

Janvier 2014



Analyse en bref

Gestion des maladies chroniques en soins de santé primaires : démonstration de l'utilité des données du DME pour la surveillance de la qualité et de l'utilisation du système de santé

Sommaire

Les maladies non transmissibles, appelées « maladies chroniques » dans le présent document, sont la première cause de décès dans le monde¹. Les adultes atteints de maladies chroniques multiples, ou multimorbidités, sont en général de grands utilisateurs des services de santé et occasionnent plus des deux tiers des dépenses de santé². Puisque la prévalence de la multimorbidité augmente avec l'âge, il est essentiel de prendre en charge efficacement les patients atteints de maladies chroniques multiples dans les milieux de soins de santé primaires (SSP)³. Le manque de données sur les SSP est criant et devrait être la priorité des provinces et territoires qui souhaitent mesurer et améliorer la prévention et la gestion des maladies chroniques^{4, 5}. Bien que les données sur la facturation et les données d'enquête donnent un aperçu de la situation, il faut des données complètes pour brosser un portrait fidèle des consultations des patients en SSP.

L'utilisation du dossier médical électronique (DME) gagne rapidement du terrain au Canada. Plusieurs provinces investissent dans des programmes qui encouragent l'utilisation du DME dans les milieux de SSP. Le DME est conçu pour recueillir des données telles que les résultats d'analyses de laboratoire, la taille du patient, son poids, sa tension artérielle et autres renseignements qui servent à la prévention et à la gestion des maladies chroniques. Il peut donc répondre à un grand nombre de questions sur la prise en charge des maladies chroniques en SSP à l'échelle des patients, des établissements et du système de santé. Par exemple, ces données pourraient servir à orienter les politiques, l'affectation des ressources et la

Types de soins

Notre vision

De meilleures données pour de meilleures décisions : des Canadiens en meilleure santé

Notre mandat

Exercer le leadership visant l'élaboration et le maintien d'une information sur la santé exhaustive et intégrée pour des politiques avisées et une gestion efficace du système de santé qui permettent d'améliorer la santé et les soins de santé

Nos valeurs

Respect, intégrité, collaboration, excellence, innovation

Programme de coordination de l'image de marque

La production du présent rapport est rendue possible grâce à un apport financier de Santé Canada et des gouvernements provinciaux et territoriaux. Les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada ou celles des gouvernements provinciaux et territoriaux.



www.icis.ca
Au cœur des données



Institut canadien
d'information sur la santé
Canadian Institute
for Health Information

planification en matière de santé de la population, de même qu'à l'évaluation. La présente étude examine le fardeau des maladies chroniques et de la multimorbidité (présence d'au moins deux maladies chroniques) à l'aide des données du DME.

L'analyse des données du DME soumises au prototype du Système de déclaration volontaire des soins de santé primaires (SDV SSP) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a permis de relever ce qui suit :

- Les SSP jouent un rôle essentiel dans la gestion des maladies chroniques.
 - Environ 4 patients sur 10 (41 %) présentaient au moins une des sept maladies chroniques faisant l'objet de la présente étude; 6 % étaient atteints de trois maladies ou plus. Le nombre et le type d'affections variaient selon l'âge.
 - Plus le nombre de maladies chroniques était élevé, plus l'utilisation des services de SSP était grande dans tous les groupes d'âge.
- L'analyse révèle également une variation dans les cliniques ainsi que des possibilités d'amélioration dans la surveillance des maladies chroniques :
 - Pour deux patients atteints de coronaropathie sur cinq et près du quart des patients atteints de diabète, le DME n'indiquait aucun test visant à mesurer le taux de lipoprotéines de faible densité et la glycémie (LDL et HbA1c), respectivement, au cours des 12 mois précédents. Lorsqu'un test était indiqué au dossier, seule la moitié des cas ne dépassaient pas les valeurs limites recommandées.
 - Chez les jeunes patients atteints d'une maladie chronique, le DME était plus susceptible de ne pas indiquer de surveillance.
 - Ces résultats soulignent la nécessité de mettre en place des rappels et des plans de traitement personnalisés — deux mesures réalisables par l'intermédiaire du DME — et d'axer les politiques sur l'amélioration de la surveillance des maladies chroniques.

