratoire.

Voici des options pour l'amélioration de l'infrastructure de collecte des données dans ce secteur :

1. élaboration de données comparables et de normes de codification qui serviront aux DME et au futur DSE intégré;
2. développement et modification des données sur les réclamations des médecins rémunérés à l'acte, les médicaments, les diagnostics et les analyses en laboratoire. L'enrichissement des données sur les réclamations des médecins rémunérés à l'acte pourrait se révéler irréalisable;
3. création d'un sondage sur les soins de santé primaires mené auprès des clients ou patients et de la population;
4. mise en œuvre d'une étude sur la qualité des soins de santé primaires ou élaboration d'un registre clinique des soins de santé primaires.

Qu'est-ce que les indicateurs permettent de mesurer?

Les données administratives cliniques sur les soins de santé primaires permettent de mesurer les éléments suivants :

- les événements graves associés à des problèmes de santé précis;
- les soins préventifs et le dépistage;
- les processus de soins pour des problèmes de santé précis.



Voici les types de données personnelles à recueillir au moment des visites en soins de santé primaires nécessaires au calcul des indicateurs pertinents :

- données démographiques;
- données sur le diagnostic;
- données sur les analyses en laboratoire et l'imagerie diagnostique;
- données sur les médicaments et les prescriptions;
- données sur les interventions;
- raison de la visite en soins de santé primaires;
- données sur les orientations.

Quelles sont les sources de données disponibles à l'heure actuelle?

Ci-dessous une liste des principales sources de données administratives cliniques pancanadiennes qui sont décrites dans l'annexe C.

- DAD : recueille des données sur les sorties des patients de tous les hôpitaux de toutes les provinces et de tous les territoires, sauf du Québec.
- BDMH : dénombre les sorties (congé ou décès) des hôpitaux, selon le diagnostic principal, pour toutes les provinces et les territoires.
- Données sur les réclamations des médecins : recueillies dans toutes les provinces et dans tous les territoires, ces données comprennent l'identificateur du patient ou client, son âge, son sexe, le code de résidence, le diagnostic et le code de tarif. Ces bases de données diffèrent d'une province ou d'un territoire à l'autre.
- Données sur les réclamations de médicaments : des bases de données sur les médicaments existent dans l'ensemble des provinces et territoires. Elles comprennent de l'information sur les médicaments prescrits, le numéro d'identification des médicaments et d'autres données. Ces bases de données diffèrent d'une province et d'un territoire à l'autre.

Plusieurs sources de données pancanadiennes nouvelles et en élaboration pourraient fournir des données administratives cliniques pertinentes dans le futur. Les voici :

- le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP) – ICIS;
- le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) – ICIS;
- le Système national de surveillance du diabète (SNSD) – Agence de santé publique du Canada, provinces et territoires;
- le Réseau canadien des registres d'immunisation (RCRI) – Santé Canada



De plus, l'ICIS mène actuellement un projet d'élaboration d'identificateurs uniques pour les dispensateurs de soins du Canada. Ce projet se divise en deux étapes : la production d'un document d'information qui servira de référence pour évaluer le besoin des Canadiens en identificateurs uniques nationaux et la tenue d'un atelier auquel participeront des intervenants pour explorer les possibilités liées à la mise en œuvre d'identificateurs uniques nationaux.

Certaines provinces ont commencé à mettre en œuvre un identificateur personnel unique commun et un système de registre des clients pour appuyer des données intégrées sur la santé à l'échelle régionale et provinciale.

Des études internationales sur la qualité des soins de santé primaires fournissent des exemples de stratégies possibles pour la collecte des données personnelles lors des visites. Ces études mettent l'accent sur la qualité des soins offerts pour des problèmes de santé semblables et les raisons pour lesquelles les clients ou patients viennent recevoir des soins dans les établissements de soins de santé primaires.

Étude de la qualité – entrevues auprès de la population et examen des dossiers

The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States¹⁰

L'objectif de cette étude menée par McGlynn et coll. et RAND Health était d'évaluer dans quelle mesure les soins médicaux recommandés (une dimension cruciale de la qualité) étaient offerts à un échantillon représentatif de la population américaine, et ce, pour un grand éventail de problèmes de santé. Le projet comprenait l'élaboration d'indicateurs de la qualité. Un nombre total de 439 indicateurs associés à 30 problèmes de santé et soins préventifs ont été utilisés pour effectuer l'évaluation de la qualité dans le cadre de cette étude. Celle-ci nécessitait également la collecte de données sur les soins de santé primaires. Les participants au sondage téléphonique ont été choisis par composition au hasard dans douze régions métropolitaines des États-Unis. Les chercheurs ont sélectionné assez de participants pour évaluer les incidences des caractéristiques structurelles de chaque marché (p. ex. la pénétration des soins gérés) sur les modèles d'obtention et d'utilisation des services de santé. La collecte des données a été effectuée au moyen de deux méthodes : une entrevue téléphonique sur les antécédents médicaux et un examen des dossiers médicaux. Les adultes ayant consulté un dispensateur de soins de santé au cours des deux dernières années étaient admissibles. Les participants ont autorisé par écrit l'accès à leurs dossiers médicaux.

L'entrevue téléphonique sur les antécédents médicaux durait environ 13 minutes. Des IA ont fait la saisie des dossiers des patients. Le temps moyen requis pour entrer les données du dossier d'un participant était de 50 minutes. Le coefficient d'objectivité se situe entre bon et presque parfait. Les résultats globaux de cette étude indiquent que plus de 30 % des patients n'ont pas reçu tous les soins



primaires recommandés et que, par conséquent, la qualité des services pourrait être améliorée.

Étude de la qualité — étude sur la qualité des soins offerts par les organismes

Measuring General Practice — A demonstration project to develop and test a set of primary care clinical quality indicators in the U.K.¹⁰

L'étude de Marshall (Royaume-Uni) et de RAND Health a été conçue pour élaborer et tester un ensemble complet d'indicateurs de la qualité des soins cliniques dans les établissements de soins primaires britanniques. L'objectif global était de transférer l'expertise et certains outils de mesure des États-Unis au Royaume-Uni. L'étude a été effectuée grâce à un partenariat entre le National Primary Care Research and Development Centre de la University of Manchester et la division de RAND Health de Santa Monica.

Le projet a été réalisé en deux étapes :

1. le transfert et l'adaptation des indicateurs;
2. la mise à l'essai des indicateurs.

Au total, 168 indicateurs ont été sélectionnés pour 19 des problèmes de santé les plus courants dans les établissements de soins primaires (pour les soins de courte durée, les soins des affections chroniques et les soins préventifs). Ces indicateurs ont été mis à l'essai dans deux Primary Care Trusts (PCT) du Royaume-Uni. Les PCT ont été choisis parce qu'ils desservent deux régions contrastantes sur le plan démographique.

Chaque cabinet a choisi au hasard 100 patients pour l'étude. Des honoraires ont été payés à chaque cabinet. Pendant cinq mois, les données ont été recueillies au moyen d'abrévés nécessitant l'extraction manuelle de données des dossiers papier et électroniques des patients. Le temps nécessaire à l'extraction des données de chaque dossier allait de quelques minutes à plus d'une heure. En moyenne, il a fallu à un cabinet de 7 à 10 jours pour extraire les données des 100 dossiers (de 15 à 20 dossiers traités par journée). Encore une fois, les résultats ont révélé une possibilité d'amélioration de la qualité des soins de santé primaires.

Étude de la qualité — Sondage basé sur la pratique — échantillon changeant continuellement

***The BEACH Project — Bettering the Evaluation and Care of Health¹¹
New South Wales, Australie***

Le Australian General Practice Statistics and Classification Centre, une collaboration de la University of Sydney et du Australian Institute of Health and Welfare, est responsable du projet BEACH. Ce projet a été lancé dans les années 1990. Les données sont recueillies au moyen d'un sondage national auprès des omnipraticiens.



Elles comprennent de l'information sur les patients rencontrés, les raisons des visites, les problèmes pris en charge et les traitements offerts. La collecte de l'information permet de fournir aux omnipraticiens des estimations sur l'incidence et la prévalence de problèmes de santé et de facteurs de risque. La base de données contient des données sur plus de 600 000 visites de patients recueillies au cours des six dernières années.

Le projet BEACH est considéré comme un sondage continu qui recueille, 50 semaines par année, des données à partir d'un échantillon changeant d'OP. Cet échantillon est choisi parmi les OP qui facturent actuellement leurs services à Medicare, le régime public d'assurance maladie australien. Les OP sont récompensés par des « points d'assurance du service » dont ils ont besoin pour conserver leur titre d'omnipraticien. Les OP soumettent des formulaires concernant 100 patients rencontrés consécutivement. Le personnel du projet BEACH codifie les données diagnostiques à l'aide de l'International Classification of Primary Care (ICPC).

Ce type d'études de la qualité peut fournir de l'information ponctuelle sur la qualité des soins de santé primaires en l'absence d'une infrastructure de collecte de données complète.

Au Canada, à l'heure actuelle, un seul indicateur administratif clinique de soins de santé primaires peut être déclaré grâce à une source de données existante. La Base de données sur la morbidité hospitalière de l'ICIS est la principale source pour cet indicateur. On peut facilement se procurer des données pancanadiennes sur les diagnostics et les hospitalisations en consultant cette base de données.

Tableau 11. Indicateurs administratifs cliniques pouvant être calculés grâce à une source de données existante

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR
35	Conditions propices aux soins ambulatoires

Les trois indicateurs suivants peuvent être calculés partiellement grâce au SNISA ou à la DAD.



Tableau 12. Indicateurs administratifs cliniques pouvant être partiellement calculés en modifiant des sources de données existantes

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR
36	Complications du diabète
37	Visites aux services d'urgence pour cause d'asthme
38	Visites aux services d'urgence pour cause d'insuffisance cardiaque congestive

Le calcul de 29 indicateurs ci-dessous nécessite la création d'une nouvelle source de données. Même si certains de ces indicateurs pourraient être calculés grâce à des données de sondages menés auprès des clients ou patients, comme les données sur les taux de vaccination contre la grippe, il serait préférable d'utiliser une source de données administratives cliniques pour plusieurs raisons.

Tableau 13. Indicateurs administratifs cliniques dont le calcul nécessite la création d'une nouvelle source de données ou le développement d'une source de données existante

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR
32	Temps d'attente pour obtenir des soins de santé primaires pour un problème de santé urgent mais mineur
39	Contrôle de la glycémie en cas de diabète
40	Contrôle de la tension artérielle en cas d'hypertension
41	Vaccin contre la grippe pour les personnes de 65 ans et plus
42	Vaccin antipneumococcique pour les personnes de 65 ans et plus
43	Test de dépistage des problèmes congénitaux
44	Vaccination infantile
45	Programmes d'éducation relatifs à l'allaitement naturel
46	Dépistage de la dépression chez les femmes enceintes ou ayant accouché
47	Information sur la prévention des blessures de l'enfant au domicile
48	Dépistage du cancer du côlon
49	Dépistage du cancer du sein
50	Dépistage du cancer du col de l'utérus
51	Dépistage de la baisse de la densité minérale osseuse
52	Dépistage de la dyslipidémie chez les femmes
53	Dépistage de la dyslipidémie chez les hommes



Tableau 13. Indicateurs administratifs cliniques dont le calcul nécessite la création d'une nouvelle source de données ou l'enrichissement d'une source de données existante (suite)

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR
54	Mesure de la tension artérielle
55	Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints de coronaropathie
56	Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints d'hypertension
57	Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints de diabète
58	Dépistage de la baisse de la vue chez les adultes atteints de diabète
59	Contrôle de l'asthme
60	Traitement d'une insuffisance cardiaque congestive
61	Traitement de la dyslipidémie
62	Traitement d'un infarctus aigu du myocarde
63	Surveillance de la prise de médicaments antidépresseurs
64	Traitement de la dépression
65	Traitement de l'anxiété
66	Traitement de problèmes de consommation de médicaments prescrits ou de drogues illicites

Les données provinciales et territoriales sur les réclamations des médecins rémunérés à l'acte pourraient être combinées aux données sur les médicaments (provenant des sources de données provinciales et territoriales ou du SNIUMP) et les analyses en laboratoire pour calculer certains indicateurs administratifs cliniques de soins de santé primaires si les sources de données étaient enrichies et qu'il était possible d'établir des liens entre elles. Dans une province, on a estimé qu'environ 12 des indicateurs du tableau 13 pourraient être calculés grâce à cette méthode.

Quels sont les défis associés à la collecte de ce type de données?

La collecte de plusieurs types de données administratives cliniques risque de soulever un certain nombre de problèmes :

Disponibilité des bases de données sur les médicaments — Les bases de données provinciales et territoriales sur les réclamations de médicaments ne contiennent pas toujours d'identificateur commun du client ou patient qui faciliterait la comparaison avec d'autres ensembles de données. Seuls la Colombie-Britannique, le Manitoba et la Saskatchewan recueillent des données sur les médicaments prescrits à l'échelle de la population. La portée des données recueillies par les autres provinces et territoires est restreinte (p. ex. aux clients ou patients âgés ou bénéficiaires de l'aide sociale). L'accessibilité des données et le coût d'accès à celles-ci varient.



Exhaustivité des systèmes de réclamation des médecins rémunérés à l'acte —

L'exhaustivité, l'exactitude et la comparabilité de l'information diagnostique posent problème. En effet, comme le degré de détail (ou la granularité) des données sur les diagnostics et les interventions n'est pas uniforme, ce qui veut dire que les données ne sont pas recueillies de façon uniforme au moyen de normes ou de codes standards pour les indicateurs de soins de santé primaires.

Uniformité, normalisation et comparabilité — La comparabilité des données pancanadiennes et la production de rapports à l'échelle nationale sur ces données sont conditionnelles à la consignation uniforme d'un contenu convenu ainsi qu'au respect de normes techniques.

Multiplis sources de données requises — De nombreux indicateurs nécessitent de multiples éléments de données provenant d'une variété de sources.

Dans certains cas, une partie des données requises pourraient être fournies par les sources existantes (ou pour la modification de sources existantes). Cependant, comme aucune source n'existe pour les éléments de données restants, l'indicateur ne peut être calculé que partiellement. Mentionnons, à titre d'exemple, l'indicateur 37 concernant *le pourcentage des clients ou des patients âgés de 6 à 55 ans qui reçoivent des soins de santé primaires, qui souffrent d'asthme et qui se sont rendus aux services d'urgence au cours des 12 derniers mois*. Cet indicateur requiert l'utilisation de données du SNISA (des données actuellement disponibles) combinées aux données sur les rendez-vous requises pour déterminer le pourcentage de clients chez qui on a diagnostiqué de l'asthme (à l'heure actuelle, ces données ne sont pas disponibles à l'échelle pancanadienne).

Quelles sont les options potentielles pour la collecte de ce type de données?

1. Élaboration d'un contenu comparable et de normes de codification pour les DME et le DSE intégré (en cour d'élaboration) — Explorer les possibilités d'élaborer des normes à utiliser dans les systèmes de collecte des données sur les rendez-vous en soins de santé primaires, le SNIUMP et les systèmes de collecte des données sur les analyses en laboratoire et l'imagerie diagnostique. Il serait utile de s'entendre sur un ensemble défini de données administratives cliniques à recueillir lors des visites.

Cette option offre la possibilité d'une collecte de plus de données pancanadiennes comparables. Au Canada, des montants ont déjà été investis dans ce type de systèmes à l'échelle locale et régionale. Si tous ces systèmes respectaient les mêmes normes, de nombreux indicateurs pourraient être calculés et comparés. Toutefois, la modification des systèmes existants ainsi que l'affectation de ressources pour la mise en œuvre uniforme.



2. Développement et modification des données sur les réclamations des médecins rémunérés à l'acte et des données disponibles sur les médicaments, l'imagerie diagnostique et les analyses en laboratoire — Explorer les possibilités d'utiliser et d'accroître les données administratives cliniques à partir des réclamations provinciales et territoriales des médecins rémunérés à l'acte, du SNIUMP ou des sources de données provinciales sur les médicaments et des systèmes d'information sur les analyses en laboratoire et l'imagerie diagnostique. Pour tirer le meilleur de cette stratégie, il faudra modifier les systèmes de facturation provinciaux. Ce type de changement est considéré comme difficile à mettre en œuvre. Les données adaptées sur les réclamations des médecins rémunérés à l'acte présenteraient les avantages de constituer un sous-produit des flux de collecte de données existants et de pouvoir être mises en relation avec les données sur les médicaments et les analyses en laboratoire. Si les changements étaient apportés avec succès, ces données pourraient être incluses dans les soumissions provinciales et territoriales à la Base de données nationale sur les médecins (BDNM). Toutefois, parce que certains médecins ne sont pas rémunérés à l'acte, l'information pourrait comporter certaines lacunes même si les changements sont effectués.

3. Élaboration d'un sondage mené auprès des clients ou patients ou de la population et concernant l'utilisation des services de santé — Explorer les possibilités d'élaborer un nouveau sondage sur les services offerts en cabinet de soins de santé primaires, à remplir par les clients ou patients ou par les membres de la population. Le sondage pourrait être distribué dans un échantillon de cabinets choisi au hasard ou dans le cadre d'une enquête sur les services de santé auprès de la population.

Cette option nécessiterait un moins grand investissement de temps que les autres, mais elle pourrait entraîner des problèmes liés à l'exactitude, au taux de réponse et à l'exhaustivité des données auto-déclarées. De plus, les données recueillies ne permettraient pas de comparer la santé des personnes sur un plan longitudinal.

4. Mise en œuvre d'un registre ou d'une étude de la qualité des soins de santé primaires offerts. Il est possible d'obtenir une information de qualité sur les soins de santé primaires grâce à :

- a. Une étude de la qualité menée auprès de la population : Le recours à cette méthode nécessiterait la mise en œuvre de la stratégie de McGlynn et coll. qui consiste à examiner les dossiers de soins de santé primaires d'un échantillon de la population choisi au hasard. Veuillez consulter la section précédente du présent rapport pour obtenir de plus amples renseignements au sujet de cette méthode.



- b. Une étude de la qualité auprès des cabinets de soins de santé primaires du même type que celle qu'ont effectuée Marshall et RAND ou un registre continu de soins de santé primaires : Cette méthode nécessiterait la collecte de données à partir des dossiers de soins de santé primaires d'un échantillon de client ou patients choisis au sein d'un échantillon d'organismes de soins de santé primaires. Veuillez consulter la section précédente du présent rapport pour obtenir de plus amples renseignements au sujet de cette méthode.
- c. Une étude de la qualité auprès des cabinets de soins de santé primaires du même type que celle qui a été réalisée dans le cadre du projet BEACH : Cette méthode permettrait de recueillir des données intersectorielles auprès d'un échantillon changeant de dispensateurs de soins de santé primaires, qui portent sur des séquences de visites de clients ou patients (p. ex. 100 visites par cabinet). Veuillez consulter la section précédente du présent rapport pour de plus amples renseignements sur cette méthode.

Les études de la qualité présentent un certain nombre d'avantages. Elles ne requièrent pas d'infrastructure technologique poussée et exigent peu de temps des dispensateurs de soins de santé primaires y participant. Toutefois, le caractère ponctuel des études de la qualité est un obstacle en soi. Un registre de soins de santé primaires alimenté sur une base facultative constitue une source continue de données, mais il constitue une source continue de dépenses.



3.5 Autres données administratives

Les indicateurs de soins de santé primaires qui peuvent être calculés à partir d'autres sources de données administratives disposent de peu de sources de données pancanadiennes.

Deux indicateurs pourraient être calculés partiellement grâce aux données de la Base de données médicales Scott's et de la BDNM.

Voici des options pour améliorer l'infrastructure de collecte de données dans ce domaine :

1. l'utilisation de la Base de données médicales Scott's et de la BDNM;
2. l'amélioration des bases de données sur les ressources humaines de la santé existantes ou en cours d'élaboration;
3. la gestion d'un guide sur les systèmes d'information de gestion (SIG) pour les dépenses en soins de santé primaires.

Qu'est-ce que les indicateurs permettent de mesurer?

D'autres données administratives sont requises pour mesurer les éléments suivants :

- les ressources humaines de la santé;
- les dépenses associées à la prestation de soins de santé primaires à différents niveaux.

Quelles sont les sources de données disponibles à l'heure actuelle?

Différentes sources de données pancanadiennes existantes ou en cours d'élaboration fournissent ou pourraient fournir des données sur les ressources humaines de la santé pour certains groupes de dispensateurs de soins de santé primaires. (Voir l'annexe C pour obtenir la description de ces sources de données). En voici la liste :

- Base de données médicales Scott's (anciennement connue sous le nom de Base de données médicales Southam)
- Base de données nationale sur les médecins (BDNM)
- Projet de développement de bases de données sur les ressources humaines de la santé (PDBD-RHS)
- Base de données sur les infirmières et infirmiers autorisés (BDIIA)
- Base de données sur les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (BDIIAA)
- Base de données sur les infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés (BDIIPA)
- Base de données sur le personnel de la santé (BDPS)



Le PDBD-RHS est une initiative relative aux ressources humaines de la santé élaborée par l'ICIS pour déclarer les indicateurs de soins de santé primaires.