Actuellement, les données du DME ont des limites. La population ciblée par les DME en SSP est restreinte, car près de la moitié des médecins de famille au Canada n'utilisent pas ce type de dossier. Parmi ceux qui l'utilisent, un grand nombre s'en servent uniquement pour les rendez-vous et la facturation, au lieu d'y inscrire tous les soins dispensés au patient. La plupart des renseignements contenus dans le DME ne respectent aucune norme ou structure et sont principalement recueillis dans des champs de saisie libre. En outre, les systèmes de DME actuels ont été conçus pour remplacer les dossiers papier et pour noter les caractéristiques des patients et des consultations, et non pour faciliter la recherche et l'extraction de données. Résultat : la recherche, la manipulation et l'analyse des données du DME sont exigeantes en main-d'œuvre, et l'utilisation du DME se limite surtout aux cliniques. La présente étude démontre l'utilité des données du DME pour appuyer la prévention et la gestion des maladies chroniques dans les milieux de SSP ainsi que la nécessité de mettre en place des normes relatives à la collecte de données sur les SSP dans le DME.

Utilisation du DME au Canada : une tendance se dessine

Selon les résultats de sondages du Fonds du Commonwealth, le taux adoption du DME par les dispensateurs de SSP au Canada a plus que doublé, passant de 23 % en 2006 à 56 % en 2012. Comme plus de la moitié des médecins de famille utilisent le DME, cette source de données devient sans cesse plus pertinente pour les pratiques cliniques, les responsables de l'élaboration des politiques, les décideurs et les chercheurs. Même si les données autodéclarées par les patients et les données administratives fournissent des renseignements importants sur le fardeau des maladies chroniques en SSP, elles en disent peu sur les caractéristiques des patients ainsi que sur les mesures et les soins cliniques. Si on y ajoutait les mesures cliniques et les résultats d'analyses de laboratoire, les données du DME se révéleraient de puissants outils pour résoudre les questions liées aux meilleures pratiques permettant d'obtenir des résultats optimaux pour les patients. Une récente étude

d'Inforoute Santé du Canada a indiqué qu'il serait possible de faciliter la gestion des maladies chroniques en intégrant dans le DME des fonctions plus évoluées, comme des alertes relatives aux médicaments et aux tests réalisés en double, ainsi que des feuilles de soins. Ces modifications seraient, au bout du compte, susceptibles de profiter à l'ensemble du système de santé⁶.

Selon le Sondage national des médecins 2010, la tendance consiste encore à utiliser le DME comme un remplacement du dossier papier : 39 % des dispensateurs se sont servis du DME pour enregistrer et consulter les notes cliniques des patients, et seuls 20 % d'entre eux ont utilisé les fonctions plus évoluées du DME, comme les rappels automatisés pour les soins recommandés aux patients⁷. En outre, le Canada accuse encore du retard par rapport à d'autres pays en ce qui concerne l'adoption du DME : par exemple, plus de 90 % des dispensateurs de l'Australie et du Royaume-Uni utilisent le DME dans le cadre de leur pratique⁸. Dans sa forme actuelle, le DME contient des données qui, pour la plupart, ne respectent aucune norme ou structure et qui sont principalement recueillies dans des champs de saisie libre. Des efforts considérables sont déployés pour nettoyer et traiter les données aux fins d'analyse et de déclaration. L'intégration de normes de données dans les spécifications relatives au DME faciliterait l'utilisation des données pour appuyer la qualité des soins et la surveillance des indicateurs. Ainsi, les provinces et les territoires commencent à reconnaître l'importance de recueillir des données de DME normalisées dans les milieux de SSP⁹. Outre la normalisation des données du DME, l'ICIS et d'autres organismes ont conclu à la nécessité de mettre en place d'autres mesures — y compris un leadership clinique, des cadres facilitant l'élaboration de politiques et la gouvernance, ainsi qu'un renforcement des capacités — pour assurer la collecte efficace de données mieux structurées aux points de prestation¹⁰.

Les maladies chroniques en soins de santé primaires

Selon l'Organisation mondiale de la santé, les maladies chroniques constituent une épidémie aux conséquences économiques graves : actuellement, les maladies chroniques sont la première cause de décès dans le monde¹. Les adultes atteints de maladies chroniques multiples sont en général de grands utilisateurs des soins de santé et occasionnent plus des deux tiers des dépenses de santé². Puisque la prévalence de la multimorbidité augmente avec l'âge, il est essentiel de prendre en charge efficacement les patients atteints de maladies chroniques multiples dans les milieux de SSP³. Cette prise en charge passe en partie par le respect des lignes directrices en matière de pratique clinique¹¹. Par exemple, les lignes directrices en matière de soins recommandés aux patients diabétiques comprennent un contrôle régulier de la glycémie (test HbA1c) et suggèrent un taux de sucre maximal de 7 %¹². Un contrôle adéquat de l'hypertension comprend une mesure régulière de la tension artérielle¹³. De plus, le contrôle du taux de lipoprotéines de faible densité (test LDL) est important pour la prise en charge de la coronaropathie¹⁴ et du diabète¹².

La présente Analyse en bref démontre que les données du DME peuvent fournir des renseignements sur la prévalence de diverses maladies chroniques, les caractéristiques des patients atteints de maladies multiples et leur utilisation du système de santé. Compte tenu de la disponibilité des résultats d'analyses en laboratoire et des mesures cliniques, les données du DME offrent aussi la possibilité d'analyser la qualité des soins afin de déterminer si les lignes directrices en matière de soins recommandés ont été mises en œuvre et respectées. La présente étude vise à illustrer l'importance des données du DME pour

- accroître notre compréhension des SSP;
- appuyer les initiatives liées à la qualité des soins et, ainsi, améliorer les résultats pour la santé;
- améliorer la gestion des maladies fondée sur des données probantes;
- répondre à des questions stratégiques fondamentales concernant les maladies chroniques et la multimorbidité dans le contexte des SSP.

Méthodologie

Source des données

La présente Analyse en bref repose sur les données du prototype du SDV SSP, une initiative pilote menée par l'ICIS visant à extraire et à analyser les données du DME aux fins d'établissement de rapports comparatifs. Le SDV SSP contient des données recueillies de 2009 à 2013 auprès de 489 dispensateurs de SSP et de 337 793 patients. Cet échantillon comprend un mélange de milieux de soins ruraux et urbains utilisant divers modèles de pratique (équipes de santé familiale, groupes de médecine familiale, centres de santé communautaire, etc.). La plupart des cliniques de SSP comprises dans l'échantillon se situent en Ontario, mais certaines données ont aussi été recueillies en Colombie-Britannique et en Nouvelle-Écosse.

Les patients de moins de 18 ans, ceux dont l'âge ou le sexe n'était pas précisé et ceux qui n'avaient fait l'objet d'aucune consultation au cours des deux années précédentes ont été exclus. Les données du SDV SSP sont saisies tantôt sous forme semi-structurée, tantôt dans des champs de saisie libre. L'analyse n'a donc porté que sur les champs du DME remplis à plus de 70 %. Par exemple, les éléments de données se rapportant aux demandes de consultation et à l'indice de masse corporelle n'ont pas été pris en compte, car ces champs ne sont pas bien remplis. Avec l'intégration de normes relatives aux données du SDV SSP dans les spécifications relatives au DME, on s'attend à ce que les taux de saisie des données augmentent.

Les patients présentant l'une ou plusieurs des sept maladies chroniques sélectionnées dans le cadre de la présente étude — asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), coronaropathie, dépression, diabète, hypertension et arthrose — ont été identifiés à l'aide d'algorithmes validés, conçus en collaboration avec des dispensateurs de SSP (voir l'encadré).