Ce projet aidera à combler les lacunes en matière d'information par l'élaboration de nouvelles bases de données et de nouveaux systèmes canadiens d'information fondés sur l'offre pour cinq professions de la santé réglementées : l'ergothérapie, la pharmacie, la physiothérapie, la technologie de radiation médicale et la technologie de laboratoire médical. Constituant de nouvelles sources d'information actuelles et de qualité, ces cinq nouvelles bases de données favoriseront les activités de suivi et d'évaluation, de planification, de recherche et d'élaboration de politiques dans le domaine des ressources humaines de la santé.

Le tableau suivant dresse une liste des trois indicateurs de soins de santé primaires dont le calcul nécessite le recours à une source de données administratives non cliniques. Pour calculer entièrement ces indicateurs, il faudrait créer de nouvelles sources de données ou développer des sources de données existantes. Deux des indicateurs (les numéros 85 et 86) pourraient être calculés partiellement pour les MF/OP grâce à la Base de données médicales Scott's et à la BDNM.

Tableau 14. Autres indicateurs de données administratives

NUMÉRO D'INDICATEUR	INDICATEUR
85	Dispensateurs de soins de santé primaires équivalents à temps plein
86	Dispensateurs de soins de santé primaires entrés sur le marché du travail ou qui l'ont quitté
103	Coûts opérationnels moyens des services de soins de santé primaires, par habitant

De quoi a-t-on besoin pour la collecte de données?

La collecte de ce type de données exigerait les éléments suivants :

- des sources de données améliorées sur les ressources humaines de la santé pour certains groupes de dispensateurs de soins de santé primaires et de nouvelles sources de données pour d'autres groupes de dispensateurs;
- des données financières sur les dépenses dans le secteur des soins de santé primaires.



Quels sont les défis associés à la collecte de ce type de données?

Voici les défis associés à la collecte des autres données administratives requises pour déclarer des indicateurs de soins de santé primaires :

- La collecte de données comparables et uniformes sur les nombreux groupes de professionnels de la santé qui offrent des services dans le secteur des soins de santé primaires exigera des efforts considérables et une excellente coordination.
- La conclusion d'une entente sur les normes relatives au contenu pourrait nécessiter un processus pluriannuel en plusieurs étapes, lequel exigerait de la part de tous les intervenants un degré considérable de participation et d'engagement.

Quelles sont les options potentielles pour la collecte de ce type de données?

1. **Utilisation de la Base de données médicales Scott's et de la BDNM** — Utiliser la Base de données médicales Scott's et la BDNM pour extraire certaines données sur les ressources humaines de la santé. Les données se limiteraient au nombre de MF/OP et aux équivalents à temps plein.
2. **Amélioration des bases de données existantes et élaboration de bases de données sur les ressources humaines en santé** — Améliorer les processus de soumission à la BDIIA, à la BDIIAA et élaboration d'autres bases de données dans le cadre du PDBD-RHS de l'ICIS afin d'obtenir des données pour évaluer les équivalents à temps plein et les déplacements interprovinciaux et interterritoriaux pour des dispensateurs autres que les médecins. À l'heure actuelle, la plupart des données sur les ressources humaines disponibles portent sur les médecins (Base de données médicales Scott's, BDNM ou Sondage national auprès des médecins). L'amélioration des bases de données sur les ressources humaines de la santé permettrait de recueillir des données sur d'autres groupes de dispensateurs de soins de santé primaires tels que les pharmaciens et les ergothérapeutes.

Cette méthode a pour avantage d'utiliser une source de données pancanadiennes déjà en cours d'élaboration. Toutefois, cette option ne permettrait pas d'obtenir des données sur les groupes de professionnels de la santé offrant des soins de santé primaires et ne faisant pas partie des bases de données de l'ICIS sur les ressources humaines de la santé. L'amélioration des processus de soumission des organismes provinciaux de réglementation aidera à estimer les équivalents à temps plein et à suivre les déplacements interprovinciaux et interterritoriaux des dispensateurs. Actuellement, les fichiers relatifs aux ressources humaines de la santé ou à la BDIIA et la BDIIAA ne comprennent pas de données sur les heures travaillées ni d'identificateurs uniques. L'entente, le soutien et la coopération pour améliorer les processus de soumission pourront aboutir à de meilleures données sur les ressources humaines en santé.



3. **Élaboration d'un guide sur le Système d'information de gestion pour les dépenses en soins de santé primaires** — Élaborer des exigences en matière de soumission des données sur le financement et les dépenses, les mettre à l'essai dans un échantillon d'organismes de soins de santé primaires et étendre ensuite la collecte de ces données à d'autres organismes de soins de santé primaires. Cette méthode faciliterait l'élaboration d'exigences convenues avant la collecte des données à une plus grande échelle. La possibilité d'accroître l'actuelle base de données du Système d'information de gestion (SIG) pour y intégrer des organismes de soins de santé primaires pourrait être examinée pendant les étapes d'élaboration.



4.0 Quels sont les défis?

La présente section décrit les principaux défis ayant trait à l'élaboration d'une infrastructure améliorée de collecte de données pancanadiennes complètes sur les soins de santé primaires. Les voici :

- le manque de normes relatives aux données pancanadiennes convenues sur les soins de santé primaires;
- le respect des exigences en matière de respect de la vie privée et de confidentialité;
- les problèmes liés à la coordination, à l'élaboration et à la mise en œuvre de sources de données sur les soins de santé primaires.

La présente section explique les principaux défis à surmonter dans le cadre de l'amélioration de l'infrastructure de collecte de données pancanadiennes sur les soins de santé primaires afin de permettre le calcul des indicateurs.

4.1 Normes relatives aux données sur les soins de santé primaires

Le respect de normes communes relatives aux données facilite la comparaison des données en imposant un langage et des identificateurs communs. Des normes pancanadiennes convenues concernant les données administratives dans le secteur des soins de santé primaires restent à élaborer. En ce qui concerne les visites en soins de santé primaires, des normes devraient être créées pour enregistrer la raison de la visite, les multiples problèmes de santé du patient, la présence de plus d'un diagnostic et les résultats des interventions. Ces normes favoriseront la déclaration des indicateurs sur les soins de santé primaires et pourraient être utiles à l'élaboration des normes relatives au contenu du DSE intégré.

Certaines normes, telles que les systèmes de classification utilisés dans le secteur des soins de courte durée, sont bien établies au Canada. Un système de « classification » regroupe l'information semblable en un nombre limité de catégories (et de sous-catégories) mutuellement exclusives aux fins de recherche et de référence¹². Les systèmes de classification, comme la version canadienne de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision (CIM-10-CA) et l'International Classification of Primary Care, 2^e édition (ICPC-2) par exemple, rassemblent respectivement des affections et des raisons de visite semblables. L'utilisation d'un système de classification normalisée



tel que l'ICPC ou la CIM-10/CCI permet d'obtenir des données comparables pour la déclaration des indicateurs.

La « terminologie » est définie comme « *un ensemble de termes représentant le système de concepts d'un champ de connaissances particulier*¹³ » ou comme « *un ensemble de termes utilisés dans une discipline particulière*¹⁴ » [traductions libres]. La nomenclature SNOMED-CT (Systematised Nomenclature of Medicine – Clinical Terms) constitue un exemple pertinent de terminologie pouvant être utilisée dans le secteur des soins de santé primaires. Ce système ne se limite pas aux codes de diagnostic et d'intervention. Il codifie aussi les symptômes, les résultats de tests, le dépistage, les antécédents familiaux et d'autres renseignements. L'utilisation d'une terminologie normalisée telle que la nomenclature SNOMED-CT permet également d'obtenir des rapports d'indicateurs comparables.

Il y a quarante ans, le College of American Pathologists (CAP) a créé la nomenclature SNOMED dans le but de faciliter le stockage et la recherche de données médicales¹⁵. Des classifications et fichiers de données clés ainsi que des vocabulaires spécifiques à divers domaines (comme le vocabulaire de laboratoire Logical Observations Identifiers Names) y ont été ajoutés par la suite¹⁶. En 1999, le ministre de la Santé du Royaume-Uni et un représentant du CAP ont annoncé la mise sur pied du projet conjoint d'élaboration de la nomenclature SNOMED-CT^{MC}, une combinaison des systèmes SNOMED-RT (terminologie de référence), créé aux États-Unis, et Clinical Terms version 3 (anciennement connu sous le nom de codes READ), conçu au Royaume-Uni¹⁷. Les codes Read font partie d'un système exhaustif de codification clinique couvrant les termes médicaux, les termes relatifs aux interventions et les termes administratifs.

SNOMED est un vocabulaire terminologique qui contient approximativement 140 000 codes d'un degré de complexité considérable¹⁸. On envisage actuellement l'utilisation possible de SNOMED-CT^{MC} comme norme dans les dossiers de santé électroniques pancanadiens d'Inforoute Santé du Canada¹⁹.

Souvent citée dans le secteur des soins de santé primaires, l'ICPC-2 est un système de classification internationale des concepts médicaux relatifs aux soins primaires et à la médecine familiale. C'est un système de classification biaxial qui intègre trois éléments importants des visites en soins de santé : la raison de la visite, le diagnostic ou le problème et le processus de soins²⁰. L'ICPC-2 renferme moins de 1 000 codes.

La validité de l'ICPC a été confirmée par des études effectuées dans plusieurs pays autres que le Canada, particulièrement en ce qui concerne les raisons des visites²¹.



Certains informateurs clés du Canada et d'autres pays estiment que l'ICPC ne serait pas assez détaillée pour être utilisée dans le secteur des soins de santé primaires. Elle a cependant été utilisée dans d'autres secteurs de compétence.

Dans certains cas, les normes peuvent être complémentaires. L'ICPC-2 par exemple a été mise en correspondance avec la CIM-10 avec succès. De plus, l'ICPC-2 et SNOMED-CT peuvent coexister. Le comité international de classification de l'Organisation mondiale des collèges nationaux, académies et associations académiques des généralistes et des médecins de famille (WONCA) effectue actuellement la mise en correspondance de l'ICPC-2 et de SNOMED-CT²².

Un produit personnalisé, l'Electronic Nomenclature and Classification Of Disorders and Encounters for Family Medicine (ENCODE-FM[®]), a été créé pour le système électronique de dossiers de santé. L'ENCODE-FM contribue à la liaison par interface entre l'ICPC-2 et la CIM-10²³.

Il existe très peu de données administratives cliniques sur les soins de santé primaires enregistrées de façon constante et normalisée à l'échelle pancanadienne. Le respect de normes communes relatives aux données permettrait la collecte de données comparables nécessaires au calcul des indicateurs de soins de santé primaires et l'élaboration d'un système électronique intégré d'information sur la santé.

4.2 Respect de la vie privée et confidentialité

DE nombreux facteurs jouent un rôle dans la protection de la vie privée et de la confidentialité, dont la conservation et la destruction des documents, les mesures de sécurité, la révision et la surveillance de l'élaboration de politiques et de procédures pertinentes, les communications avec le public et l'élaboration de cadres législatifs et réglementaires appropriés²⁴. Les problèmes liés au respect de la vie privée, à la confidentialité et aux lois qui afférentes peuvent influencer sur la mise en œuvre de l'infrastructure de collecte de données. La plupart des provinces et des territoires ont établi de nouveaux cadres législatifs et réglementaires pour protéger la vie privée et les renseignements personnels, ou sont en train de le faire. Récemment, un cadre pancanadien de protection de la confidentialité des renseignements sur la santé (*Pan-Canadian Health Information Privacy and Confidentiality Framework*) a été établi pour faciliter l'harmonisation des dispositions visant à protéger les renseignements personnels sur la santé²⁵.

La loi peut restreindre des paramètres ou en établir de nouveaux pour définir les données pouvant être divulguées. Durant les entrevues, les experts internationaux en collecte de données sur les soins de santé primaires ont insisté sur l'importance de soumettre les données à des organismes de confiance (c.-à-d. des entités



considérées comme indépendantes et objectives par les dispensateurs et par le grand public). Des mesures de sécurité assurant le respect des exigences en matière de protection de la vie privée et de la confidentialité devraient être incluses dans les initiatives visant à améliorer l'infrastructure de collecte de données.

4.3 Coordination, élaboration et mise en œuvre

L'amélioration de l'infrastructure de collecte de données exigera la coordination, l'élaboration et la mise en œuvre ainsi que des ressources. L'utilisation d'initiatives existantes comme base et le partage d'information entre les provinces et les territoires présentent de nombreux avantages. Les projets permettant aux provinces et aux territoires d'apporter des changements selon les priorités et les besoins locaux tout en participant à une infrastructure commune pourraient être des plus réalisables.



5.0 Recommandations et conclusion

Résumé des options recommandées :

- La modification et le développement de sondages existants menés auprès de la population et des clients ou patients à l'échelle canadienne pourraient faciliter la production de rapports sur les indicateurs de soins de santé primaires associés aux clients ou patients et aux dispensateurs.
- La modification et le développement de sondages existants auprès des organismes et des dispensateurs pour la déclaration d'indicateurs.
- L'atteinte d'un consensus sur un ensemble commun de variables et de normes relatives aux données de soins de santé primaires à inclure au dossier médical électronique et au dossier de santé électronique en cours d'élaboration serait nécessaire pour déclarer les indicateurs administratifs cliniques de soins de santé primaires.
- L'amélioration du processus de soumission de données aux bases pancanadiennes relatives aux ressources humaines et aux dépenses de santé pour faciliter le calcul des indicateurs liés aux coûts et aux ressources humaines en soins de santé primaires.

Même si les soins de santé primaires jouent un rôle essentiel dans l'amélioration de la santé et le traitement des maladies, et qu'ils servent souvent de passerelle vers les autres services de santé et services sociaux⁷, il existe à l'heure actuelle relativement peu de données comparables sur les soins de santé primaires à l'échelle pancanadienne et locale. Ce manque d'information peut restreindre la capacité des décideurs et des responsables de l'élaboration des politiques à évaluer, à gérer et à améliorer ces soins au Canada.

L'amélioration de l'infrastructure de collecte de données pancanadiennes sur les soins de santé primaires est cruciale pour mieux mesurer l'état actuel des soins de santé primaires et des initiatives de renouvellement. Une telle infrastructure doit intégrer des données standards uniformes et convenues qui proviennent de sources diverses. Des renseignements sur les soins de santé primaires comparables au fil du temps et sur l'ensemble des provinces et territoires participants permettront aux intervenants d'accéder à une information à partir de diverses perspectives et de comprendre leur rendement et leur situation par rapport à des organismes semblables de soins de santé primaires ou encore aux autres régions sanitaires ou provinces et territoires similaires.



La nouvelle vision que nous proposons de l'infrastructure de collecte de données pancanadiennes sur les soins de santé primaires met l'accent sur l'amélioration des sources de données clés suivantes afin d'obtenir de l'information sur plusieurs dimensions des soins de santé primaires :

SOURCE DE DONNÉES	RAISON DE LA NÉCESSITÉ DE L'INFORMATION
Données provenant de sondages menés auprès des clients ou patients et auprès de la population	Mieux comprendre l'expérience du client ou patient, son niveau de satisfaction concernant les soins reçus, la diminution des risques pour la santé, etc.
Données provenant de sondages menés auprès des dispensateurs	Obtenir le point de vue des dispensateurs concernant les processus de soins et les conditions de travail (par exemple, niveau d'accès à l'information sur les soins de façon continue, cadre des fonctions, qualité de vie au travail, etc.).
Données provenant de sondages menés auprès d'organismes	Évaluer les attributs et les structures organisationnelles en soins de santé primaires tels que l'accès aux soins 24 heures sur 24, sept jours sur sept, l'établissement de liens avec d'autres organismes de soins de santé, etc.
Données administratives cliniques	Examiner les processus et les résultats associés à la prestation de services de soins de santé primaires.
Autres données administratives	Obtenir d'autres données contextuelles essentielles pour comprendre le secteur des soins de santé primaires au Canada (p. ex. les dépenses relatives à la prestation de services en soins de santé primaires et les ressources humaines de la santé).

5.1 Amélioration de l'infrastructure de collecte de données sur les soins de santé primaires

Les recommandations suivantes peuvent être utilisées par de nombreux intervenants dans le but d'améliorer l'infrastructure de collecte de données sur les soins de santé primaires. Il est convenu qu'il s'agit d'un processus à long terme et qu'il faudra tirer profit des occasions existantes et émergentes pour régler ces écarts.

Conseils généraux pour l'amélioration de l'infrastructure de collecte de données sur les soins de santé primaires

- 1.1 L'encadrement et le soutien constitueront un élément important pour assurer l'efficacité et la pertinence des initiatives visant à améliorer l'infrastructure de collecte de données sur les soins de santé primaires et la disponibilité de l'information nécessaire à la gestion de ces soins au Canada.
- 1.2 Poursuivre dans la foulée du Projet d'élaboration d'indicateurs de soins de santé primaires pour former des partenariats qui tireront profit des activités de soins de santé primaires existantes.



- 1.3 Adopter une méthode souple et progressive qui respecte les différences entre provinces, territoires et groupes de fournisseurs, et qui encourage le leadership et s'ouvre aux possibilités. Envisager de se concentrer initialement sur la liste abrégée de 30 indicateurs ou sur la création de sources de données précises si les possibilités se présentent. Dans certains cas, la création de liens qui respectent les consignes de protection des données confidentielles parmi les multiples sources de données à l'étape de saisie diminuerait la tâche des répondants et permettrait la production d'analyses et de rapports plus riches en information.
- 1.4 Planifier et, au besoin, diriger la mise en œuvre de recommandations pour l'amélioration de l'infrastructure de collecte de données sur les soins de santé primaires (présentées ci-dessous) en créant des partenariats avec les provinces et les territoires, les fournisseurs et les chercheurs.
- 1.5 L'infrastructure de collecte de données devrait faciliter les comparaisons d'une région à l'autre et au fil du temps, dans la mesure du possible.
- 1.6 L'infrastructure de collecte de données devrait être souple et modifiable. Elle pourrait ainsi servir à la collecte au fur et à mesure d'autres types de données sur les soins de santé primaires. Réévaluer périodiquement la portée de l'infrastructure de collecte de données pour s'assurer qu'elle répond aux besoins continus en information.

Amélioration des sondages sur les soins de santé primaires menés auprès des clients ou patients et de la population :

- 2.1 Explorer la possibilité de modifier et de développer les questions de l'ESCC en saisissant les données sur les soins de santé primaires requises pour déclarer entièrement ou partiellement le nombre maximal d'indicateurs de soins de santé primaires relatifs aux patients ou aux clients. Ce processus pourrait inclure l'ajout et la modification de questions dans les modules généraux et précis de l'ESCC afin de faciliter la déclaration des indicateurs des soins de santé primaires relatifs à permettrait de calculer plus facilement jusqu'à 31 indicateurs de soins de santé primaires relatifs aux clients ou patients, liés notamment à l'accès aux soins de santé primaires, aux expériences et à la satisfaction des clients et patients, à la gestion des maladies chroniques et aux comportements à risque pour la santé.
- 2.2 Encourager l'utilisation des indicateurs dans le cadre d'autres activités d'évaluation des soins de santé primaires, comme les sondages sur les soins de santé primaires menés à l'échelle des régions sanitaires, de la population et des clients ou patients.



Amélioration des sondages menés auprès des dispensateurs et des organismes de soins de santé primaires

- 3.1** Explorer la possibilité de modifier et de développer le Sondage national auprès des médecins dans le but de recueillir les données sur les soins de santé primaires nécessaires pour rendre compte, totalement ou partiellement, du nombre maximum d'indicateurs de dispensateurs et d'organismes. Idéalement, certains de ces changements seront apportés à temps pour recueillir les nouvelles données sur les soins de santé primaires dans le cadre du Sondage national auprès des médecins de 2007.
- 3.2** Explorer la possibilité de recueillir des données concernant les dispensateurs et les organismes de soins de santé primaires auprès d'autres dispensateurs de soins de santé primaires à partir de sondages existants ou au moyen de nouveaux sondages. Une option serait de transformer le Sondage national auprès des médecins en un sondage pancanadien auprès des dispensateurs et des organismes de soins de santé primaires qui permette d'établir un lien avec les MF/OP et les spécialistes. Cette modification nécessiterait une très grande collaboration et pourrait ne pas être possible vu l'importance du rôle actuel du Sondage national auprès des médecins. Si l'expansion du Sondage national auprès des médecins s'avère irréalisable, d'autres méthodes pourraient être envisagées, par exemple en ayant recours à des sondages existants ou nouveaux menés auprès des dispensateurs. Le cas échéant, il serait préférable de se concentrer d'abord sur les indicateurs importants de la liste abrégée de 30 indicateurs.
- 3.3** Explorer les possibilités d'accéder à des registres sur les organismes et les dispensateurs de soins de santé primaires ou de participer à la création de tels registres afin de recenser des échantillons pour les enquêtes auprès des organismes et des dispensateurs de soins de santé primaires qui fourniront les données nécessaires à la déclaration d'indicateurs connexes.