Identification des patients atteints de maladie chronique

Afin de pallier la prédominance des champs de saisie libre dans les systèmes de DME et d'identifier les patients atteints de maladies chroniques, nous avons élaboré une méthodologie de définition des cas. Bien que les éléments de données tels que les problèmes de santé, la raison de la visite et les codes de facturation soient tous saisis dans les systèmes de DME, ils ne sont ni normalisés, ni présentés dans un format structuré et ne sont pas toujours à jour. Par conséquent, ces éléments ne suffisent pas, à eux seuls, à identifier les patients atteints de maladies chroniques. À titre d'exemple, un médecin pourrait voir un patient afin de confirmer qu'il est atteint de diabète, demander une analyse en laboratoire, recevoir des résultats positifs, mettre en place un plan de soins détaillé et prescrire un médicament sans jamais noter concrètement le diagnostic de diabète dans le DME. Selon la méthodologie de définition du cas, on utilise alors la raison de la visite, les résultats de l'analyse en laboratoire et les médicaments pour déduire que le patient est atteint du diabète. Cette méthodologie a été élaborée et utilisée pour sept maladies chroniques : l'asthme, la MPOC, la coronaropathie, la dépression, le diabète, l'hypertension et l'arthrose. Les algorithmes utilisés pour définir les cas de diabète, de dépression, de coronaropathie et d'hypertension ont été validés par les dispensateurs participants; la sensibilité variait de 80 à 95 %. Selon Hux et al., la sensibilité des données sur les demandes de remboursement utilisées pour la prédiction du diagnostic réel était d'environ 86 %, un taux comparable à celui mentionné ci-dessus¹⁵. D'autres études utilisent une méthodologie de définition des cas pour repérer les maladies dans les DME¹⁶. Pour obtenir une description complète de ce type de méthodologie, consultez l'annexe A.

Résultats

Caractéristiques des patients

Le tableau 1 fournit une description détaillée de la population de patients utilisée dans le cadre de la présente étude. Tous avaient plus de 18 ans et leur DME indiquait une visite dans une clinique participant au SDV SSP au cours des deux années précédentes ainsi qu'un code de sexe et une date de naissance valides. Parmi les 337 793 patients retenus, 57 % étaient des femmes, 21 % avaient 65 ans ou plus et 41 % présentaient au moins une des sept maladies chroniques sélectionnées. La majorité (77 %) des jeunes patients ne présentaient aucune maladie chronique, mais chez les patients de 65 ans ou plus, ce taux n'était que de 31 %. La multimorbidité augmentait avec l'âge, et les patients de 65 ans ou plus étaient deux fois plus susceptibles de présenter trois maladies chroniques ou plus que les adultes de 45 à 64 ans. Des tendances similaires ont été observées ailleurs¹⁷.

Tableau 1 : Caractéristiques des patients

	Patients sans maladie chronique	Patients atteints d'une maladie chronique	Patients atteints de deux maladies chroniques	Patients atteints d'au moins trois maladies chroniques	Total
Sexe					
Homme	86 759 (59 %)	34 771 (24 %)	15 980 (11 %)	8 938 (6 %)	146 448
Femme	111 103 (58 %)	47 316 (25 %)	20 896 (11 %)	12 030 (6 %)	191 345
Âge					
18 à 44 ans	108 202 (77 %)	25 826 (18 %)	5 111 (4 %)	1 258 (1 %)	140 397
45 à 64 ans	68 049 (53 %)	35 357 (28 %)	15 705 (12 %)	8 596 (7 %)	127 707
65 ans ou plus	21 611 (31 %)	20 904 (30 %)	16 060 (23 %)	11 114 (16 %)	69 689
Total	197 862	82 087	36 876	20 968	337 793

Remarque

Les maladies chroniques comprennent l'asthme, la MPOC, la coronaropathie, le diabète, la dépression, l'hypertension et l'arthrose.

Source

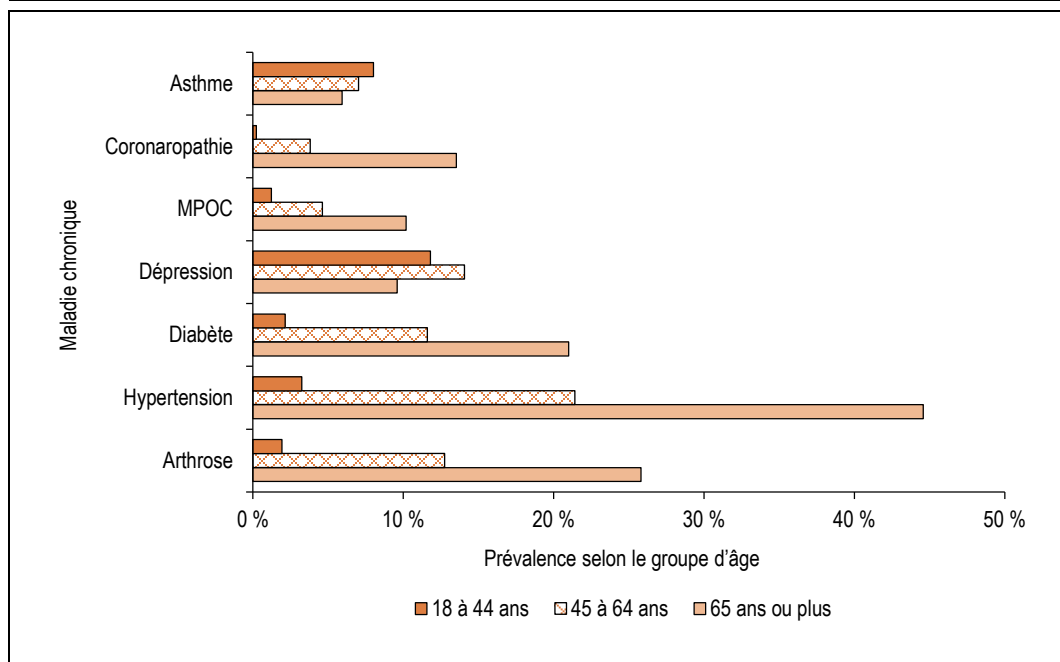
Système de déclaration volontaire des soins de santé primaires, 2013, Institut canadien d'information sur la santé.

Prévalence des maladies chroniques dans le SDV SSP

La figure 1 illustre la prévalence de chaque maladie chronique selon le groupe d'âge. Dans l'ensemble, l'hypertension présentait le taux de prévalence le plus élevé (19 %), suivie de la dépression (12 %), de l'arthrose (11 %), du diabète (10 %), de l'asthme (7 %), de la MPOC (4 %) et de la coronaropathie (4 %). Ces chiffres sont similaires à ceux déclarés par d'autres sources. Par exemple, selon Statistique Canada, la prévalence de l'hypertension et de la MPOC chez les adultes canadiens est de 19 %¹⁸ et de 4 %¹⁹ respectivement, et l'Agence de la santé publique du Canada a déclaré un taux de 10 % pour l'arthrose²⁰ (en 2010), de 12 % pour la dépression²¹ (en 2009) et de 4,8 % pour la coronaropathie²² (en 2009).

La prévalence de l'hypertension et de l'arthrose était plus élevée chez les patients âgés, tandis que l'asthme et la dépression dominaient chez les jeunes patients. L'hypertension était la maladie chronique la plus courante chez les patients de 65 ans ou plus, suivie de l'arthrose et du diabète. Chez les patients de 18 à 44 ans, la dépression (12 %) était le diagnostic le plus fréquent et l'asthme (8 %) suivait de près au deuxième rang.

Figure 1 : Prévalence de sept maladies chroniques selon le groupe d'âge



Remarque

Les maladies chroniques comprennent l'asthme, la MPOC, la coronaropathie, le diabète, la dépression, l'hypertension et l'arthrose. N = 337 793.