Amélioration des sources de données cliniques et d'autres sources de données administratives

- 4.1** Explorer les possibilités de s'entendre sur un ensemble commun de variables et de normes relatives aux données à inclure dans un dossier médical électronique (DME) en soins de santé primaires. Ceci permettrait d'obtenir, à partir des DME cliniques, des données administratives comparables sur les soins de santé primaires qui pourraient servir à la déclaration de certains indicateurs cliniques administratifs et à l'élaboration du contenu du DSE intégré.



- 4.2 Explorer les possibilités d'améliorer le processus de soumission des données, par les organismes de réglementation et les associations professionnelles, ainsi que par les provinces et territoires, aux bases de données pancanadiennes existantes (ou en cours d'élaboration) sur les ressources humaines et les dépenses en santé pour faciliter la déclaration des indicateurs de soins de santé primaires associés.

5.2 Conclusion

Le présent rapport propose une série d'options pour améliorer l'infrastructure de collecte de données en soins de santé primaires. Bien qu'aucun pays ne semble avoir réussi à implanter une infrastructure intégrale à ce jour, le Canada affiche pour sa part un progrès notable en ce sens. Les initiatives en cours pourraient donc servir de modèles de réussite et de meilleures pratiques.

Le Canada partage avec de nombreux autres pays des objectifs similaires concernant le renouvellement des soins de santé primaires et l'établissement d'une infrastructure exhaustive et intégrée pour la collecte de données en soins de santé primaires. Compte tenu des avantages suivants, le Canada occupe à notre avis une position enviable pour la réalisation d'une telle infrastructure :

- Le Canada a réalisé avec succès de nombreuses initiatives conjointes à l'échelle pancanadienne, ce qui accroît nettement ses chances de réussir la mise en œuvre d'une infrastructure de collecte couvrant l'ensemble du système.
- Le Canada détient par l'intermédiaire d'organismes reconnus, tels que Statistique Canada et l'ICIS, une vaste expérience sur les plans de la normalisation, de la collecte, de l'analyse, de la conservation et de l'utilisation de données relatives à la santé provenant de sources administratives et de sondages menés sur tout le territoire canadien.
- De nouveaux organismes tel qu'Inforoute Santé du Canada, dont le mandat est de « favoriser et d'accélérer, à l'échelle pancanadienne, l'élaboration et l'adoption de systèmes d'information électroniques sur la santé », aident à promouvoir et à accroître le niveau de normalisation et l'interopérabilité des systèmes.
- Toutes les provinces et tous les territoires ont confirmé leur engagement envers l'amélioration des soins de santé primaires et reconnu l'importance d'accroître la qualité de l'information en soins de santé primaires. Les indicateurs convenus et les options d'amélioration de l'infrastructure de collecte de données fournies dans le cadre de ce projet constituent un point de départ pour accroître la qualité de l'information en soins de santé primaires.



Impossible de gérer ce qui ne peut être mesuré

Compte tenu de la somme (évaluée à cinq milliards de dollars) investie annuellement dans les services des médecins de famille et des omnipraticiens rémunérés à l'acte au Canada², et de la quantité limitée de données sur les indicateurs de soins de santé primaires considérés comme étant prioritaires par un groupe d'intervenants, l'amélioration de l'infrastructure de collecte de données sur les soins de santé primaires au Canada pourrait fournir aux décideurs et aux responsables de l'élaboration des politiques l'information dont ils ont besoin pour accroître l'efficacité du système de soins de santé primaires et son incidence sur le système de santé en général ainsi que sur la santé de la population. Une plus grande disponibilité des données sur les soins de santé primaires permettrait également de mieux informer la population sur la performance de leur système de santé.

Au cours des dernières années, des investissements considérables ont été réalisés dans le but d'améliorer les soins de santé primaires au Canada mais les données dont nous disposons pour évaluer et gérer le renouvellement de ces soins sont limitées. Nombre de dispensateurs, de collectivités, de chercheurs et de responsables de l'élaboration des politiques ont consacré temps, énergie et ressources dans la poursuite de cet objectif. Grâce à une collaboration et à un engagement continus, les options dont il est question dans le présent rapport pourraient être utilisées pour améliorer la disponibilité de données comparables et pertinentes sur les soins de santé primaires dans tout le Canada.



Annexe A



EXEMPLE DE LISTE ABRÉGÉE DES INDICATEURS DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES		
ACCÈS À DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES AUPRÈS D'UN DISPENSATEUR RÉGULIER	SOINS DE SANTÉ INTÉGRÉS; SERVICES PRÉVENTIFS ET GESTION DES AFFECTIONS CHRONIQUES	INTÉGRATION ET COORDINATION POUR UNE CONTINUITÉ EFFICACE DES SOINS
<ul style="list-style-type: none"> Population ayant un dispensateur régulier de soins de santé primaires Difficultés à accéder à des soins de santé primaires de routine* 	<ul style="list-style-type: none"> Gamme des services de soins de santé primaires Dépistage des risques pour la santé en soins de santé primaires* Registres des clients ou des patients en soins de santé primaires qui sont atteints d'affections chroniques* Programmes de soins de santé primaires pour les clients ou les patients atteints d'affections chroniques* Participation des clients ou des patients à la planification du traitement en soins de santé primaires 	<ul style="list-style-type: none"> Ententes de soins conjoints avec d'autres organismes de soins de santé
<p>ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES 24 HEURES SUR 24, SEPT JOURS SUR SEPT</p> <ul style="list-style-type: none"> Difficultés à accéder à des soins de santé primaires immédiats les soirs et les fins de semaine pour un problème de santé urgent mais mineur Organismes de soins de santé primaires qui assurent des services à la population en dehors des heures normales d'ouverture Difficultés à accéder à des soins de santé primaires de routine* 	<p>SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES AXÉS SUR LE PATIENT/CLIENT</p> <ul style="list-style-type: none"> Satisfaction des clients ou des patients concernant les soins reçus de leur dispensateur de soins de santé primaires Barrière linguistique entre les patients ou les clients et les dispensateurs de soins de santé primaires 	<p>APPROCHE AXÉE SUR LA POPULATION</p> <ul style="list-style-type: none"> Registres des clients ou des patients atteints d'affections chroniques* Programmes de soins de santé primaires pour les clients ou les patients atteints d'affections chroniques* Programmes spécialisés en soins de santé primaires destinés aux populations vulnérables ou ayant des besoins particuliers
QUALITÉ DES SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES		
<p>Prévention primaire</p> <ul style="list-style-type: none"> Vaccin contre la grippe pour les personnes de 65 ans et plus Dépistage du cancer du col de l'utérus Dépistage des risques pour la santé en soins de santé primaires* <p>Prévention secondaire des affections chroniques</p> <ul style="list-style-type: none"> Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints de coronaropathie Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints d'hypertension Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints de diabète 	<p>Sécurité des patients</p> <ul style="list-style-type: none"> Utilisation des alertes médicamenteuses en soins de santé primaires Surveillance de la prise de médicaments antidépresseurs <p>Objectifs et résultats des traitements</p> <ul style="list-style-type: none"> Contrôle de la glycémie en cas de diabète Contrôle de la tension artérielle en cas d'hypertension Traitement de la dyslipidémie Conditions propices aux soins ambulatoires Traitement de la dépression 	
APPUIS ET CONTRIBUTIONS AUX SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES		
<p>Ressources humaines de la santé</p> <ul style="list-style-type: none"> Organismes de soins de santé primaires acceptant de nouveaux clients ou patients <p>Équipes interdisciplinaires</p> <ul style="list-style-type: none"> MF/OP/IP travaillant au sein d'équipes ou de réseaux interdisciplinaires de soins de santé primaires <p>Modes de rémunération des dispensateurs</p> <ul style="list-style-type: none"> Mode de rémunération des dispensateurs de soins de santé primaires 	<p>Technologie de l'information</p> <ul style="list-style-type: none"> Intégration de systèmes d'information et de communication dans les organismes de soins de santé primaires <p>Allocation de fonds pour les soins de santé primaires</p> <ul style="list-style-type: none"> Coûts opérationnels moyens par habitant dans le cadre des services de soins de santé primaires 	

* Les indicateurs se répètent parce qu'ils reflètent plusieurs dimensions.



Annexe B

Principales sources de données sur la santé

La collecte d'information renseignements sur la santé à des fins de suivi, d'évaluation et de recherche nécessite généralement diverses sources, méthodes et démarches distinctes²⁶. On comprend donc aisément qu'il n'existe pas de méthode ou de source unique capable de couvrir tous les indicateurs de soins de santé primaires. Deux sources importantes de données sur la santé sont décrites ci-dessous.

Données administratives

Les données administratives présentent trois avantages : elles sont accessibles sur-le-champ, leur coût est relativement faible par rapport aux sources de données cliniques et elles portent sur un très grand nombre de personnes dans l'ensemble du système²⁶. De plus, ces données administratives peuvent être classées selon plusieurs niveaux géographiques pour répondre à des questions précises, et leur fiabilité dans le cadre de sujets de recherche précis a été démontrée par plusieurs études. Cependant, les champs actuellement couverts et pour lesquels des données administratives sont disponibles restreignent les possibilités d'évaluation du rendement des soins de santé primaires.

Les types de renseignements pertinents pour les soins de santé primaires provenant de données administratives sont les suivants :

- données relatives aux consultations en soins de santé primaires (actes et interventions, orientations, diagnostics);
- données provenant des services de laboratoire et d'imagerie diagnostique;
- données sur les médicaments et les prescriptions;
- données sur les congés des hôpitaux;
- données sur les visites d'urgence;
- autres données administratives :
 - ressources humaines de la santé (nombre de professionnels de la santé autorisés équivalents à temps plein selon l'âge, le sexe, le niveau d'études, l'emploi et le lieu géographique) et données concernant les intervenants équivalents à temps plein et les dispensateurs qui intègrent ou quittent le marché du travail;



- données sur les finances et d'autres ressources (dépenses en soins de santé primaires par personne) et données sur les régions sanitaires (planification au niveau des régions sanitaires).

Les données administratives en soins de santé sont couramment recueillies pour documenter les activités et les transactions effectuées par les dispensateurs (p. ex. médecins) et les organismes (p. ex. hôpitaux)^{26, 27}. Les sources de données administratives incluent, entre autres les registres des congés des hôpitaux, les demandes de remboursement des médecins, les réclamations pour médicaments d'ordonnance et d'autres sources d'information liées à la santé^{26, 27}. Les données administratives comportent de nombreux avantages; puisque ce sont des sources déjà utilisées, elles sont peut-être accessibles à un coût moindre²⁷. Ce type de données permet également d'évaluer un grand nombre de conditions et de facteurs à l'échelle locale et régionale²⁷. Dans certains cas, si un numéro d'identification unique est disponible, l'information peut être couplée à plus d'un ensemble de données administratives. En outre, les données administratives peuvent aider à réduire le recours aux renseignements transmis directement par les individus, dont la mémoire ou une perception erronée de la situation peuvent altérer les faits²⁶.

Les données administratives en santé comportent toutefois certaines limites. Bon nombre de ces bases ont été créées initialement à des fins administratives pour le système de santé (par exemple pour permettre aux dispensateurs de services de soumettre leurs demandes de remboursement pour services rendus)²⁶. Par conséquent, même si elles fournissent une foule de renseignements concernant des points précis sur le diagnostic, l'utilisation, la prestation et les coûts des services, certaines bases de données peuvent être moins efficaces pour l'analyse d'autres facteurs (tels que les résultats d'examen)²⁶.

Données des sondages

Types de renseignements pertinents sur les soins de santé primaires recueillis dans les sondages :

- points de vue des clients ou patients et de la population en général;
- points de vue des dispensateurs;
- données relatives aux organismes.

Les sondages servent à recueillir de l'information auprès des individus, des dispensateurs et des organismes et sont plus souvent utilisés pour obtenir des données non recueillies par les systèmes administratifs²⁶. Ces types de renseignements incluent des données liées directement aux clients ou patients en tant que personne, comme le taux de satisfaction, l'expérience concernant les soins reçus, la qualité de vie, les comportements liés à la santé et les problèmes d'accès



aux services²⁶. Les sondages peuvent également servir à recueillir des données sur les dispensateurs et les caractéristiques organisationnelles²⁶. Il arrive aussi que les sondages permettent de surmonter certaines contraintes ou de combler des lacunes associées aux bases de données administratives. Enfin, cet outil est parfois la seule méthode appropriée ou possible pour recueillir l'information (par exemple, les sondages sur la satisfaction).

Les données des sondages procurent un éventail de renseignements allant de l'état de santé auto-évalué ou du taux de prévalence autodéclaré de certaines affections jusqu'au niveau de satisfaction concernant les soins reçus et l'accès aux services²⁸.

Bon nombre de sondages portant sur des questions de santé sont menés à l'échelle du pays ou des provinces et territoires. D'autres, portant sur des enjeux distincts, comme le marché du travail, peuvent également produire de l'information utile et pertinente. Certains de ces sondages offrent des renseignements pour déclarer les indicateurs de soins de santé primaires.



Annexe C

Sources de données existantes sur les soins de santé primaires à l'échelle pancanadienne et provinciale

À l'échelle pancanadienne, les organismes responsables de la collecte de renseignements sur la santé et les services de santé auprès de la population ainsi que de la maintenance de ces données sont Statistique Canada et l'ICIS. Santé Canada gère également certains ensembles de données associés à la santé publique et au suivi. Dans les provinces et les territoires, les ministères recueillent différentes données à des fins variées. Enfin, des sources additionnelles de données sont en place au niveau des régions sanitaires et des organismes. Les sources les plus pertinentes pour la déclaration pancanadienne des indicateurs de soins de santé primaires sont décrites ci-après.

Sources de données pancanadiennes

Nous avons recensé 12 sources de données pancanadiennes susceptibles de satisfaire aux exigences en source de données pour le calcul des indicateurs de soins de santé primaires. Le tableau ci-dessous offre un aperçu du contenu de ces bases.

TABLE 15 : Sources de données pancanadiennes pertinentes existantes pour les indicateurs de soins de santé primaires

NOM DE LA BASE DE DONNÉES ADMINISTRATIVES	DESCRIPTION	SOURCE
Base de données sur les congés des patients (DAD)	La DAD reçoit les données sur les sorties de tous les hôpitaux dans chaque province et territoire, sauf au Québec. Elle contient des données démographiques, administratives et cliniques ainsi que des éléments de données supplémentaires, sur les groupes de maladies analogues par exemple.	ICIS
Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH)	La BDMH contient le nombre de sorties (congé ou décès) des hôpitaux, selon le diagnostic principal, pour toutes les provinces et les territoires. Elle contient des données démographiques, administratives et cliniques, mais ne contient pas d'éléments de données supplémentaires, sur les groupes de maladies analogues par exemple.	ICIS
Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA)	Le SNISA contient des données sur les visites à l'urgence et inclut des données démographiques, administratives et cliniques, mais celles-ci ne sont pas recueillies dans l'ensemble des provinces et territoires.	ICIS



TABLE 15: Sources de données pancanadiennes pertinentes pour le calcul des indicateurs de soins de santé primaires (suite)

NOM DE LA BASE DE DONNÉES ADMINISTRATIVES	DESCRIPTION	SOURCE
Base de données sur les infirmières et infirmiers autorisés (BDIIA)	La BDIIA contient des données sur les caractéristiques démographiques, la formation et l'emploi des IA.	ICIS
Base de données sur les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (BDIIAA)	La BDIIAA contient des données sur les caractéristiques démographiques, la formation et l'emploi des IAA.	ICIS
Base de données sur les infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés (BDIIPA)	La BDIIPA contient des données sur les caractéristiques démographiques, la formation et l'emploi des IPA. Ces infirmières sont formées et réglementées dans le cadre d'une profession distincte au Manitoba, en Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique.	ICIS
Base de données sur le personnel de la santé (BDPS)	Cette base cumule les données sur des professions de la santé sélectionnées, selon la province, le territoire et l'année. Cela inclut le nombre de membres d'associations de professionnels de la santé par province et territoire; le nombre de diplômés de programmes d'enseignement ou de formation en soins de santé; et, dans la mesure du possible, des données fournies par organisme de réglementation sur le personnel de la santé autorisé actif.	Organismes professionnels nationaux, provinciaux et territoriaux; organismes de délivrance des permis; gouvernements, établissements d'enseignement et Statistique Canada
Base de données nationale sur les médecins (BDNM)	La BDNM contient actuellement une première phase de données sur les services en soins de santé offerts par des médecins certifiés rémunérés à l'acte au Canada. Les données sont transmises à l'ICIS par l'intermédiaire des systèmes provinciaux et territoriaux de facturation des médecins. Nous travaillons actuellement à recueillir les données sur les services médicaux assurés par les provinces et les territoires et payés selon des méthodes autres que la rémunération à l'acte.	ICIS
Base de données médicales Scott's (BDMS)	Cette base contient des données sur les caractéristiques démographiques et la pratique ainsi que sur le nombre, la formation, la répartition et la migration des médecins canadiens.	ICIS
Sondage national auprès des médecins	Ce sondage détaillé recueille des renseignements sur ce que les médecins au Canada entreprennent dans le cadre de leurs activités professionnelles en réponse aux besoins sociétaux en matière de soins de santé au Canada ainsi que des données sur les intérêts personnels et les plans de carrière de tous les médecins certifiés au Canada.	Collège des médecins de famille du Canada; Association médicale canadienne; Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)	L'ESCC fournit des estimations transversales des déterminants de la santé, des états de santé et de l'utilisation du système de santé pour toutes les régions sanitaires au Canada.	Statistique Canada



TABLE 15: Sources de données pancanadiennes pertinentes pour le calcul des indicateurs de soins de santé primaires (suite)

NOM DE LA BASE DE DONNÉES ADMINISTRATIVES	DESCRIPTION	SOURCE
Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier (ENTSPI)	Il s'agit d'une nouvelle enquête par sondage (menée entre octobre et décembre 2005) auprès des IA, des IAA et des IPA partout au Canada. Elle a pour objectif d'établir des relations entre des résultats précis pour la santé, le milieu de travail et l'équilibre travail-vie personnelle des trois types d'infirmières au Canada. Ce sondage devait initialement être mené une seule fois, mais la possibilité de le reprendre tous les deux ou trois ans est actuellement à l'étude.	Statistique Canada, Santé Canada, ICIS

Les sources de données ci-dessous ont également été examinées mais n'ont pas été appliquées au calcul des indicateurs de soins de santé primaires, soit parce que les données ne sont pas encore disponibles ou qu'il n'existe pas de rapports à l'échelle provinciale ou territoriale.

- Enquête canadienne sur les mesures de la santé
- Enquête nationale longitudinale sur les enfants et les jeunes
- Enquête nationale sur la santé de la population
- Enquête sur la participation et les limitations d'activités
- Registre des entreprises

Les sources de données pancanadiennes ci-dessous, nouvelles ou en cours d'élaboration, pourraient fournir des données pertinentes pour l'infrastructure de collecte de données sur les soins de santé primaires dans le futur.

Tableau 16 : Sources de données pancanadiennes, nouvelles et en cours d'élaboration, jugées pertinentes pour les indicateurs de soins de santé primaires

SOURCES EN COURS D'ÉLABORATION	DESCRIPTION	SOURCE
Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP)	Le SNIUMP est un système d'information pancanadien qui recueille des données relatives aux formulaires du régime de médicaments gratuits, aux réclamations, aux régimes d'assurance-médicaments et aux statistiques sur la population. Il est en mesure de fournir des analyses critiques des tendances en matière de prix, d'utilisation et de coûts afin que le système de santé canadien dispose de renseignements plus complets et exacts sur l'utilisation des médicaments d'ordonnance et sur les sources d'augmentation des coûts.	ICIS



Tableau 16 : Sources de données pancanadiennes, nouvelles et en cours d'élaboration, jugées pertinentes pour le calcul des indicateurs de soins de santé primaires (suite)

SOURCES EN COURS D'ÉLABORATION	DESCRIPTION	SOURCE
Projet de développement de bases de données sur les ressources humaines de la santé (BD-RHS)	Le BD-RHS aidera à combler les lacunes en matière d'information grâce à l'élaboration de nouveaux systèmes de rapports et de nouvelles bases de données nationales sur cinq professions réglementées de la santé : les ergothérapeutes, les pharmaciens, les physiothérapeutes, les technologues en radiation médicale et les technologues de laboratoire médical. Ces cinq nouvelles bases de données favoriseront les processus de suivi et d'évaluation, la planification, la recherche et la politique en matière de ressources humaines de la santé grâce à une nouvelle source d'information actuelle et de qualité sur les groupes de professionnels de la santé mentionnés ci-dessus.	ICIS
Le Système national de surveillance du diabète (SNSD)	Le SNSD est une initiative d'information sur la santé lancée dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le diabète afin de combler d'importantes lacunes en matière d'information sur le diabète au Canada. Il s'agit d'un système de surveillance (plutôt qu'un dépôt central) fondé sur les bases de données administratives, qui transmet des données globales à Santé Canada. Le SNSD peut mesurer la prévalence, l'incidence et les résultats pour l'ensemble du pays ou pour des régions précises.	Agence de santé publique du Canada — provinces et territoires
Réseau canadien des registres d'immunisation (RCRI)	Le RCRI est une initiative intégrant l'établissement de normes de données comparables et d'un ensemble minimal de données pour la collection de renseignements associés à l'immunisation à l'échelle nationale. Le système vise à surveiller la couverture d'immunisation au Canada au moyen de données agrégées à jour liées aux programmes d'immunisation et à l'utilisation des vaccins. Les éléments de données recueillis par l'intermédiaire de ce système sont les suivants : numéro d'identification du patient, sexe, date de naissance, province/territoire/ville, unité de services de santé, vaccin administré, agent d'immunisation, date de la vaccination, événement lié à la santé et historique des maladies pouvant être prévenues par un vaccin. À l'heure actuelle, les régions provinciales et territoriales transmettent des données globales à Santé Canada tous les deux ans (il n'y a pas pour le moment de dépôt central).	Agence de santé publique du Canada

En plus des sources de données pancanadiennes existantes, nouvelles ou en cours d'élaboration que nous avons jugées pertinentes pour l'infrastructure de collecte de données sur les soins de santé primaires, nous avons examiné le potentiel d'utilisation de 50 sources



de données provenant de sondages et de systèmes administratifs provinciaux et territoriaux. La section qui suit décrit les points saillants de cette évaluation.

Sources de données provinciales

Systèmes de traitement des réclamations des médecins rémunérés à l'acte

L'équipe de l'ICIS a obtenu des renseignements détaillés sur les systèmes de traitement des réclamations des médecins rémunérés à l'acte en vigueur dans chaque province et territoire. Le tableau suivant offre un aperçu des renseignements obtenus pour chaque région en ce qui a trait aux normes de codification et de classification actuellement employées.

Tableau 17 : Normes de classement et de codification utilisées pour les réclamations des médecins rémunérés à l'acte

RÉGION	NORME DE CODIFICATION DES DIAGNOSTICS/ PROBLÈMES DES CLIENTS OU PATIENTS	NORME DE CODIFICATION DES INTERVENTIONS/ MANŒUVRES DES MÉDECINS	NORME DE CODIFICATION DES EXAMENS D'IMAGERIE DIAGNOSTIQUE	NORME DE CODIFICATION DES ANALYSES DE LABORATOIRE
Colombie-Britannique	CIM-9	Codes maison	Codes maison	Codes maison
Alberta	CIM-9	CCA	Codes maison	Codes maison
Saskatchewan	CIM-9	Codes maison	Codes maison	Codes maison
Manitoba	ICD-9-CM	Codes maison	Codes maison	Codes maison
Ontario	CIM-9	CIM-9	CIM-9	CIM-9
Québec	CIM-9	Codes maison	Codes maison	Codes maison
Île-du-Prince-Édouard	CIM-9	Codes maison	Aucun code	Aucun code requis
Terre-Neuve-et-Labrador	CIM-9	Codes maison	Codes maison	Aucun code requis
Nouvelle-Écosse	CIM-9	CCA modifié	Codes maison	Aucune collecte de données
Nouveau-Brunswick	N'utilise pas la CIM	Codes maison	Codes maison	Aucune collecte de données
Yukon	CIM-9 (50 % des réclamations); + codes maison (tout type de réclamations)	Codes maison	Codes maison	Codes maison
Territoires du Nord-Ouest	CIM-9	Codes maison	Codes maison	Codes maison
Nunavut	CIM-9	CIM-9	Une seule codification en vigueur	CIM-9



Remarque : Les Territoires du Nord-Ouest, le Manitoba et l'Alberta ont indiqué qu'ils envisageaient de modifier les normes de codification et de mettre en œuvre par exemple la CIM-10-CA pour la codification des diagnostics/problèmes des clients ou patients. Toutes les autres régions ont confirmé ne pas avoir l'intention de modifier les conventions de codification actuellement en vigueur.

Les problèmes suivants ont été notés concernant les données relatives aux réclamations des médecins rémunérés à l'acte :

1. Exhaustivité des systèmes de réclamation des médecins rémunérés à l'acte :
 - Dans certaines régions, une « facturation fictive » (une réclamation soumise affiche un service rendu bien que le paiement ne soit pas directement lié à la prestation du service) est requise pour tous les médecins non rémunérés à l'acte. Cela dit, ce type de facturation n'est pas exigé dans toutes les régions.
 - Les données de facturation fictive recueillies par les régions ne sont pas toujours complètes.
 - De nombreux dispensateurs qui emploient de nouveaux modèles de soins de santé primaires reçoivent un salaire et ne soumettent pas nécessairement de données de facturation.
2. Les codes de paiement diffèrent d'une région à l'autre.
3. Les systèmes de codification sont rudimentaires — le type de données et le niveau de granularité exigés pour la déclaration des indicateurs de soins de santé primaires ne sont généralement pas enregistrés.
4. L'information diagnostique est souvent résumée ou manquante. Dans certaines régions, les médecins n'utilisent aucun système de classification normalisée, tel que le CIM-9. Ils ont plutôt recours à une liste abrégée fournie par la province.
5. Dans certaines régions, l'exactitude des renseignements diagnostics est sujette à caution. Dans son rapport intitulé *Improving Health Care Data in Ontario*, l'Institut de recherche en services de santé a révélé que l'information diagnostique est de piètre qualité²⁹. La plupart des personnes interrogées ailleurs au Canada ont indiqué des conclusions similaires.



Bases de données des réclamations de médicaments

Nous avons également recueilli l'information sur les bases de données de réclamations de médicaments dans chaque province. Les points suivants ont été notés :

1. À l'échelle pancanadienne, ces bases de données auraient avantage à employer un numéro d'IUP pour faciliter le couplage entre les différents ensembles de données.
2. Seuls le Manitoba, la Colombie-Britannique et la Saskatchewan ont des données sur les médicaments prescrits à l'ensemble de la population. Les autres régions ont une couverture restreinte, par exemple aux patients âgés ou aux patients qui reçoivent de l'aide sociale.
3. L'accessibilité aux bases de données et les frais d'accès varient d'une région à l'autre.



Sondages provinciaux

Des sondages auprès des clients ou patients et des dispensateurs ont été menés en Alberta, au Nouveau-Brunswick, en Ontario (processus récemment amorcé), à Terre-Neuve-et-Labrador, à l'Île-du-Prince-Édouard et en Saskatchewan. Un sondage auprès des organismes est également effectué dans l'Île-du-Prince-Édouard. Les qualités psychométriques de ces sondages n'ont pas été confirmées.

Tableau 18 : Sondages provinciaux existants liés aux soins de santé primaires

TYPE DE SONDAGE	NOM DE L'OUTIL D'ENQUÊTE	DESCRIPTION
Auprès des patients	Satisfaction with Health Care Services. A Survey of Albertans 2004	Ce sondage préparé par le Conseil de la qualité en santé de l'Alberta (CQSA) mesure la satisfaction des patients envers la qualité des soins reçus pour les volets suivants : médecins de famille, cliniques communautaires sans rendez-vous, services en salle d'urgence, spécialistes, tests de diagnostic, services hospitaliers, chirurgie, services à domicile, soins de longue durée, santé mentale et Health Link.
	Saskatchewan Client Satisfaction Survey	Ce sondage vise à connaître ce que pensent les clients des services de soins qu'ils reçoivent dans les établissements de soins de santé primaires.
	Prince Edward Island Client Satisfaction Survey	Ce sondage évalue la satisfaction des clients ou patients en soins de santé primaires.
	Community Health Centre Patient Survey (Nouveau-Brunswick)	Ce sondage permet de saisir les temps d'attente et les taux de satisfaction.
	Newfoundland Client/Patient Satisfaction Tool (CPST)	Ce sondage permet de saisir le taux de satisfaction des clients ou patients en soins de santé primaires.
	Ontario Primary Care Access Survey	Ce sondage (qui sera effectué trimestriellement au cours des années 2006 et 2007) porte sur de nombreux aspects, notamment l'accessibilité des services en soins de santé primaires, l'utilisation des services, l'environnement de prestation, la connaissance des services de télésanté, la perception de l'état de santé et des conditions chroniques, la composition du ménage et les caractéristiques sociodémographiques. Les participants doivent fournir leur numéro d'assurance maladie de l'Ontario OHIP.
Auprès des dispensateurs	Team Effectiveness Tool (Saskatchewan)	Cet outil d'enquête étudie : <ul style="list-style-type: none"> • le fonctionnement des équipes; • les relations et les interactions au sein des équipes internes; • l'impression de l'équipe et du dispensateur concernant l'amélioration des partenariats entre l'équipe et les autres dispensateurs, les autres secteurs, le secteur privé, les programmes régionaux de santé et les dispensateurs itinérants.
	New Brunswick Community Health Centre Service Provider Survey	Ce sondage évalue les activités, le perfectionnement professionnel, le travail interdisciplinaire, la documentation et l'équilibre travail-vie personnelle.



Tableau 18. Sondages provinciaux existants liés aux soins de santé primaires (suite)

TYPE DE SONDAGE	NOM DE L'OUTIL D'ENQUÊTE	DESCRIPTION
	Scope of Practice Tool (Terre-Neuve-et-Labrador)	Cet outil poursuit les objectifs suivants : <ul style="list-style-type: none"> • préciser les rôles et fonctions pour lesquels les professionnels détiennent les connaissances appropriées, les compétences et les autorisations légales; • faire ressortir les domaines de chevauchement, les possibilités et les défis à l'échelle provinciale relativement aux rôles et fonctions, puis élaborer des plans d'action pour gérer ces possibilités et ces défis.
Après des organismes	Prince Edward Island Organization Survey	Ce document est envoyé aux directeurs de chaque centre de santé afin d'obtenir des renseignements sur leur structure et leurs activités.

Dossiers de santé électroniques et registres des clients

En mars 2004, Santé Canada publiait *Towards an Evaluation Framework for Electronic Health Records Initiatives*³⁰ (*Vers un cadre d'évaluation des initiatives concernant le dossier électronique de santé*). Ce document est composé de trois grands volets :

1. Répertoire des initiatives concernant le dossier de santé électronique
2. Bibliographie commentée et évaluation systématique de la documentation publiée et des rapports de projet
3. Projet de cadre d'évaluation des initiatives canadiennes concernant le dossier électronique de santé.

Inforoute Santé du Canada élabore actuellement des normes intégrées pour favoriser la mise en œuvre d'un dossier de santé électronique à l'échelle nationale. Quelques provinces ont commencé à déployer un système d'identification unique et un registre de clients communs pour appuyer l'intégration des données régionales et provinciales sur la santé. Voici une courte présentation de deux de ces initiatives.



**SYSTÈME D'IDENTIFICATION UNIQUE DU PATIENT ET
REGISTRE DES CLIENTS NEWFOUNDLAND AND LABRADOR
CENTRE FOR HEALTH INFORMATION**

En janvier 2005, le Newfoundland and Labrador Centre for Health Information (NLCHI) et Inforoute Santé du Canada annonçaient le succès de la mise en œuvre du tout premier registre provincial des clients au Canada. Le système d'identification unique du patient et le registre des clients (système d'IUP/registre des clients) constituent un système d'information et une base de données contenant des renseignements démographiques sur les patients, les clients et les résidents. Ce système est présent depuis 2002 dans les hôpitaux, les services communautaires, les centres de soins de longue durée et le Medical Care Plan (MCP) afin d'identifier avec précision toutes les personnes qui font appel au système de santé de Terre-Neuve-et-Labrador. Ce système permet aux organismes d'obtenir des coordonnées à jour, sans que les gens aient à communiquer directement avec eux lorsqu'ils déménagent.

« Ce système d'IUP/registre des clients de pointe assure une base solide pour le dossier de santé électronique provincial que le NLCHI est à élaborer, de concert avec les pharmaciens, les médecins, les radiologues, les conseils de santé et le Department of Health and Community Services », a affirmé Steve O'Reilly, président et chef de la direction, NLCHI. « Tant le réseau d'information pharmaceutique de Terre-Neuve-et-Labrador que le réseau provincial DI/PACS (imagerie diagnostique et système de stockage, de transport et d'affichage d'images) auront recours au système d'IUP/registre des clients pour identifier les patients³¹. »



Une autre initiative en cours en Alberta facilitera l'uniformisation, la normalisation, l'accessibilité et l'utilisation des systèmes et des données cliniques administratives pour les organismes de soins de santé primaires.

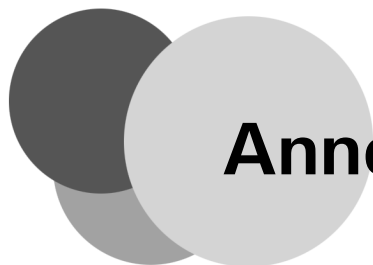
**PHYSICIAN OFFICE SYSTEM
PROGRAM (POSP) — ALBERTA³²**

Le Physician Office System Program (POSP) est une initiative établie dans le cadre de l'accord modificateur entre l'Alberta Medical Association, l'Alberta Health and Wellness et les régions de la santé régionales (RSR) de l'Alberta. Les partenaires ont contribué pour 65 millions de dollars au programme en trois ans. La phase actuelle repose sur le succès de la phase 1 (octobre 2001 à mars 2003) qui a encouragé l'adhésion de 1 500 médecins au programme.

Cette initiative provinciale tient compte de plusieurs caractéristiques essentielles à l'infrastructure de collecte de données en soins de santé primaires. En atteignant ses objectifs, le POSP :

- favorise l'intégration des technologies de l'information aux cabinets de médecine familiale et à ceux des omnipraticiens, ce qui mènera à la mise en place d'un système d'information sur la santé intégré à l'échelle provinciale et régionale;
- soutient le processus de gestion du changement nécessaire à la transition vers un cabinet entièrement automatisé;
- accroît l'uniformité et la normalisation en respectant les exigences sur la conformité des fournisseurs en matière de convivialité (ces exigences incluent des caractéristiques conformes aux normes ICPC et CIM-10-CA);
- favorise, dans la mesure du possible, l'intégration aux applications DES du Wellnet de l'Alberta.





Annexe D

Analyse des écarts de disponibilité des indicateurs de soins de santé primaires

Cette annexe inclut un survol de la disponibilité des sources de données pour les indicateurs de soins de santé primaires. Le tableau 19 donne un aperçu global des sources disponibles par objectif ou mesure d'appui établis dans la Stratégie nationale d'évaluation alors que les renseignements détaillés pour chaque source de données sont présentés dans le tableau 20.

Tableau 19 : Aperçu global des sources de données disponibles pour les indicateurs de soins de santé primaires

STRATÉGIE NATIONALE D'ÉVALUATION/ OBJECTIFS ET MESURES D'APPUI	NOMBRE D'INDICATEURS PROVENANT DE SOURCES DE DONNÉES EXISTANTES	NOMBRE D'INDICATEURS PARTIELLEMENT CALCULÉS PROVENANT DE SOURCES DE DONNÉES ACTUELLES	NOMBRE D'INDICATEURS PROVENANT DE SOURCES DE DONNÉES ACTUELLES MODIFIÉES	NOMBRE D'INDICATEURS NÉCESSITANT DES SOURCES DE DONNÉES DÉVELOPPÉES	INDICATEURS NÉCESSITANT UNE NOUVELLE SOURCE DE DONNÉES	TOTAL
Objectif 1. Accroître le pourcentage de personnes recevant des soins continus d'un dispensateur de soins de santé primaires qui assume la principale responsabilité de leurs soins et qui connaît leurs caractéristiques personnelles et de santé.		1	3			4
Objectif 2. Augmenter le nombre d'organismes de soins de santé primaires chargés de fournir des services planifiés à une population donnée.				7		7



Tableau 19 : Aperçu global des sources de données disponibles pour les indicateurs de soins de santé primaires (suite)

STRATÉGIE NATIONALE D'ÉVALUATION/ OBJECTIFS ET MESURES D'APPUI	NOMBRE D'INDICATEURS PROVENANT DE SOURCES DE DONNÉES EXISTANTES	NOMBRE D'INDICATEURS PARTIELLEMENT CALCULÉS PROVENANT DE SOURCES DE DONNÉES ACTUELLES	NOMBRE D'INDICATEURS PROVENANT DE SOURCES DE DONNÉES ACTUELLES MODIFIÉES	NOMBRE D'INDICATEURS NÉCESSITANT DES SOURCES DE DONNÉES DÉVELOPPÉES	INDICATEURS NÉCESSITANT UNE NOUVELLE SOURCE DE DONNÉES	TOTAL
Objectif 3. Améliorer la prestation de services de soins de santé primaires complets dans une perspective holistique (ce qui comprend les soins de courte durée, les soins épisodiques et les soins continus) et mettre davantage l'accent sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures ainsi que la gestion des problèmes de santé mentale courants et des affections chroniques.	5	1		10	1	17
Objectif 4. Améliorer l'accès 24 heures sur 24, sept jours sur sept, aux soins d'urgence demandés par le patient et communiqués au dispensateur régulier de soins de santé primaires.			1	5		6
Objectif 5. Offrir des services de soins de santé primaires sûrs et de grande qualité et favoriser une culture d'amélioration de la qualité dans les organismes de soins de santé primaires.	1		4	16	17	38
Objectif 6. S'assurer que les soins de santé primaires sont adaptés aux patients et qu'ils répondent à leurs attentes raisonnables en matière de traitement.	1	1		4*		6



Tableau 19 : Aperçu global des sources de données disponibles pour les indicateurs de soins de santé primaires (suite)

STRATÉGIE NATIONALE D'ÉVALUATION/ OBJECTIFS ET MESURES D'APPUI	NOMBRE D'INDICATEURS PROVENANT DE SOURCES DE DONNÉES EXISTANTES	NOMBRE D'INDICATEURS PARTIELLEMENT CALCULÉS PROVENANT DE SOURCES DE DONNÉES ACTUELLES	NOMBRE D'INDICATEURS PROVENANT DE SOURCES DE DONNÉES ACTUELLES MODIFIÉES	NOMBRE D'INDICATEURS NÉCESSITANT DES SOURCES DE DONNÉES DÉVELOPPÉES	INDICATEURS NÉCESSITANT UNE NOUVELLE SOURCE DE DONNÉES	TOTAL
Objectif 7. Faciliter l'intégration et la coordination entre les établissements et les dispensateurs de soins afin d'assurer la continuité des soins et de l'information.				6		6
Mesure d'appui 1. Ressources humaines de la santé suffisantes pour répondre aux besoins en matière de soins de santé primaires.		4	2	2*	1	9
Mesure d'appui 2. Équipes de soins de santé primaires interdisciplinaires.	2		2	2*		6
Mesure d'appui 3. Technologie de l'information adaptée aux soins de santé primaires et assurant un lien entre les organismes de soins de santé primaires et le reste du système de santé.				3		3
Mesure d'appui 4. Affectation des ressources de soins de santé primaires en fonction des besoins.					1	1



Tableau 19 : Aperçu global des sources de données disponibles pour les indicateurs de soins de santé primaires (suite)

STRATÉGIE NATIONALE D'ÉVALUATION/ OBJECTIFS ET MESURES D'APPUI	NOMBRE D'INDICATEURS PROVENANT DE SOURCES DE DONNÉES EXISTANTES	NOMBRE D'INDICATEURS PARTIELLEMENT CALCULÉS PROVENANT DE SOURCES DE DONNÉES ACTUELLES	NOMBRE D'INDICATEURS PROVENANT DE SOURCES DE DONNÉES ACTUELLES MODIFIÉES	NOMBRE D'INDICATEURS NÉCESSITANT DES SOURCES DE DONNÉES DÉVELOPPÉES	INDICATEURS NÉCESSITANT UNE NOUVELLE SOURCE DE DONNÉES	TOTAL
Mesure d'appui 5. Modes de rémunération des dispensateurs qui respectent les objectifs en matière de soins de santé primaires.		2				2
TOTAL	9	9	12	55	20	105

* Il arrive que des indicateurs ne puissent être que partiellement déclarés, même lorsque les sources de données actuelles peuvent être modifiées.