Source

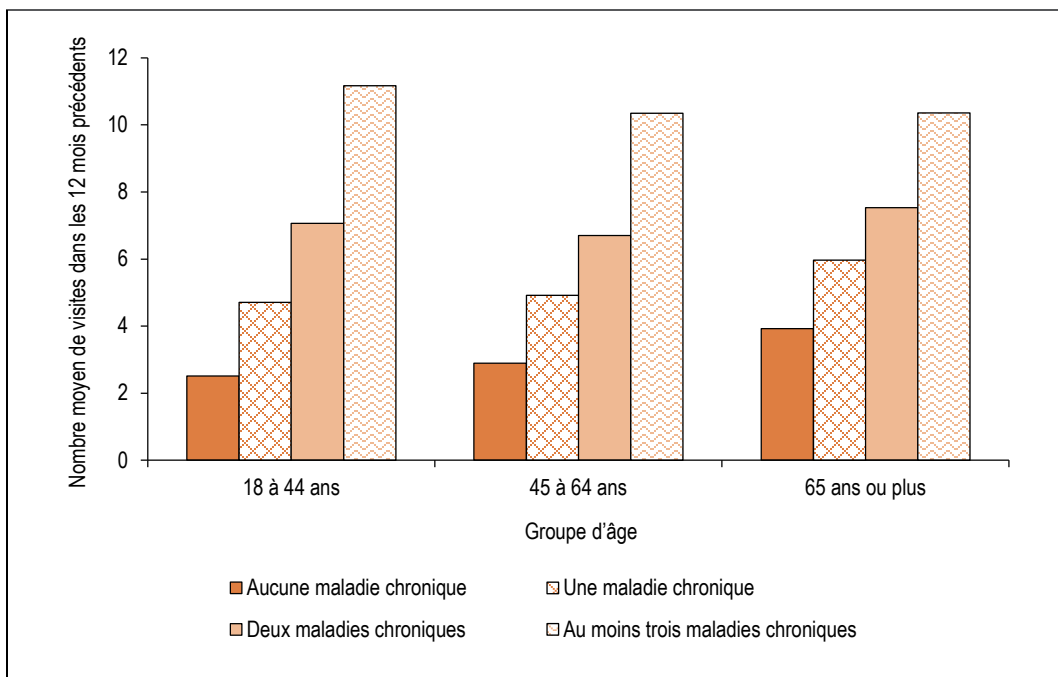
Système de déclaration volontaire des soins de santé primaires, 2013, Institut canadien d'information sur la santé.

La correspondance entre la prévalence déclarée dans le présent rapport et les taux de prévalence signalés par d'autres sources confirme l'utilité des données du DME pour répondre aux questions sur la prévalence de diverses maladies chroniques au Canada.

Visites en SSP des patients atteints de maladies chroniques

La figure 2 illustre le nombre de visites dans les cliniques de SSP au cours des 12 mois précédents, selon l'âge et le nombre de maladies. Dans l'ensemble, les patients atteints d'au moins une maladie chronique (41 % de la population étudiée) ont occasionné 62 % des visites en SSP au cours des 12 mois précédents. Évidemment, les patients présentant un plus grand nombre de maladies chroniques ont visité les cliniques plus souvent que les autres. Cette tendance a été observée dans tous les groupes d'âge. Une étude de l'ICIS publiée en 2011 et réalisée à l'aide des données de l'Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires de 2008 a révélé que la présence de maladies chroniques, et non l'âge, était le principal facteur d'utilisation du système de santé par les personnes âgées; la présente étude en est arrivée à la même conclusion²³. Il est important de préciser que les patients n'ayant aucune maladie chronique selon les critères de la présente étude peuvent en fait être atteints d'une maladie chronique autre que les sept examinées ici. Une élaboration plus poussée de la méthodologie de définition des cas, qui permettrait de cerner d'autres maladies chroniques, ne faisait pas partie du projet. Toutefois, la saisie de données mieux structurées dans le DME pourrait servir à cette fin dans le cadre d'études futures.