Tableau 20 : Analyse des écarts de disponibilité des données sur les indicateurs de soins de santé primaires

La mention « **Sources de données pertinentes** » indique le type de source nécessaire au calcul de l'indicateur — soit des données cliniques administratives, d'autres types de données administratives ou des données de sondages.

La mention « **Disponibilité des sources de données** » indique si l'indicateur peut ou non être calculé au moyen d'une source de données pancanadiennes qui existe déjà. La mention *Oui, calcul partiel* souligne que seules certaines dimensions de l'indicateur peuvent être calculées (par exemple, l'indicateur peut être calculé pour les médecins, mais non pour tous les types de dispensateurs de soins de santé primaires). La mention *Oui, avec modifications* renvoie aux indicateurs qui peuvent être calculés uniquement si les données existantes peuvent être modifiées (p. ex. changement apporté aux questions du sondage). La mention *Non* indique que les indicateurs nécessitent soit la création d'une nouvelle source de données, soit l'expansion d'une source de données qui existe déjà (p. ex. ajout de nouvelles questions au sondage).



OBJECTIF 1 – Accroître le pourcentage de personnes recevant des soins continus d'un dispensateur de soins de santé primaires qui assume la principale responsabilité de leurs soins et qui connaît leurs caractéristiques personnelles et de santé.

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES	SOURCES DE DONNÉES ACTUELLES OU POTENTIELLES	COMMENTAIRES
1	% des personnes qui ont un dispensateur régulier de soins de santé primaires, par type de dispensateur de soins de santé primaires.	Sondage auprès des clients ou des patients	Oui, calcul partiel	ESCC*	Disponible uniquement pour les médecins de famille et les omnipraticiens.
2	% des personnes de 18 ans et plus qui ont eu des difficultés à obtenir de leur dispensateur régulier de soins de santé primaires les services de soins de santé primaires de routine ou continus nécessaires au cours des 12 derniers mois.	Sondage auprès des clients ou des patients	Oui, avec modifications	ESCC*	Ne précise pas le type de dispensateur ni le type d'établissement où les soins ont été reçus. Provient de la section sur l'accès aux services en soins de santé de l'ESCC.
3	% des personnes de 18 ans et plus qui ont eu des difficultés à obtenir de leur dispensateur régulier de soins de santé l'information ou les conseils sur la santé nécessaires au cours des 12 derniers mois.	Sondage auprès des clients ou des patients	Oui, avec modifications	ESCC*	Ne précise pas le type de dispensateur de soins de santé primaires. Provient de la section sur l'accès aux services en soins de santé de l'ESCC.
4	% des personnes de 18 ans et plus qui ont eu des difficultés à obtenir de leur dispensateur régulier de soins de santé primaires des soins immédiats pour un problème de santé urgent mais mineur au cours des 12 derniers mois.	Sondage auprès des clients ou des patients	Oui, avec modifications	ESCC*	Ne précise pas le type de dispensateur ni le type d'établissement où les soins ont été reçus. Provient de la section sur l'accès aux services en soins de santé de l'ESCC.

* Veuillez noter que Statistique Canada revoit actuellement la section sur l'accès aux services de santé de l'ESCC. Il est probable que cette section comptera parmi les volets thématiques des prochaines versions du sondage. Les données ne seront plus produites tous les deux ans.



**OBJECTIF 2 – Augmenter le nombre d'organismes de soins de santé primaires
chargés de fournir des services planifiés à une population donnée.**

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES	SOURCES DE DONNÉES ACTUELLES OU POTENTIELLES	COMMENTAIRES
5	% des organismes de soins de santé primaires qui ont utilisé les données relatives à la composition de la population qu'ils desservent pour affecter des ressources à des programmes ou à des services au cours des 12 derniers mois.	Sondage auprès des organismes	Non		Le sondage national auprès des médecins pourrait être enrichi et modifié pour le calcul partiel des indicateurs en soins de santé primaires pour les MF/OP seulement et les groupes de médecins.
6	% des organismes de soins de santé primaires qui possèdent un registre des clients ou des patients atteints d'affections chroniques.	Sondage auprès des organismes	Non		Le sondage national auprès des médecins pourrait être enrichi et modifié pour le calcul partiel des indicateurs en soins de santé primaires pour les MF/OP seulement et les groupes de médecins.
7	% des organismes de soins de santé primaires qui disposent de programmes particuliers pour les clients ou les patients atteints d'affections chroniques.	Sondage auprès des organismes	Non		Le sondage national auprès des médecins pourrait être enrichi et modifié pour le calcul partiel des indicateurs en soins de santé primaires pour les MF/OP seulement et les groupes de médecins.



OBJECTIF 2 – Augmenter le nombre d'organismes de soins de santé primaires chargés de fournir des services planifiés à une population donnée (suite)

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES	SOURCES DE DONNÉES ACTUELLES OU POTENTIELLES	COMMENTAIRES
8	% des organismes de soins de santé primaires qui disposent de processus permettant à la collectivité de prendre part à la planification des services (p. ex. comités consultatifs, groupes de réflexion).	Sondage auprès des organismes	Non		Le sondage national auprès des médecins pourrait être enrichi et modifié pour le calcul partiel des indicateurs en soins de santé primaires pour les MF/OP seulement et les groupes de médecins.
9	% des organismes de soins de santé primaires qui prennent des mesures pour étendre les services de soins de santé primaires aux populations vulnérables ou ayant des besoins particuliers.	Sondage auprès des organismes	Non		Le sondage national auprès des médecins pourrait être enrichi et modifié pour le calcul partiel des indicateurs en soins de santé primaires pour les MF/OP seulement et les groupes de médecins.
10	% des organismes de soins de santé primaires qui offrent des programmes spécialisés destinés aux populations vulnérables ou ayant des besoins particuliers.	Sondage auprès des organismes	Non		Le sondage national auprès des médecins pourrait être enrichi et modifié pour le calcul partiel des indicateurs en soins de santé primaires pour les MF/OP seulement et les groupes de médecins.



OBJECTIF 2 – Augmenter le nombre d'organismes de soins de santé primaires chargés de fournir des services planifiés à une population donnée (suite)

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES	SOURCES DE DONNÉES ACTUELLES OU POTENTIELLES	COMMENTAIRES
11	% des organismes de soins de santé primaires qui reçoivent de leur région sanitaire de l'information ou un soutien pour desservir les populations vulnérables ou ayant des besoins particuliers.	Sondage auprès des organismes	Non		Le sondage national auprès des médecins pourrait être enrichi et modifié pour le calcul partiel des indicateurs en soins de santé primaires pour les MF/OP seulement et les groupes de médecins.



OBJECTIF 3 – Améliorer la prestation de services de soins de santé primaires complets dans une perspective holistique (ce qui comprend les soins de courte durée, les soins épisodiques et les soins continus) et mettre davantage l'accent sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures ainsi que la gestion des problèmes de santé mentale courants et des affections chroniques.

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES	SOURCES DE DONNÉES ACTUELLES OU POTENTIELLES	COMMENTAIRES
12	<p>% des organismes de soins de santé primaires qui offrent les services suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • gestion des soins liés à des problèmes de santé urgents mais mineurs (p. ex. entorse de la cheville, rash inexpliqué); • soins de routine non urgents (p. ex. soins préventifs aux bébés, aux enfants, aux femmes ou aux hommes, gestion des affections chroniques); • services de prévention, de promotion de la santé ou de sensibilisation; • soins complets aux mères et aux enfants; • soins de santé mentale primaires; • services psychosociaux (p. ex. conseils en cas de problèmes physiques, émotionnels ou financiers); • liaison avec les services à domicile; • orientation vers des établissements spécialisés et suivi après un séjour au sein de structures spécialisées comme les hôpitaux ou les maisons de jeunes ou encore auprès de spécialistes ou d'autres dispensateurs (dans le cadre d'ententes ou d'arrangements officiels); • services de réadaptation; • services-conseils en nutrition; • visites à domicile par des médecins, des infirmières, des infirmières praticiennes ou des pharmaciens qui dispensent des soins de santé primaires; • soins aux personnes en fin de vie. 	Sondage auprès des organismes	Non		NPS could be potentially expanded and modified to partially report on PHC FP/GP solo and group practice organizations.



OBJECTIF 3 — Améliorer la prestation de services de soins de santé primaires complets dans une perspective holistique (ce qui comprend les soins de courte durée, les soins épisodiques et les soins continus) et mettre davantage l'accent sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures ainsi que la gestion des problèmes de santé mentale courants et des affections chroniques. (suite)

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES	SOURCES DE DONNÉES ACTUELLES OU POTENTIELLES	COMMENTAIRES
13	% des clients ou des patients de 12 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires et qui ont été examinés par leur dispensateur de soins de santé primaires en vue de déceler les facteurs de risques pour la santé suivants au cours des 12 derniers mois : <ul style="list-style-type: none"> • tabagisme; • mauvaises habitudes alimentaires; • consommation de drogues; • inactivité physique; • surpoids; • problème de consommation d'alcool; • blessures involontaires (facteurs d'accidents domestiques); • pratiques sexuelles à risque; • stress psychosocial non géré ou dépression. 	Sondage auprès des clients ou des patients	Non		La portée de l'ESCC pourrait être augmentée pour ajouter un module sur la gestion des maladies chroniques.
14	% des clients ou des patients fumeurs de 12 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires et qui ont reçu de l'aide ou de l'information particulière de leur dispensateur de soins de santé primaires pour cesser de fumer au cours des 24 derniers mois.	Sondage auprès des clients ou des patients	Oui, calcul partiel	ESCC	Disponible uniquement pour les médecins de famille et les omnipraticiens.
15	% des clients ou des patients de 12 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires, qui ont un problème de consommation d'alcool et qui ont reçu de l'aide ou de l'information particulière de leur dispensateur de soins de santé primaires pour gérer leur consommation d'alcool au cours des 24 derniers mois.	Sondage auprès des clients ou des patients	Non		La portée de l'ESCC pourrait être augmentée pour ajouter un module sur la gestion des maladies chroniques.



OBJECTIF 3 — Améliorer la prestation de services de soins de santé primaires complets dans une perspective holistique (ce qui comprend les soins de courte durée, les soins épisodiques et les soins continus) et mettre davantage l'accent sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures ainsi que la gestion des problèmes de santé mentale courants et des affections chroniques. (suite)

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES	SOURCES DE DONNÉES ACTUELLES OU POTENTIELLES	COMMENTAIRES
16	% des clients ou des patients de 12 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires, qui ont de mauvaises habitudes alimentaires et qui ont reçu de l'aide ou de l'information particulière de leur dispensateur de soins de santé primaires pour adopter de bonnes habitudes alimentaires au cours des 12 derniers mois.	Sondage auprès des clients ou des patients	Non		La portée de l'ESCC pourrait être augmentée pour ajouter un module sur la gestion des maladies chroniques.
17	% des clients ou des patients de 12 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires, qui ne font pas d'activité physique et qui ont reçu de l'aide ou de l'information particulière de leur dispensateur de soins de santé primaires pour faire de l'activité physique régulièrement au cours des 12 derniers mois.	Sondage auprès des clients ou des patients	Non		La portée de l'ESCC pourrait être augmentée pour ajouter un module sur la gestion des maladies chroniques.
18	% des organismes de soins de santé primaires qui proposent des programmes ou des projets particuliers (y compris des groupes d'auto-assistance ou d'autogestion) pour réduire les risques pour la santé suivants au sein de la population qu'ils desservent : <ul style="list-style-type: none"> • tabagisme; • mauvaises habitudes alimentaires; • problème de consommation d'alcool; • obésité; • inactivité physique. 	Sondage auprès des organismes	Non		Le sondage national auprès des médecins pourrait être enrichi et modifié pour le calcul partiel des indicateurs en soins de santé primaires pour les MF/OP seulement et les groupes de médecins.



OBJECTIF 3 – Améliorer la prestation de services de soins de santé primaires complets dans une perspective holistique (ce qui comprend les soins de courte durée, les soins épisodiques et les soins continus) et mettre davantage l'accent sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures ainsi que la gestion des problèmes de santé mentale courants et des affections chroniques. (suite)

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES	SOURCES DE DONNÉES ACTUELLES OU POTENTIELLES	COMMENTAIRES
19	% of health regions who currently have specific programs and/or initiatives (including self help and self management groups) to reduce the following health risks in the population: <ul style="list-style-type: none"> • tabagisme; • mauvaises habitudes alimentaires; • problème de consommation d'alcool; • obésité; • inactivité physique. 	Sondage auprès des organismes	Non		La création d'un sondage sur les régions sanitaires serait nécessaire.
20	% des personnes de 12 ans et plus qui fument.	Sondage auprès des clients ou des patients	Oui	ESCC	
21	% des personnes de 12 ans et plus qui consomment au moins cinq portions de fruits et légumes par jour.	Sondage auprès des clients ou des patients	Oui	ESCC	
22	% des personnes qui ont un surpoids ou sont obèses.	Sondage auprès des clients ou des patients	Oui	ESCC	
23	% des personnes qui font de l'activité physique régulièrement.	Sondage auprès des clients ou des patients	Oui	ESCC	
24	% des personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré une forte consommation d'alcool, au cours des 12 derniers mois.	Sondage auprès des clients ou des patients	Oui	ESCC	



OBJECTIF 3 — Améliorer la prestation de services de soins de santé primaires complets dans une perspective holistique (ce qui comprend les soins de courte durée, les soins épisodiques et les soins continus) et mettre davantage l'accent sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures ainsi que la gestion des problèmes de santé mentale courants et des affections chroniques. (suite)

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES	SOURCES DE DONNÉES ACTUELLES OU POTENTIELLES	COMMENTAIRES
25	% des clients ou des patients de 18 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires, qui sont atteints d'affections chroniques et auxquels un organisme de soins de santé primaires a fourni des ressources par l'entremise de groupes d'autogestion ou d'auto-assistance.	Sondage auprès des clients ou des patients	Non		La portée de l'ESCC pourrait être augmentée pour ajouter un module sur la gestion des maladies chroniques.
26	% d'aidants naturels qui ont reçu une assistance de la part des organismes de soins de santé primaires pour assumer leur rôle d'aidants au cours des 12 derniers mois.	Sondage auprès des clients ou des patients	Non		La portée de l'ESCC pourrait être augmentée pour ajouter un module sur la gestion des maladies chroniques.
27	% des clients ou des patients de 18 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires, qui sont atteints d'affections chroniques et qui, au cours de la plupart de leurs visites à leur dispensateur de soins de santé primaires, ont eu suffisamment de temps pour exprimer leurs sentiments, leurs craintes et leurs inquiétudes concernant leur santé.	Sondage auprès des clients ou des patients	Non		La portée de l'ESCC pourrait être augmentée pour ajouter un module sur la gestion des maladies chroniques.
28	% des clients ou des patients de 18 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires, qui sont atteints d'affections chroniques et qui ont activement pris part à l'élaboration d'un programme de traitement avec leur dispensateur de soins de santé primaires au cours des 12 derniers mois.	Sondage auprès des clients ou des patients	Non		La portée de l'ESCC pourrait être augmentée pour ajouter un module sur la gestion des maladies chroniques.



OBJECTIF 4 – Améliorer l'accès 24 heures sur 24, sept jours sur sept, aux soins d'urgence demandés par le patient et communiqués au dispensateur régulier de soins de santé primaires

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES	SOURCES DE DONNÉES ACTUELLES OU POTENTIELLES	COMMENTAIRES
29	% des personnes de 18 ans et plus qui ont eu des difficultés à obtenir des soins immédiats pour un problème de santé urgent mais mineur de leur dispensateur régulier de soins de santé primaires durant la soirée ou le week-end (de 17 h à 21 h du lundi au vendredi, ou de 9 h à 21 h le samedi ou le dimanche), au cours des 12 derniers mois.	Sondage auprès des clients ou des patients	Oui, avec modifications	ESCC*	Ne précise pas le type de dispensateur de soins de santé primaires ni le type d'établissement où les soins ont été reçus. Provient de la section sur l'accès aux services en soins de santé de l'ESCC.
30	% des organismes de soins de santé primaires qui assurent les services à la population en dehors des heures normales d'ouverture (c. à d. hors des heures allant de 9 h à 17 h du lundi au vendredi).	Sondage auprès des organismes	Non		Le sondage national auprès des médecins pourrait être enrichi et modifié pour le calcul partiel des indicateurs en soins de santé primaires pour les MF/OP seulement et les groupes de médecins.
31	Nombre moyen d'heures d'ouverture en dehors des heures normales (c.-à-d. hors des heures allant de 9 h à 17 h du lundi au vendredi) assurées par les organismes de soins de santé primaires, par mois et par organisme.	Sondage auprès des organismes	Non		Le sondage national auprès des médecins pourrait être enrichi et modifié pour le calcul partiel des indicateurs en soins de santé primaires pour les MF/OP seulement et les groupes de médecins.
32	Durée moyenne écoulée, en jours, entre la demande de rendez-vous du client ou du patient avec son dispensateur régulier de soins de santé primaires et le rendez-vous pour un problème de santé urgent mais mineur.	Données Clinico-administrative	Non		Nécessite l'accès aux données sur les rendez-vous en soins de santé primaires.



OBJECTIF 4 – Améliorer l'accès 24 heures sur 24, sept jours sur sept, aux soins d'urgence demandés par le patient et communiqués au dispensateur régulier de soins de santé primaires (suite)

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES	SOURCES DE DONNÉES ACTUELLES OU POTENTIELLES	COMMENTAIRES
33	% des clients ou des patients de 18 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires et qui sont satisfaits du temps d'attente pour obtenir un rendez-vous avec leur dispensateur régulier de soins de santé primaires pour un problème de santé mineur mais urgent.	Sondage auprès des clients ou des patients	Non		
34	% des clients ou des patients de 18 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires et qui sont satisfaits du temps d'attente pour obtenir un rendez-vous avec leur dispensateur régulier de soins de santé primaires pour des soins de routine non urgents.	Sondage auprès des clients ou des patients	Non		

* Veuillez noter que Statistique Canada revoit actuellement la section sur l'accès aux services de santé de l'ESCC. Il est probable que cette section comptera parmi les volets thématiques du sondage dans ses prochaines versions. Les données ne seront donc plus produites tous les deux ans.



OBJECTIF 5 – Offrir des services de soins de santé primaires sûrs et de grande qualité et favoriser une culture d'amélioration de la qualité dans les organismes de soins de santé primaires.

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES	SOURCES DE DONNÉES ACTUELLES OU POTENTIELLES	COMMENTAIRES
35	Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour des soins de courte durée bien que des soins ambulatoires appropriés auraient pu éviter ou réduire l'admission à l'hôpital, par 100 000 personnes de 75 ans et moins.	Données Clinico-administrative	Oui	BDMH	Nécessite l'accès aux données sur les soins de courte durée.
36	% des clients ou des patients de 18 à 64 ans qui reçoivent des soins de santé primaires et qui sont atteints d'un diabète sucré avéré (type 1 et type 2), qui ont eu un infarctus aigu du myocarde, qui ont subi une amputation au-dessus ou au-dessous du genou ou encore qui ont entrepris une dialyse d'entretien au cours des 12 derniers mois.	Données Clinico-administrative	Oui, avec modifications	DAD ou BDMH	Nécessite l'accès aux données sur les soins de courte durée dans les hôpitaux et aux données sur les rendez-vous en soins de santé primaires.
37	% des clients ou des patients de 6 à 55 ans qui reçoivent des soins de santé primaires, qui souffrent d'asthme et qui se sont rendus aux services d'urgence au cours des 12 derniers mois.	Données Clinico-administrative	Oui, avec modifications	SNISA	Nécessite l'accès aux données sur les salles d'urgence des hôpitaux et aux données sur les rendez-vous en soins de santé primaires.
38	% des clients ou des patients de 20 à 75 ans qui reçoivent des soins de santé primaires, qui sont atteints d'insuffisance cardiaque congestive et qui se sont rendus aux services d'urgence pour cette raison au cours des 12 derniers mois.	Données Clinico-administrative	Oui, avec modifications	SNISA	Nécessite l'accès aux données sur les salles d'urgence des hôpitaux et aux données sur les rendez-vous en soins de santé primaires.



**OBJECTIF 5 – Offrir des services de soins de santé primaires sûrs et de grande qualité et favoriser une culture d'amélioration de la qualité dans les organismes de soins de santé primaires
(suite)**

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES	SOURCES DE DONNÉES ACTUELLES OU POTENTIELLES	COMMENTAIRES
39	% des clients ou des patients de 18 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires, qui sont atteints de diabète sucré et dont le dernier taux de HbA1C était de 7,0 % ou moins (ou gamme de référence ou tests équivalents selon le laboratoire local) au cours des 15 derniers mois.	Données Clinico-administrative	Non		Nécessite l'accès aux données de laboratoire et aux données sur les rendez-vous en soins de santé primaires.
40	% des clients ou des patients de 18 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires, qui sont atteints d'hypertension depuis au moins un an et qui font l'objet de vérifications de la tension artérielle pour s'assurer qu'elle reste inférieure à 140/90 mmHg.	Données Clinico-administrative	Non		Nécessite l'accès aux données sur les rendez-vous en soins de santé primaires.
41	% des clients ou des patients de 65 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires et qui ont reçu un vaccin contre la grippe au cours des 12 derniers mois.	Données Clinico-administrative ou sondage auprès des clients ou patients	Non		Nécessite l'accès aux données sur l'immunisation et sur les rendez-vous en soins de santé primaires. L'ESCC pose certaines questions pertinentes, mais une source de données administratives serait préférable.



**OBJECTIF 5 – Offrir des services de soins de santé primaires sûrs et de grande qualité et favoriser une culture d'amélioration de la qualité dans les organismes de soins de santé primaires
(suite)**

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES	SOURCES DE DONNÉES ACTUELLES OU POTENTIELLES	COMMENTAIRES
42	% des clients ou des patients de 65 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires et qui ont reçu un vaccin antipneumococcique.	Données Clinico-administrative	Non		Nécessite l'accès aux données sur l'immunisation et sur les rendez-vous en soins de santé primaires.
43	% des clients ou des patients qui reçoivent des soins de santé primaires et qui ont subi, vers l'âge de trois ans, des tests de dépistage pour des problèmes congénitaux de déplacement de la hanche, de vue et d'audition.	Données Clinico-administrative	Non		Nécessite l'accès aux données sur les rendez-vous en soins de santé primaires.
44	% des clients ou des patients qui reçoivent des soins de santé primaires et qui ont reçu les premiers vaccins d'immunisation exigés vers l'âge de sept ans.	Données Clinico-administrative	Non		Nécessite l'accès aux données sur l'immunisation et sur les rendez-vous en soins de santé primaires.
45	% des clientes ou des patientes qui reçoivent des soins de santé primaires, qui ont donné naissance à un enfant vivant et qui ont bénéficié de conseils relatifs à l'allaitement naturel, de programmes d'éducation et d'un soutien post-partum visant à promouvoir l'allaitement naturel.	Données Clinico-administrative	Non		Nécessite l'accès aux données sur les rendez-vous en soins de santé primaires.
46	% des clientes ou des patientes qui reçoivent des soins de santé primaires, qui sont enceintes ou qui ont accouché et qui ont été examinées en vue de dépister une dépression.	Données Clinico-administrative	Non		Nécessite l'accès aux données sur les rendez-vous en soins de santé primaires.



**OBJECTIF 5 – Offrir des services de soins de santé primaires sûrs et de grande qualité et favoriser une culture d'amélioration de la qualité dans les organismes de soins de santé primaires
(suite)**

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES	SOURCES DE DONNÉES ACTUELLES OU POTENTIELLES	COMMENTAIRES
47	% des clients ou des patients qui reçoivent des soins de santé primaires, qui ont des enfants de moins de deux ans et qui ont reçu de l'information sur la prévention des blessures de l'enfant au sein du domicile.	Données Clinico-administrative	Non		Nécessite l'accès aux données sur les rendez-vous en soins de santé primaires.
48	% des clients ou des patients de 50 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires et qui ont subi un dépistage hémoculte du cancer du côlon au cours des 24 derniers mois.	Données Clinico-administrative	Non		Nécessite l'accès aux données de laboratoire et aux données sur les rendez-vous en soins de santé primaires.
49	% des clientes ou des patientes de 50 à 69 ans qui reçoivent des soins de santé primaires et qui ont subi une mammographie et un examen clinique des seins au cours des 24 derniers mois.	Données Clinico-administrative	Non		Nécessite l'accès aux données d'imagerie diagnostique et aux données sur les rendez-vous en soins de santé primaires. L'ESCC pose certaines questions pertinentes mais une source de données administratives serait préférable.
50	% des clientes ou des patientes de 18 à 69 ans qui reçoivent des soins de santé primaires et qui ont subi un frottis Papanicolaou au cours des trois dernières années.	Données Clinico-administrative	Non		Nécessite l'accès aux données de laboratoire et aux données sur les rendez-vous en soins de santé primaires. L'ESCC pose certaines questions pertinentes mais une source de données administratives serait préférable.



**OBJECTIF 5 – Offrir des services de soins de santé primaires sûrs et de grande qualité et favoriser une culture d'amélioration de la qualité dans les organismes de soins de santé primaires
(suite)**

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES	SOURCES DE DONNÉES ACTUELLES OU POTENTIELLES	COMMENTAIRES
50	% des clientes ou des patientes de 18 à 69 ans qui reçoivent des soins de santé primaires et qui ont subi un frottis Papanicolaou au cours des trois dernières années.	Données Clinico-administrative	Non		Nécessite l'accès aux données de laboratoire et aux données sur les rendez-vous en soins de santé primaires. L'ESCC pose certaines questions pertinentes mais une source de données administratives serait préférable.
51	% des clientes ou des patientes de 65 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires et qui ont subi un dépistage de baisse de la densité minérale osseuse au moins une fois.	Données Clinico-administrative	Non		Nécessite l'accès aux données d'imagerie diagnostique et aux données sur les rendez-vous en soins de santé primaires.
52	% des clientes ou des patientes de 55 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires et dont le profil lipidique à jeun a été établi au cours des 24 derniers mois.	Données Clinico-administrative	Non		Nécessite l'accès aux données de laboratoire et aux données sur les rendez-vous en soins de santé primaires.
53	% des clients ou des patients de sexe masculin de 40 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires et dont le profil lipidique à jeun a été établi au cours des 24 derniers mois.	Données Clinico-administrative	Non		Nécessite l'accès aux données de laboratoire et aux données sur les rendez-vous en soins de santé primaires.
54	% des clients ou des patients de 18 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires et dont la tension artérielle a été mesurée au cours des 24 derniers mois.	Données Clinico-administrative	Non		Nécessite l'accès aux données sur les rendez-vous en soins de santé primaires.



**OBJECTIF 5 – Offrir des services de soins de santé primaires sûrs et de grande qualité et favoriser une culture d'amélioration de la qualité dans les organismes de soins de santé primaires
(suite)**

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES	SOURCES DE DONNÉES ACTUELLES OU POTENTIELLES	COMMENTAIRES
55	% des clients ou des patients de 18 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires, qui sont atteints de coronaropathie et qui ont subi les tests annuels suivants au cours des 12 derniers mois : <ul style="list-style-type: none"> • évaluation du taux de glycémie à jeun; • établissement du profil lipidique à jeun; • mesure de la tension artérielle; • dépistage de l'obésité ou du surpoids. 	Données clinicat administratives	Non		Nécessite l'accès aux données de laboratoire et aux données sur les rendez-vous en soins de santé primaires.
56	% des clients ou des patients de 18 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires, qui sont atteints d'hypertension et qui ont subi les tests annuels suivants au cours des 12 derniers mois : <ul style="list-style-type: none"> • évaluation du taux de glycémie à jeun; • établissement du profil lipidique à jeun; • dépistage de dysfonctionnements rénaux (p. ex. créatinémie); • mesure de la tension artérielle; • dépistage de l'obésité ou du surpoids. 	Données clinicat administratives	Non		Nécessite l'accès aux données de laboratoire et aux données sur les rendez-vous en soins de santé primaires.



**OBJECTIF 5 – Offrir des services de soins de santé primaires sûrs et de grande qualité et favoriser une culture d'amélioration de la qualité dans les organismes de soins de santé primaires
(suite)**

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES	SOURCES DE DONNÉES ACTUELLES OU POTENTIELLES	COMMENTAIRES
57	% des clients ou des patients de 18 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires, qui sont atteints de diabète sucré et qui ont subi les tests annuels suivants au cours des 12 derniers mois : <ul style="list-style-type: none"> • évaluation du taux d'hémoglobine A1c (HBA1c); • établissement du profil lipidique à jeun; • dépistage de la néphropathie (p. ex. rapport albumine-créatine, microalbuminurie); • mesure de la tension artérielle (TA); • dépistage de l'obésité ou du surpoids. 	Données clinico-administratives	Non		Nécessite l'accès aux données de laboratoire et aux données sur les rendez-vous en soins de santé primaires. Certaines données pourraient être puisées dans la section sur les soins préventifs contre le diabète de l'ESCC (contenu facultatif), mais une source de données administratives serait préférable.
58	% des clients ou des patients de 18 à 75 ans qui reçoivent des soins de santé primaires, qui sont atteints de diabète sucré et qui ont vu un optométriste ou un ophtalmologiste au cours des 24 derniers mois.	Données clinico-administratives	Non		Nécessite l'accès aux données de référence et aux données sur les rendez-vous en soins de santé primaires. Certaines données pourraient être puisées dans la section sur les soins préventifs contre le diabète de l'ESCC (contenu facultatif), mais une source de données administratives serait préférable.



**OBJECTIF 5 – Offrir des services de soins de santé primaires sûrs et de grande qualité et favoriser une culture d'amélioration de la qualité dans les organismes de soins de santé primaires
(suite)**

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES	SOURCES DE DONNÉES ACTUELLES OU POTENTIELLES	COMMENTAIRES
59	% des clients ou des patients de 6 à 55 ans qui reçoivent des soins de santé primaires, qui souffrent d'asthme, qui ont reçu de fortes doses (plus de quatre contenants) d'agoniste bêta-2 de courte durée (SABA) au cours des 12 derniers mois ET à qui des médicaments de prévention ou de contrôle ont été prescrits (p. ex. inhalation de corticostéroïdes).	Données clinico-administratives	Non		Nécessite l'accès aux données sur les médicaments d'ordonnance et aux données sur les rendez-vous en soins de santé primaires.
60	% des clients ou des patients de 18 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires, qui sont atteints d'insuffisance cardiaque congestive et qui utilisent des inhibiteurs ECA ou des ARA.	Données clinico-administratives	Non		Nécessite l'accès aux données sur les médicaments d'ordonnance et aux données sur les rendez-vous en soins de santé primaires.
61	% des clients ou des patients de 18 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires, qui souffrent de coronaropathie avérée avec taux élevé de cholestérol LDL C (c.-à-d. supérieur à 2,5 mmol/L) et qui ont reçu des conseils sur leur mode de vie ou des médicaments hypolipémiants.	Données clinico-administratives	Non		Nécessite l'accès aux données de laboratoire, aux données sur les médicaments d'ordonnance et aux données sur les rendez-vous en soins de santé primaires.
62	% des clients ou des patients qui reçoivent des soins de santé primaires, qui ont subi un IAM et auxquels un médicament bêtabloquant est actuellement prescrit.	Données clinico-administratives	Non		Nécessite l'accès aux données sur les médicaments d'ordonnance et aux données sur les rendez-vous en soins de santé primaires.



**OBJECTIF 5 – Offrir des services de soins de santé primaires sûrs et de grande qualité et favoriser une culture d'amélioration de la qualité dans les organismes de soins de santé primaires
(suite)**

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES	SOURCES DE DONNÉES ACTUELLES OU POTENTIELLES	COMMENTAIRES
63	% des clients ou des patients qui reçoivent des soins de santé primaires, qui souffrent de dépression, qui prennent des médicaments antidépresseurs sous la surveillance d'un dispensateur de soins de santé primaires. Le dispensateur aura fourni le nom d'une personne-ressource pour assurer le suivi dans les deux semaines après le début du traitement antidépresseur.	Données clinico-administratives	Non		Nécessite l'accès aux données sur les médicaments d'ordonnance et aux données sur les rendez-vous en soins de santé primaires.
64	% des clients ou des patients de 18 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires, qui souffrent de dépression et auxquels il a été proposé un traitement (médicamenteux et non médicamenteux) ou qui ont été orientés vers un dispensateur de soins de santé mentale.	Données clinico-administratives	Non		Nécessite l'accès aux données sur les médicaments d'ordonnance et aux données sur les rendez-vous en soins de santé primaires.
65	% des clients ou des patients de 18 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires, qui sont atteints de trouble panique ou de trouble anxieux généralisé et auxquels il a été proposé un traitement (médicamenteux et non médicamenteux) ou qui ont été orientés vers un dispensateur de soins de santé mentale.	Données clinico-administratives	Non		Nécessite l'accès aux données sur les médicaments d'ordonnance et aux données sur les rendez-vous en soins de santé primaires.



**OBJECTIF 5 – Offrir des services de soins de santé primaires sûrs et de grande qualité et favoriser une culture d'amélioration de la qualité dans les organismes de soins de santé primaires
(suite)**

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES	SOURCES DE DONNÉES ACTUELLES OU POTENTIELLES	COMMENTAIRES
66	% des clients ou des patients qui reçoivent des soins de santé primaires, qui ont des problèmes de consommation de médicaments sur ordonnance ou de drogues illicites, et auxquels il a été proposé un traitement, en ont reçu un ou ont été orientés vers un traitement par un dispensateur de soins de santé primaires.	Données clinico-administratives	Non		Nécessite l'accès aux données sur les rendez-vous en soins de santé primaires.
67	% des dispensateurs de soins de santé primaires dont l'organisme de soins de santé primaires dispose de processus et de structures visant à favoriser une approche non punitive de réduction des incidents médicamenteux.	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Non		
68	% des organismes de soins de santé primaires qui utilisent actuellement un système électronique de prescription ou de commande de médicaments tenant compte des alertes médicamenteuses propres aux clients ou aux patients.	Sondage auprès des organismes	Non		Le sondage national auprès des médecins pourrait être enrichi et modifié pour le calcul partiel des indicateurs en soins de santé primaires pour les MF/OP seulement et les groupes de médecins.
69	% des organismes de soins de santé primaires qui ont mis en œuvre au moins une modification de leur pratique clinique à la suite de projets d'amélioration de la qualité au cours des 12 derniers mois.	Sondage auprès des organismes	Non		Le sondage national auprès des médecins pourrait être enrichi et modifié pour le calcul partiel des indicateurs en soins de santé primaires pour les MF/OP seulement et les groupes de médecins.



**OBJECTIF 5 – Offrir des services de soins de santé primaires sûrs et de grande qualité et favoriser une culture d'amélioration de la qualité dans les organismes de soins de santé primaires
(suite)**

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES	SOURCES DE DONNÉES ACTUELLES OU POTENTIELLES	COMMENTAIRES
70	% des organismes de soins de santé primaires qui disposent d'un processus prévoyant la consignation d'une liste à jour des médicaments et des problèmes des clients ou des patients dans les dossiers cliniques.	Sondage auprès des organismes	Non		Le sondage national auprès des médecins pourrait être enrichi et modifié pour le calcul partiel des indicateurs en soins de santé primaires pour les MF/OP seulement et les groupes de médecins.
71	% des clients ou des patients qui reçoivent des soins de santé primaires et indiquent que leur dispensateur régulier de soins de santé primaires (p. ex. médecin de famille, omnipraticien, infirmière praticienne) ne leur a PAS expliqué les effets secondaires des médicaments au moment où il les a prescrits au cours des 12 derniers mois.	Sondage auprès des clients ou des patients	Non		
72	% des dispensateurs de soins de santé primaires et du personnel de soutien que l'organisme a aidé pour participer à une formation professionnelle continue au cours des 12 derniers mois, selon le type de dispensateur de soins de santé primaires et de personnel de soutien.	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Oui, partiellement avec modifications	Sondage national auprès des médecins et ENTSPI	Disponible uniquement pour les MF/OP et les infirmières si des modifications sont apportées aux sondages existants.



OBJECTIF 6 – S'assurer que les soins de santé primaires sont adaptés aux patients et qu'ils répondent à leurs attentes raisonnables en matière de traitement.

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES	SOURCES DE DONNÉES ACTUELLES OU POTENTIELLES	COMMENTAIRES
73	% des clients ou des patients de 18 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires et qui sont satisfaits des soins reçus de leur dispensateur régulier de soins de santé primaires au cours des 12 derniers mois.	Sondage auprès des clients ou des patients	Oui, calcul partiel	ESCC*	Disponible uniquement pour les médecins de famille et les omnipraticiens. Données puisées dans la section sur la satisfaction des patients de l'ESCC.
74	% des personnes de 18 ans et plus qui sont satisfaites de l'information ou des conseils sur la santé reçus par téléphone au cours des 12 derniers mois.	Sondage auprès des clients ou des patients	Oui	ESCC*	Données puisées dans la section sur la satisfaction des patients de l'ESCC.
75	% des clients ou des patients de 18 ans et plus qui recommanderaient leur dispensateur régulier de soins de santé primaires à leur famille ou à leurs amis.	Sondage auprès des clients ou des patients	Non		
76	% des clients ou des patients de 18 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires et qui ont participé au processus décisionnel clinique concernant leur santé avec leur dispensateur régulier de soins de santé primaires au cours des 12 derniers mois.	Sondage auprès des clients ou des patients	Non		

* Veuillez noter que Statistique Canada revoit actuellement la section sur la satisfaction des patients de l'ESCC. Il est probable que cette section comptera parmi les volets thématiques du sondage dans ses prochaines versions. Les données ne seront donc plus produites tous les deux ans.



OBJECTIF 6 — S'assurer que les soins de santé primaires sont adaptés aux patients et qu'ils répondent à leurs attentes raisonnables en matière de traitement (suite)

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES	SOURCES DE DONNÉES ACTUELLES OU POTENTIELLES	COMMENTAIRES
77	% des clients ou des patients qui sont satisfaits du niveau de respect de la vie privée assuré par leur organisme de soins de santé primaires (p. ex. personnel d'accueil, cliniciens des salles d'examen) au cours des 12 derniers mois.	Sondage auprès des clients ou des patients	Non		
78	% des clients ou des patients de 18 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires et qui se sont heurtés à une barrière linguistique avec leur dispensateur régulier de soins de santé primaires au cours des 12 derniers mois.	Sondage auprès des clients ou des patients	Non		



OBJECTIF 7 – Faciliter l'intégration et la coordination entre les établissements et les dispensateurs de soins afin d'assurer la continuité des soins et de l'information

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES	SOURCES DE DONNÉES ACTUELLES OU POTENTIELLES	COMMENTAIRES
79	% des organismes de soins de santé primaires qui coordonnent les soins aux clients ou aux patients avec d'autres organismes de soins de santé grâce à des protocoles cliniques ou à des outils d'évaluation normalisés.	Sondage auprès des organismes	Non		Le sondage national auprès des médecins pourrait être enrichi et modifié pour le calcul partiel des indicateurs en soins de santé primaires pour les MF/OP seulement et les groupes de médecins.
80	% des organismes de soins de santé primaires qui ont des ententes de soins conjoints avec d'autres organismes de soins de santé.	Sondage auprès des organismes	Non		Le sondage national auprès des médecins pourrait être enrichi et modifié pour le calcul partiel des indicateurs en soins de santé primaires pour les MF/OP seulement et les groupes de médecins.
81	% des organismes de soins de santé primaires qui ont des ententes de soins conjoints avec des dispensateurs ou des organismes œuvrant dans des secteurs autres que celui de la santé (p. ex. logement, justice, police, éducation, etc.).	Sondage auprès des organismes	Non		Le sondage national auprès des médecins pourrait être enrichi et modifié pour le calcul partiel des indicateurs en soins de santé primaires pour les MF/OP seulement et les groupes de médecins.
82	% des clients ou des patients de 18 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires et qui estiment avoir subi des tests médicaux non nécessaires au cours des 12 derniers mois, car ils les avaient déjà subis.	Sondage auprès des clients ou des patients	Non		



OBJECTIF 7 – Faciliter l'intégration et la coordination entre les établissements et les dispensateurs de soins afin d'assurer la continuité des soins et de l'information (suite)

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES	SOURCES DE DONNÉES ACTUELLES OU POTENTIELLES	COMMENTAIRES
83	% des médecins de famille, des omnipraticiens, ou des infirmières praticiennes qui dispensent des soins de santé primaires et qui ont répété des tests parce que les premiers résultats n'étaient pas disponibles au cours du dernier mois.	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Non		La portée du sondage national auprès des médecins pourrait être enrichie pour obtenir des données pour les médecins de famille et les omnipraticiens en soins de santé primaires.
84	% des dispensateurs de soins de santé primaires qui, au moment de la prestation des soins, disposaient le plus souvent de toute l'information nécessaire (données démographiques et cliniques essentielles) au cours des 12 derniers mois.	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Non		La portée du sondage national auprès des médecins pourrait être enrichie pour obtenir des données pour les médecins de famille et les omnipraticiens en soins de santé primaires.



MESURE D'APPUI 1. Ressources humaines de la santé suffisantes pour répondre aux besoins en matière de soins de santé primaires.

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES	SOURCES DE DONNÉES ACTUELLES OU POTENTIELLES	COMMENTAIRES
85	% des dispensateurs de soins de santé primaires à temps plein (ETP) par 100 000 personnes, par type de dispensateur de soins de santé primaires.	Autre source administrative	Oui, calcul partiel	Base de données médicales Scott's, BDNM	Disponible uniquement pour les médecins de famille et les omnipraticiens.
86	Ratio de dispensateurs de soins de santé primaires qui sont entrés sur le marché du travail ou l'ont quitté au cours des 12 derniers mois, par type de dispensateur de soins de santé primaires.	Autre source administrative	Oui, calcul partiel	Base de données médicales Scott's, BDNM	Disponible uniquement pour les médecins de famille et les omnipraticiens.
87	% des organismes de soins de santé primaires qui acceptent de nouveaux clients ou patients.	Sondage auprès des organismes	Non		Le sondage national auprès des médecins pourrait être enrichi et modifié pour obtenir des données sur les MF/OP qui travaillent seuls et les médecins en soins de santé primaires qui travaillent en groupe.
88	% des dispensateurs de soins de santé primaires qui estiment utiliser la totalité de leurs compétences, par type de dispensateur de soins de santé primaires.	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Oui, calcul partiel avec modifications	Sondage national auprès des médecins et ENTSP	Disponible uniquement pour les MF/OP et les infirmières si des modifications sont apportées au sondage.



**MESURE D'APPUI 1. Ressources humaines de la santé suffisantes pour répondre
aux besoins en matière de soins de santé primaires (suite)**

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES	SOURCES DE DONNÉES ACTUELLES OU POTENTIELLES	COMMENTAIRES
89	% des dispensateurs de soins de santé primaires qui se disent satisfaits des dispositions prises pour assurer leur sécurité au travail, par type de dispensateur de soins de santé primaires.	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Non		La portée du sondage national auprès des médecins pourrait être augmentée pour obtenir des données sur les médecins de famille et les omnipraticiens en soins de santé primaires. Pour les infirmières, ces données pourraient être puisées dans l'ENTSPI.
90	% des dispensateurs de soins de santé primaires qui ont subi un accident sur le lieu de travail au cours des 12 derniers mois, par type de dispensateur de soins de santé primaires.	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Oui, calcul partiel	Sondage national auprès des médecins et ENTSPi	Données disponibles pour les infirmières uniquement. Pour les MF/OP avec des modifications aux sondages.
91	% des dispensateurs de soins de santé primaires qui ont dû s'absenter du travail pour cause d'épuisement (durant 2 semaines ou plus) au cours des 12 derniers mois, par type de dispensateur de soins de santé primaires.	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Oui, calcul partiel avec modifications	Sondage national auprès des médecins et ENTSPi	Disponible uniquement pour les MF/OP et les infirmières si des modifications sont apportées au sondage.
92	% des dispensateurs de soins de santé primaires qui se disent satisfaits de leur équilibre travail-vie personnelle au cours des 12 derniers mois, par type de dispensateur de soins de santé primaires.	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Oui, calcul partiel	Sondage national auprès des médecins et ENTSPi	Pour les MF/OP seulement. Pour les infirmières, des modifications doivent être apportées au sondage.
93	% des régions sanitaires qui procèdent actuellement à la mise en œuvre d'un plan visant à combler leurs besoins en ressources humaines de soins de santé primaires.	Sondage auprès des organismes	Non		La création d'un sondage sur les régions sanitaires serait nécessaire.



MESURE D'APPUI 2 — Équipes de soins de santé primaires interdisciplinaires.

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES	SOURCES DE DONNÉES ACTUELLES OU POTENTIELLES	COMMENTAIRES
94	% des personnes qui ont reçu des soins de santé primaires d'un organisme de soins de santé primaires interdisciplinaire au cours des 12 derniers mois.	Sondage auprès des clients ou des patients	Oui, avec modifications	ESCC*	Disponible uniquement pour les médecins de famille et les omnipraticiens. Données puisées dans la section sur l'accès aux services de soins de santé de l'ESCC.
95	% des médecins de famille ou des omnipraticiens qui travaillent seuls et dont la pratique consiste avant tout à dispenser des soins de santé primaires.	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Oui	Sondage national auprès des médecins	
96	% des médecins de famille ou des omnipraticiens dont la pratique consiste avant tout à dispenser des soins de santé primaires avec un groupe de médecins.	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Oui	Sondage national auprès des médecins	
97	% des dispensateurs de soins de santé primaires (MF, OM, IP) dont la pratique consiste avant tout à œuvrer au sein d'une équipe ou d'un réseau de soins de santé primaires interdisciplinaire, par type de dispensateur de soins de santé primaires.	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Oui, calcul partiel, avec modifications	Sondage national auprès des médecins et ENTSPI	Disponible uniquement pour les MF/OP et les infirmières si des modifications sont apportées aux sondages.
98	% des clients ou des patients qui reçoivent des soins de santé primaires et qui indiquent que la gamme de services offerte par leur organisme de soins de santé primaires répond à leurs besoins.	Sondage auprès des clients ou des patients	Non		



MESURE D'APPUI 2 — Équipes de soins de santé primaires interdisciplinaires (suite)

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES	SOURCES DE DONNÉES ACTUELLES OU POTENTIELLES	COMMENTAIRES
99	<p>Cote moyenne de l'efficacité du travail en équipe fondée sur les facteurs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • solide leadership; • objectifs clairs partagés par tous les membres de l'équipe; • mécanismes de travail au sein de la collectivité et avec celle-ci; • accent sur la qualité des soins; • objectifs axés sur le client ou le patient; • communication efficiente et efficace; • variété adéquate de dispensateurs de soins; • processus de résolution des conflits; • perfectionnement professionnel interdisciplinaire; • prise de décisions en commun; • bonne compréhension du champ d'activité et du rôle de l'équipe. 	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Non		Le sondage national auprès des médecins pourrait être développé pour le calcul partiel des indicateurs relatifs aux MF/OP qui fournissent des soins de santé primaires.



MESURE D'APPUI 3 — Technologie de l'information adaptée aux soins de santé primaires et assurant un lien entre les organismes de soins de santé primaires et le reste du système de santé.

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES	SOURCES DE DONNÉES ACTUELLES OU POTENTIELLES	COMMENTAIRES
100	% des organismes de soins de santé primaires qui utilisent principalement des systèmes électroniques pour exécuter leurs tâches professionnelles.	Sondage auprès des organismes	Non		Le sondage national auprès des médecins pourrait être développé et modifié pour le calcul partiel des indicateurs en soins de santé primaires relatifs aux MF/OP qui travaillent seuls et les médecins qui travaillent en groupes.
101	% des organismes de soins de santé primaires qui emploient divers moyens de communication électronique pour échanger l'information sur les soins de santé avec d'autres dispensateurs de soins de santé primaires.	Sondage auprès des organismes	Non		Le sondage national auprès des médecins pourrait être développé et modifié pour le calcul partiel des indicateurs en soins de santé primaires relatifs aux MF/OP qui travaillent seuls et les médecins qui travaillent en groupes.
102	% des organismes de soins de santé primaires qui disposent de moyens de communication électronique bidirectionnelle (hormis le télécopieur et le téléphone) avec d'autres organismes de soins de santé (p. ex. hôpitaux, organismes communautaires de santé mentale, établissements de soins de longue durée, organismes de santé publique).	Sondage auprès des organismes	Non		Le sondage national auprès des médecins pourrait être développé et modifié pour le calcul partiel des indicateurs en soins de santé primaires relatifs aux MF/OP qui travaillent seuls et les médecins qui travaillent en groupes.



MESURE D'APPUI 4 — Affectation des ressources de soins de santé primaires en fonction des besoins.

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES	SOURCES DE DONNÉES ACTUELLES OU POTENTIELLES	COMMENTAIRES
103	<p>Coûts opérationnels par habitant dans le cadre des services de soins de santé primaires au cours des 12 derniers mois pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les ressources humaines de la santé : <ul style="list-style-type: none"> – les omnipraticiens ou les médecins de famille; – les infirmières praticiennes; – les autres dispensateurs de soins de santé primaires; • les fournitures; • l'équipement; • l'administration et les frais généraux; • autres : • _____. 	Autre source administrative	Non		Nécessite l'accès aux données sur les dépenses de santé.



MESURE D'APPUI 5 — Modes de rémunération des dispensateurs qui respectent les objectifs en matière de soins de santé primaires.

NUMÉRO D'INDICATEUR	DÉFINITION DES INDICATEURS	SOURCE DE DONNÉES POTENTIELLE	DISPONIBILITÉ ACTUELLE DE LA SOURCE DE DONNÉES	SOURCES DE DONNÉES ACTUELLES OU POTENTIELLES	COMMENTAIRES
104	% des dispensateurs de soins de santé primaires qui ont principalement été rémunérés selon les modes suivants au cours des 12 derniers mois, par type de dispensateur : <ul style="list-style-type: none"> • rémunération à l'acte; • salaire; • capitation; • système mixte. 	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Oui, calcul partiel	Sondage national auprès des médecins	Disponible uniquement pour les médecins de famille et les omnipraticiens.
105	% moyen du revenu des dispensateurs de soins de santé primaires provenant de chacun des modèles de financement des soins de santé primaires suivants, par exercice financier et par type de dispensateur de soins de santé primaires : <ul style="list-style-type: none"> • rémunération à l'acte; • salaire; • capitation; • système mixte. 	Sondage auprès des dispensateurs de soins	Oui, calcul partiel	Sondage national auprès des médecins	Disponible uniquement pour les médecins de famille et les omnipraticiens.

MESURE D'APPUI 6 — Soutien continu des responsables de l'élaboration des politiques à l'égard des soins de santé primaires

Une autre démarche analytique s'impose pour toutes les questions incluses dans la mesure d'appui 6.



Annexe E

Liste des organismes sondés et des informateurs clés interviewés

Cette annexe contient une liste des organismes et des personnes qui ont accepté de se soumettre à une entrevue durant la phase de rassemblement de l'information du projet.

A) Survol international

PAYS	ORGANISMES INTERVIEWÉS
Australie	Australian General Practice Statistics and Classification Centre et le projet Bettering the Evaluation and Care of Health (BEACH)
	Australian Primary Health Care Research Institute (APHCRI)
	Primary Health Care Research and Information Service Flinders University
Pays-Bas	Netherlands Institute for Health Services Research (NIVEL)
Nouvelle-Zélande	New Zealand Ministry of Health, Primary Health Organization (PHO) Performance Management Programmes
Royaume-Uni	Health Care Commission
États-Unis	National Committee for Quality Assurance (NCQA) – Le programme Health Plan Employer Data and Information Set (HEDIS)



B) Survol pancanadien

ORGANISMES INTERVIEWÉS	SOURCES DE DONNÉES EXAMINÉES
Inforoute Santé du Canada	Diverses initiatives
Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)	Base de données sur les congés des patients (DAD)
	Projet de développement de bases de données sur les ressources humaines de la santé (BD-RHS)
	Base de données sur la morbidité hospitalière (HMDB)
	Base de données sur les infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés (BDIIAA)
	Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA)
	Base de données nationale sur les médecins (BDNM)
	Sondage national auprès des médecins
	Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP)
	Base de données sur les infirmières et infirmiers autorisés (BDIIA)
	Base de données médicales Scott's
Santé Canada/Agence de santé publique du Canada	Réseau canadien des registres d'immunisation (RCRI)
	Système national de surveillance du diabète (SNSD)
Statistique Canada	Registre des entreprises
	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)
	Enquête canadienne sur les mesures de la santé (ECMS)
	Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ)
	Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP)
	Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA)



C) Surveys provinciales et territoriales

PROVINCE	ORGANISMES INTERVIEWÉS	SOURCES DE DONNÉES EXAMINÉES
Alberta	Gouvernement de l'Alberta, Alberta Health and Wellness	Régime d'assurance-maladie de l'Alberta, Médecins et infirmières
		Alberta Blue Cross
	Health Quality Council of Alberta	Satisfaction with Health Care Services. A Survey of Albertans 2004
Colombie-Britannique	Gouvernement de la Colombie-Britannique, Ministry of Health	Régime d'assurance médicale de la Colombie-Britannique
		British Columbia Pharmacare
		British Columbia Pharmanet
Manitoba	Gouvernement du Manitoba, Santé Manitoba	Demandes de remboursement des médecins du Manitoba
		Données sur les sages-femmes du Manitoba
		Manitoba Pharmacare
		Manitoba Drug Programs Information Network (DPIN)
Nouveau-Brunswick	Gouvernement du Nouveau-Brunswick, Ministère de la Santé et du Mieux-être	Demandes de remboursement des médecins du Nouveau-Brunswick
		New Brunswick Perkingie
		New Brunswick Claimnet
		New Brunswick Community Health Centre Patient Survey
		New Brunswick Community Health Centre Provider Survey
Terre-Neuve-et-Labrador	Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, Department of Health and Community Services	Newfoundland Medical Care Plan
		Newfoundland Client and Referral Management System
		Données sur médicaments d'ordonnance à Terre-Neuve
		Sondage sur la satisfaction des clients ou patients à Terre-Neuve et Labrador
		Newfoundland Team Effectiveness Tool
		Newfoundland Scope of Practice



C) Surveys provinciales et territoriales (suite)

PROVINCE	ORGANISMES INTERVIEWÉS	SOURCES DE DONNÉES EXAMINÉES
Terre-Neuve-et-Labrador (suite)	Newfoundland and Labrador Centre for Health Information	Newfoundland and Labrador Diabetes Collaborative
		Système d'identification unique du patient et registre des clients
	Newfoundland and Labrador Statistics Agency	Newfoundland Community Accounts
Territoires du Nord-Ouest	Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, Department of Health and Social Services	Demandes de remboursement des médecins des Territoires du Nord-Ouest
		Northwest Territories Territorial Hospital Information System
		Northwest Territories Health Suite
		Northwest Territories Prescription Drug and Dental Benefits
Nouvelle-Écosse	Gouvernement de la Nouvelle-Écosse, Department of Health	Nova Scotia Medicare
		Nova Scotia Pharmacare
	Gouvernement de la Nouvelle-Écosse, Department of Finance	Nova Scotia Community Counts
Nunavut	Gouvernement du Nunavut, Department of Health and Social Services	Nunavut Physician Billing Data
		Nunavut Community Health Reporting Database
		Nunavut Prescription Drug Program
Ontario	Gouvernement de l'Ontario, ministère de la Santé et des Soins de longue durée	Ontario Health Insurance Plan
		Programme de médicaments de l'Ontario
		CHC MIS Program Evaluation System
		Physician Group Record Database
		Corporate Provider Database (CPDB)
		Laboratory Inspection and Licensing Information Database (LILI)
		Laboratory (LABRYNTH) System



C) Surveys provinciales et territoriales (suite)

PROVINCE	ORGANISMES INTERVIEWÉS	SOURCES DE DONNÉES EXAMINÉES
Ontario (suite)		Ontario Health Insurance Plan
		Programme de médicaments de l'Ontario
		CHC MIS Program Evaluation System
		Physician Group Record Database
		Corporate Provider Database (CPDB)
		Laboratory Inspection and Licensing Information Database (LILI)
		Laboratory (LABRYNTH) System
		Ontario Health Insurance Plan
		Programme de médicaments de l'Ontario
Île-du-Prince-Édouard	Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard, Ministry of Health	Données de facturation des médecins de l'Île-du-Prince-Édouard
		Prince Edward Island Drug Cost Assistance Formulary
		Prince Edward Island A1C Data
		Sondage auprès des patients de l'Île-du-Prince-Édouard
		Sondage auprès des dispensateurs de l'Île-du-Prince-Édouard
		Sondage auprès des organismes de l'Île-du-Prince-Édouard
Saskatchewan	Gouvernement de la Saskatchewan, Saskatchewan Health	Saskatchewan's Medical Services Dataset
		Saskatchewan's Prescription Drug Dataset
		Saskatchewan's Prescription Information Program (PIP)
		Saskatchewan Client Satisfaction Survey
		Saskatchewan Team Effectiveness Tool
		Saskatchewan's Primary Health Services Qualitative Questionnaire
		Saskatchewan's Primary Health Services Program Description Form



C) Survols provinciaux et territoriaux (suite)

PROVINCE	ORGANISMES INTERVIEWÉS	SOURCES DE DONNÉES EXAMINÉES
Yukon	Gouvernement du Yukon, Department of Health and Social Services	Yukon Health Care Insurance Plan (YHCIP)
		Yukon Drug Claims System

D) Entrevues auprès de personnes-ressources

PERSONNE INTERVIEWÉE	TITRE	ORGANISME/AFFILIATION
Bob Bernstein	Professeur en médecine familiale et directeur médical	Medical Informatics Research Group, Department of Family Medicine, University of Ottawa et Directeur médical – Elisabeth Bruyere Pavilion, Family Medicine Centre
Lynnette Nilan	Directrice – mesures de rendement	Veterans Health Administration, É.-U.
Morgan Price	Professeur adjoint d'enseignement clinique et enseignant principal	Faculty for Informatics, UBC Family Medicine
Matt Stiefel	Directeur exécutif associé	Care Management Institute, Kaiser-Permanente, É.-U.
Sandra Tomkins	Analyste principale des politiques	Division des soins de santé primaires et continus Santé Canada



Annexe F

Liste des participants au projet d'élaboration d'indicateurs de soins de santé primaires et leur mode de participation

NOM	PRÉNOM	ORGANISME/ AFFILIATION	PARTICIPATION AUX GROUPES DE TRAVAIL ** OU AU COMITÉ CONSULTATIF	PRÉSENCE AUX CONFÉRENCES CONSENSUELLES	PARTICIPATION AU SONDAGE SUR LE PROCESSUS DELPHI MODIFIÉ
Achilles	Sheila	Saskatoon Health Region	-	Participation à la deuxième conférence	Oui
Armstrong	Pat	York University	-	Participation à la première conférence	-
Austin	Stephanie	Santé Canada	-	Participation à la deuxième conférence	Oui
Barnes	Marsha	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario	Comité consultatif	-	-
Barre	Louis	Santé Manitoba	-	Participation à la première conférence	-
Barrett	Juanita	Terre-Neuve-et-Labrador, Department of Health and Community Services	Comité consultatif	Participation aux deux conférences	Oui
Belhadji	Bachir	Santé Canada	Comité consultatif, Groupe B, Infrastructure de collecte de données	Participation à la deuxième conférence	Oui
Bergman	June	University of Calgary	Groupe C (responsable)	Participation aux deux conférences	Oui



**Rapport 2 : Améliorer l'infrastructure de collecte de données
sur les soins de santé primaires au Canada**

NOM	PRÉNOM	ORGANISME/ AFFILIATION	PARTICIPATION AUX GROUPES DE TRAVAIL** OU AU COMITÉ CONSULTATIF	PRÉSENCE AUX CONFÉRENCES CONSENSUELLES	PARTICIPATION AU SONDAGE SUR LE PROCESSUS DELPHI MODIFIÉ
Booth	Hazel	Yukon Department of Health and Social Services	Groupe B	Participation à la deuxième conférence	Oui
Boyne	John	Ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau- Brunswick	Groupe A	Participation à la première conférence	Oui
Brauer	Paula	University of Guelph	-	Participation à la deuxième conférence	Oui
Briggs	Tom	Howard Research and Management Consulting Inc.	-	Participation à la deuxième conférence	Oui
Broemeling	Anne-Marie	Interior Health Authority	Groupe A	Participation aux deux conférences	Oui
Burnett	Dawn	Association canadienne de physiothérapie	-	-	Oui
Bustros	Jeanine	Santé Canada	Comité consultatif	Participation à la deuxième conférence	Oui
Cadotte	Barbara	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario	-	-	Oui
Cesa	Frank	Conseil canadien de la santé	-	Participation à la deuxième conférence	Oui
Charlton	Pat	Prince Edward Island Ministry of Health	-	Participation à la deuxième conférence	Oui
Chaudhuri	Nandita	Saskatchewan Health	Comité consultatif*	Participation à la première conférence	-
Coady	Regina	Newfoundland and Labrador Department of Health and Community Services	Groupe D	Participation aux deux conférences	Oui



**Rapport 2 : Améliorer l'infrastructure de collecte de données
sur les soins de santé primaires au Canada**

NOM	PRÉNOM	ORGANISME/ AFFILIATION	PARTICIPATION AUX GROUPES DE TRAVAIL** OU AU COMITÉ CONSULTATIF	PRÉSENCE AUX CONFÉRENCES CONSENSUELLES	PARTICIPATION AU SONDAGE SUR LE PROCESSUS DELPHI MODIFIÉ
Darcovich	Nancy	Statistique Canada	Comité consultatif, Groupe A	Participation aux deux conférences	Oui
Dean	Christopher	Conseil canadien d'agrément des services de santé	-	Participation à la première conférence	-
DeHart	Lindsay	Yukon Department of Health and Social Services	Groupe B	Participation à la première conférence	-
Dietrich	Linda	Les diététistes du Canada	-	-	Oui
El-Jardali	Fadi	Conseil canadien de la santé	-	Participation à la première conférence	-
Forth	Mehrún	Gouvernement du Nunavut, Department of Health and Social Services	Groupe C	Participation à la deuxième conférence	Oui
Fronzi	Lucy	Group Health Centre	Groupe B	Participation aux deux conférences	Oui
Gass	David	Dalhousie University	Groupe C	Participation aux deux conférences	Oui
Grace	Melanie	Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux	Comité consultatif	Participation à la deuxième conférence	Oui
Greeley	Gogi	Gouvernement du Nunavut, Department of Health and Social Services	-	Participation à la première conférence	-
Groff	Phil	-	-	-	Oui
Guttman	Astrid	Institute for Clinical Evaluative Sciences	Groupe A (responsable)	Participation aux deux conférences	Oui



**Rapport 2 : Améliorer l'infrastructure de collecte de données
sur les soins de santé primaires au Canada**

NOM	PRÉNOM	ORGANISME/ AFFILIATION	PARTICIPATION AUX GROUPES DE TRAVAIL** OU AU COMITÉ CONSULTATIF	PRÉSENCE AUX CONFÉRENCES CONSENSUELLES	PARTICIPATION AU SONDAGE SUR LE PROCESSUS DELPHI MODIFIÉ
Haggerty	Jeannie	Université de Sherbrooke	Comité consultatif	Participation aux deux conférences	Oui
Horton	Jan	Yukon Department of Health and Social Services	-	-	Oui
Hasselback	Paul	Interior Health Authority	Groupe B, Infrastructure de collecte de données	Participation aux deux conférences	Oui
Howard	Jennifer	Women's Health Clinic Inc.	Groupe D	Participation aux deux conférences	Oui
Howard	Peggy	Howard Research and Management Consulting Inc.	Groupe C, Infrastructure de collecte de données	Participation à la première conférence	Oui
Hutchison	Brian	McMaster University	Comité consultatif (président)	Participation aux deux conférences	Oui
Jaakkimainen	Liisa	Institute for Clinical Evaluative Sciences	Groupe C, Infrastructure de collecte de données	Participation aux deux conférences	Oui
Jackson	Beth	Santé Canada	-	Participation à la deuxième conférence	Oui
Jeffers	Betty	Alberta Health and Wellness	Comité consultatif	-	-
Johnston	Riley	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario	-	Participation à la première conférence	-
Jones	Wayne	Continuous Enhancement of Quality Measurement in Primary Mental Health Care	Infrastructure de collecte de données	-	-
Katz	Alan	University of Manitoba	Comité consultatif	Participation aux deux conférences	Oui



**Rapport 2 : Améliorer l'infrastructure de collecte de données
sur les soins de santé primaires au Canada**

NOM	PRÉNOM	ORGANISME/ AFFILIATION	PARTICIPATION AUX GROUPES DE TRAVAIL** OU AU COMITÉ CONSULTATIF	PRÉSENCE AUX CONFÉRENCES CONSENSUELLES	PARTICIPATION AU SONDAGE SUR LE PROCESSUS DELPHI MODIFIÉ
Klaiman	Donna	Association canadienne des ergothérapeutes	-	Participation à la deuxième conférence	Oui
Klomp	Helena	Health Quality Council	-	Participation à la deuxième conférence	Oui
Knock	Marian	Association des infirmières et infirmiers du Canada	Comité consultatif	-	Oui
Krakowski	Vivian	Saskatchewan Health	-	Participation à la deuxième conférence	Oui
Lafferty	Vicki	Northwest Territories Department of Health and Social Services	Groupe A	Participation aux deux conférences	Oui
Landry	Shan	Saskatoon Health Region	-	Participation à la première conférence	-
Lapierre	Louise	Fondation canadienne de la recherche sur les services de Santé	-	Participation aux deux conférences	Oui
Lapointe	Luc	Association pulmonaire du Canada	Groupe C	Participation à la première conférence	-
Lévesque	Jean-Frédéric	Institut national de santé publique de Québec	Groupe A	Participation aux deux conférences	Oui
Lillie	Donna	Association canadienne du diabète	-	Participation à la première conférence	Oui
Lin	Elizabeth	Centre de toxicomanie et de santé mentale	-	Participation à la deuxième conférence	Oui
Livadiotakis	Georgia	Santé Canada	Groupe B	Participation à la première conférence	-



Rapport 2 : Améliorer l'infrastructure de collecte de données sur les soins de santé primaires au Canada

NOM	PRÉNOM	ORGANISME/ AFFILIATION	PARTICIPATION AUX GROUPES DE TRAVAIL** OU AU COMITÉ CONSULTATIF	PRÉSENCE AUX CONFÉRENCES CONSENSUELLES	PARTICIPATION AU SONDAGE SUR LE PROCESSUS DELPHI MODIFIÉ
MacDonald	Don	Newfoundland and Labrador Centre for Health Information	Infrastructure de collecte de données	-	-
MacDonald	Jane	Association des infirmières et infirmiers du Canada	-	Participation à la deuxième conférence	Oui
MacKinnon	Neil	Dalhousie University	Groupe C	Participation à la première conférence	Oui
Martin	Carmel	Université d'Ottawa	Groupe D	Participation aux deux conférences	Oui
Maxted	John	Le Collège des médecins de famille du Canada	Comité consultatif	Participation à la deuxième conférence	Oui
McEwan	Kimberley	British Columbia Ministry of Health	Groupe C	Participation à la première conférence	Oui
McKim	Bob	Capital Health Authority	-	Participation à la deuxième conférence	Oui
Melanson	Margaret	Association canadienne des orthophonistes et audiologistes	-	Participation à la deuxième conférence	Oui
Millar	John	Provincial Health Services Authority, Colombie- Britannique	-	Participation aux deux conférences	Oui
Miller	Carol	Association canadienne de physiothérapie	-	Participation à la deuxième conférence	Oui
Miller	Margaret	Santé Canada	Groupe A	Participation aux deux conférences	Oui



Rapport 2 : Améliorer l'infrastructure de collecte de données sur les soins de santé primaires au Canada

NOM	PRÉNOM	ORGANISME/ AFFILIATION	PARTICIPATION AUX GROUPES DE TRAVAIL** OU AU COMITÉ CONSULTATIF	PRÉSENCE AUX CONFÉRENCES CONSENSUELLES	PARTICIPATION AU SONDAGE SUR LE PROCESSUS DELPHI MODIFIÉ
Moy Lum-Kwong	Margaret	Fondation des maladies du cœur du Canada	-	-	Oui
Muttitt	Sarah	Inforoute Santé du Canada	Infrastructure de collecte de données	-	-
Nakagawa	Bob	Conseil canadien de la santé	-	Participation à la deuxième conférence	Oui
O'Maonaigh	Conleth	Memorial University of Newfoundland	Groupe A	Participation à la première conférence	Oui
Oldford	Karen	Labrador-Grenfell Regional Integrated Health Authority	Groupe D	Participation à la deuxième conférence	Oui
Pentland	Nettie	Santé Manitoba	Groupe D	Participation aux deux conférences	Oui
Persaud	Vena	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario	Groupe B	Participation à la première conférence	-
Phillips	Robin	Prince Edward Island Health and Social Services	Groupe B	Participation à la première conférence	-
Pong	Raymond	Centre de recherche en santé dans les milieux ruraux et du nord	Groupe B	Participation à la deuxième conférence	Oui
Robbins	Carl	Memorial University of Newfoundland	-	Participation aux deux conférences	Oui
Roberts	Glen	Le Conference Board du Canada	Groupe B	Participation aux deux conférences	Oui
Rosborough	Louise	Santé Canada	Comité consultatif, Groupe B	Participation aux deux conférences	Oui



Rapport 2 : Améliorer l'infrastructure de collecte de données sur les soins de santé primaires au Canada

NOM	PRÉNOM	ORGANISME/ AFFILIATION	PARTICIPATION AUX GROUPES DE TRAVAIL** OU AU COMITÉ CONSULTATIF	PRÉSENCE AUX CONFÉRENCES CONSENSUELLES	PARTICIPATION AU SONDAGE SUR LE PROCESSUS DELPHI MODIFIÉ
Roston	Barbara	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario	Groupe A	Participation aux deux conférences	Oui
Rourke	Jim	Memorial University of Newfoundland	Comité consultatif	-	Oui
Russell	Anna	Alberta Health and Wellness	-	Participation aux deux conférences	Oui
Seguin	Michel	Statistique Canada	Infrastructure de collecte de données	-	-
Service	John	Société canadienne de psychologie	Groupe C	Participation aux deux conférences	Oui
Sharp	Marsha	Les diététistes du Canada	Comité consultatif ^{f&g&h}	-	Oui
Shosenberg	Nancy	Institut canadien de la santé infantile	-	Participation aux deux conférences	Oui
Spidel	Mark	Prince Edward Island Ministry of Health	Groupe B	Participation à la deuxième conférence	Oui
Stasiuk	Sonya	Capital Health Authority	Groupe B	-	Oui
Stewart	Marianne	Capital Health Authority	-	Participation à la première conférence	-
Stewart	Moira	University of Western Ontario	Groupe D	Participation aux deux conférences	Oui
Strachan	Jill	Institut canadien d'information sur la santé	Infrastructure de collecte de données	Participation aux deux conférences	Oui
Stranc	Leonie	Santé Manitoba	-	Participation à la deuxième conférence	Oui



Rapport 2 : Améliorer l'infrastructure de collecte de données sur les soins de santé primaires au Canada

NOM	PRÉNOM	ORGANISME/ AFFILIATION	PARTICIPATION AUX GROUPES DE TRAVAIL** OU AU COMITÉ CONSULTATIF	PRÉSENCE AUX CONFÉRENCES CONSENSUELLES	PARTICIPATION AU SONDAGE SUR LE PROCESSUS DELPHI MODIFIÉ
Teare	Gary	Health Quality Council	-	Participation à la première conférence	-
Tousignant	Pierre	Université McGill	Groupe B (responsable)	Participation aux deux conférences	Oui
Tregillus	Valerie	British Columbia Ministry of Health	-	-	Oui
Ugolini	Cristina	Saskatoon Health Region	-	Participation aux deux conférences	Oui
Ungurain	Merv	Nova Scotia Department of Health	Comité consultatif	Participation aux deux conférences	Oui
Vail	Stephen	Association médicale canadienne	-	Participation à la deuxième conférence	Oui
Vayda	Eugene	University of Toronto	-	Participation aux deux conférences	Oui
Vissandjee	Bilkis	Université de Montréal	-	Participation à la deuxième conférence	Oui
Vyse	Roberta	Santé Manitoba	Groupe B	Participation à la première conférence	Oui
Waraich	Paul	University of British Columbia	-	Participation à la première conférence	-
Watson	Diane	Centre for Health Services and Policy Research, University of British Columbia	Comité consultatif	Participation à la deuxième conférence	Oui



**Rapport 2 : Améliorer l'infrastructure de collecte de données
sur les soins de santé primaires au Canada**

NOM	PRÉNOM	ORGANISME/ AFFILIATION	PARTICIPATION AUX GROUPES DE TRAVAIL** OU AU COMITÉ CONSULTATIF	PRÉSENCE AUX CONFÉRENCES CONSENSUELLES	PARTICIPATION AU SONDAGE SUR LE PROCESSUS DELPHI MODIFIÉ
Williment	Melissa	Nova Scotia Department of Health	Groupe D	Participation à la deuxième conférence	Oui
Wong	Sabrina	University of British Columbia	Groupe D (responsable)	Participation aux deux conférences	Oui

* S'est jointe à un autre organisme et a quitté le comité consultatif en septembre 2005.
&& S'est jointe au comité consultatif en septembre 2005.

** Groupes de travail

- Groupe A — Planification fondée sur l'accès, l'adaptabilité et les besoins
- Groupe B — Intégration et coordination, ressources humaines de la santé
- Groupe C — Qualité des services
- Groupe D — Portée des services et des soins holistiques
- Groupe de travail sur l'infrastructure de collecte de données



Annexe G

Acronymes

BD-HRS	Projet de développement de bases de données sur les ressources humaines de la santé
BDNM	Base de données nationale sur les médecins
CIIS	Classification internationale des interventions en santé
CIM	Classification internationale des maladies
DME	Dossier médical électronique
DSE	Dossier de santé électronique
ENCODE-FM [©]	Electronic Nomenclature and Classification Of Disorders and Encounters for Family Medicine
ENTSPI	Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
ETP	Équivalent à temps plein
FASSP	Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires
IA	Infirmière autorisée
IAA	Infirmières auxiliaires autorisées
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
ICPC	International Classification of Primary Care
IP	Infirmière praticienne
IPA	Infirmière psychiatrique autorisée
IUP	Identification unique du patient
MF/OP	Médecins de famille et omnipraticiens
POSP	Physician Office System Program
SIG	Système d'information de gestion
SNIUMP	Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits
SNOMED CT	Systematised Nomenclature of Medicine Clinical Terms



Annexe H

Notes de fin de document

1. Conseil canadien de la santé, *Primary Health Care: A Background Paper to Accompany Health Care Renewal in Canada – Accelerating Change*, Toronto, Conseil canadien de la santé, 2005.
2. Institut canadien d'information sur la santé, *National Grouping System Categories Report, Canada, 2002/2003*, Ottawa, ICIS, 2003.
3. Gouvernement du Canada, *A 10-Year Plan to Strengthen Health Care*, Ottawa, Gouvernement du Canada, 2004.
4. J. Haggerty et C. Martin, *Evaluating Primary Health Care in Canada: The Right Questions to Ask!*, Ottawa, Santé Canada, 2005.
5. Institut canadien d'information sur la santé, *Projet d'élaboration d'indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires, Rapport 1, vol. 1*, Ottawa, ICIS, 2006.
6. Institut canadien d'information sur la santé, *The Process of Developing Pan-Canadian Primary Health Care Indicators*, Ottawa, ICIS, 2006.
7. Institut canadien d'information sur la santé, *Health Care in Canada 2003*, Ottawa, ICIS, 2003.
8. Institut canadien d'information sur la santé, *The Health Indicators Project: The Next Five Years, Report from the Second Consensus Conference on Population Health Indicators*, Ottawa, ICIS, 2005.
9. E. McGlynn, S. Asch, J. Adams, J. Keeseey et coll., « The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States » *New England Journal of Medicine* 348 (en ligne), le 26 juin 2003, p. 2635-45. Consulté le 1^{er} novembre 2005. Internet : <<http://content.nejm.org/cgi/content/abstract/348/26/2635>> .



10. M. Marshall, M. Roland, S. M. Campbell, S. Kirk et coll., *Measuring General Practice – A Demonstration Project to Develop and Test a Set of Primary Care Clinical Quality Indicators* (en ligne), Santa Monica, Californie, The Nuffield Trust for Research and Policy Studies in Health Services, 2003. Consulté le 1^{er} novembre 2005. Internet : <http://www.npcrdc.man.ac.uk/Publications/MGP_book.pdf?CFID=104671&CFTOKEN=45642223>.
11. Family Medicine Research Centre, *The Beach Project: Bettering the Evaluation and Care of Health, What is the Beach Program?* (en ligne). Consulté le 6 février 2006. Internet : <<http://www.fmrc.org.au/beach.htm>>.
12. Institut canadien d'information sur la santé, *Coding/Classifications* (en ligne). Consulté le 1^{er} février 2006. Internet : <http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=codingclass_e>.
13. Organisation mondiale de la Santé, *Family of International Classifications: Definition, Scope and Purpose*, (Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2004) originally from *ISO 1087, Terminology Work – Vocabulary – Part 1: Theory and Application* (ISO, 1990).
14. Organisation mondiale de la Santé, *Family of International Classifications: Definition, Scope and Purpose*, (Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2004) originally from CENTC251, [online], cited originally from <<http://www.centc251.org/GInfo/glossary>>.
15. SNOMED International, *Historical Perspectives* (en ligne), SNOMED^{MD} Milestones, 1965-2005. Consulté le 1^{er} février 2006. Internet : <<http://www.snomed.org/about/perspectives.html>>.
16. SNOMED International, *SNOMED Clinical Terms (CT): January 2006 Release Fact Sheet* (en ligne). Consulté le 1^{er} février 2006. Internet : <<http://www.snomed.org/index.html>>.
17. S. De Lusignan, « Codes, Classifications, Terminologies and Nomenclatures: Definition, Development and Application in Practice », *Informatics in Primary Care*, vol. 13, n° 1 (février 2005), p. 65-70.
18. Y. M. Lussier et M. Bourque, « Comparing SNOMED and ICPC Retrieval Accuracies using Relational Database Models », *Proceedings of the American Medical Informatics Association Annual Fall Symposium* (1997), p. 514-518.
19. Inforoute Santé du Canada, « Standards Work Underway in all Infoway Programs », *Standards and Architecture Newsletter 1*, (automne 2005).



20. Graeme Miller, *The ICPC Story, version April 26, 2004* (en ligne). Consulté le 1^{er} février 2006. Internet : <<http://www.globalfamilydoctor.com/wicc/icpcstory.html>> .
21. Newfoundland and Labrador Centre for Health Information Research and Development Division, *International Classification of Primary Care — Second Edition (ICPC-2): Literature Review* (non publié), St. John's, Newfoundland and Labrador Centre for Health Information Research and Development Division, 2006.
22. Ian Marshall, « ICPC Global Popularity is Growing in 2005 » *WONCA Newsletter* (en ligne), vol. 31, n° 4 (août 2005), p.10-13. Consulté le 1^{er} février 2006. Internet : <<http://www.globalfamilydoctor.com/publications/woncaNews/WN%20August%2005/WoncaNews%20-%20August2005.pdf>> .
23. R.M. Bernstein, G.R. Hollingworth, G. Viner et P. Miller, « Method of Assessment of Reliability of Coding Clinical Terms to ICD-10 and ICPC Using ENCODE-FM[®], a Primary Care Controlled Clinical Terminology », *Journal of Informatics in Primary Care* (février 2000), p.12-15.
24. C. Black, K. McGrail, C. Fooks, P. Baranek et coll., *Data, Data Everywhere...: Improving Access to Population Health and Health Services Research Data in Canada*, Vancouver, Centre for Health Services and Policy Research and Canadian Policy Research Network, 2005.
25. Division de la santé et l'Inforoute, Santé Canada, *Pan-Canadian Health Information Privacy and Confidentiality Framework* (en ligne), Ottawa, Santé Canada, 2005. Consulté le 23 septembre 2005. Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/ehealth-esante/2005-pancanad-priv/index_e.html> .
26. C. Damberg, E. A. Kerr et E. A. McGlynn, « Description of Data Sources and Related Issues », in *Health Information Systems: Design Issues and Analytic Applications*, éd. E. A. McGlynn, C. Damberg, E. A. Kerr et R. Brook, Santa Monica, Californie, RAND Corporation, 1998, p. 43-76, ISBN : 0-8330-2630-5.
27. B. K. Potter, D. Manuel, K. N. Speechley, I. Gutmanis et coll., « Is there Value in Using Physician Billing Claims Along with Other Administrative Health Care Data to Document the Burden of Adolescent Injury? An Exploratory Investigation with Comparison to Self-reports in Ontario, Canada », *BMC Health Services Research* 5, le 18 février 2005, p. 15.



28. A. M. Broemeling, D. E. Watson et C. Black, *Measuring the Performance of Primary Health Care: Existing Capacity and Potential Indicators*, ébauche non publiée en date du mois d'août 2005, Vancouver, Center for Health Services and Policy Research, 2005.
29. Institute for Clinical Evaluative Sciences, *Improving Health Care Data in Ontario – ICES Investigative Report* (en ligne), Toronto, Institute for Clinical Evaluative Sciences, 2005. Consulté le 1^{er} novembre 2005. Internet : <<http://www.ices.on.ca/file/HealthData.pdf>> .
30. D. Neville, S. O'Reilly, K. Gates, S. Tucker et coll., *Towards an Evaluation Framework for Electronic Health Records Initiatives: A Review and Assessment of Methods used to Measure the Impact of Health Information Systems Projects* (en ligne), Ottawa, Santé Canada, 2004. Consulté le 1^{er} février 2006. Internet : <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/kdec/nf_eval/nf_eval2_e.html> .
31. Inforoute Santé du Canada, « Canada's First Provincial Client Registry Goes Live in Newfoundland and Labrador » (en ligne), *Canada Health Infoway News*, le 17 janvier 2005, p.1-2. Consulté le 1^{er} février 2006. Internet : <http://www.infoway-inforoute.ca/en/News-Events/InTheNews_long.aspx?UID=126> .
32. Physician Office System Program, *What is POSP?* (en ligne). Consulté le 10 novembre 2005. Internet : <https://host.softworks.ca/agate/ama_posp/public/abouttxt.asp> .