Figure 2 : Nombre moyen de visites selon l'âge et le nombre de maladies



Remarques

Les maladies chroniques comprennent l'asthme, la MPOC, la coronaropathie, le diabète, la dépression, l'hypertension et l'arthrose. Seuls les patients qui ont visité une clinique de SSP au cours des deux années précédentes ont été inclus dans l'analyse (N = 337 793).

Source

Système de déclaration volontaire des soins de santé primaires, 2013, Institut canadien d'information sur la santé.

Une analyse de régression visant à évaluer l'incidence du nombre de maladies chroniques, de l'âge et du sexe sur l'utilisation des services de santé a révélé que les patients atteints de trois maladies chroniques ou plus étaient 3,5 fois plus susceptibles de devenir de grands utilisateurs (c.-à-d. 10 visites ou plus dans une clinique de SSP au cours des 12 mois précédents). Les patients de 65 ans ou plus étaient deux fois plus susceptibles d'être de grands utilisateurs des services de santé, et les femmes étaient 30 % plus susceptibles d'être de grandes utilisatrices. Veuillez consulter l'annexe B pour connaître les autres résultats.

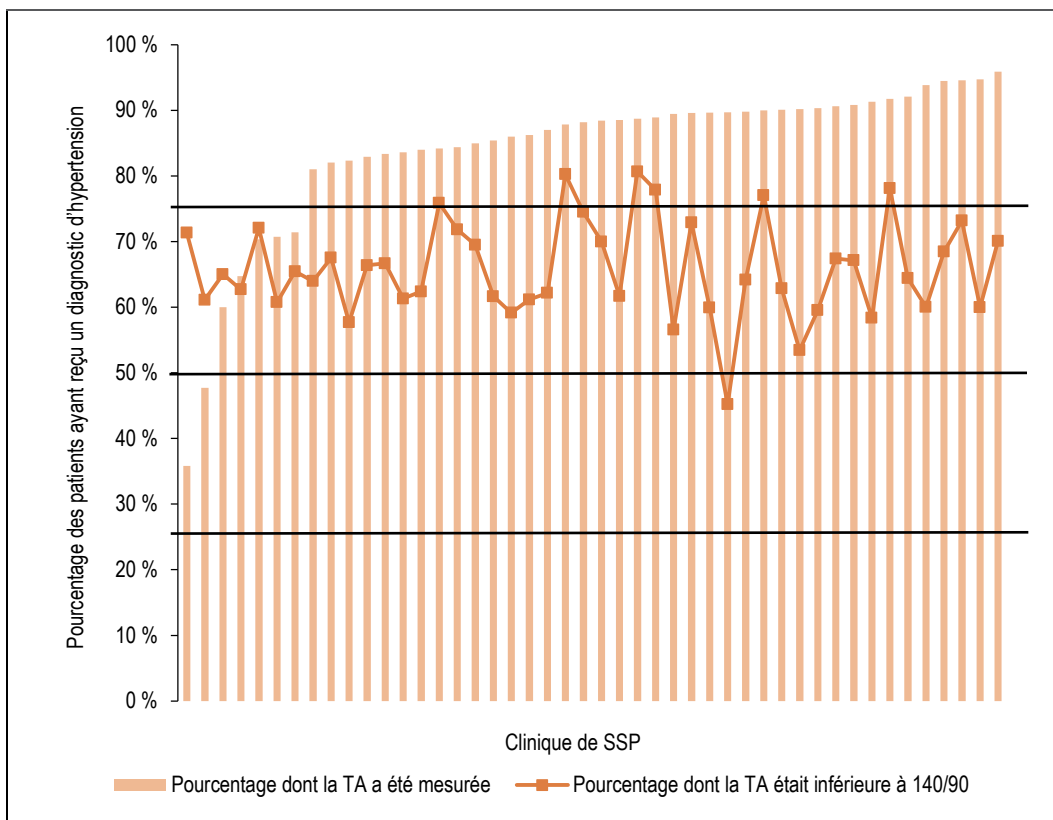
Soins cliniques aux patients atteints de maladies chroniques

Les données cliniques saisies dans les systèmes de DME offrent la possibilité d'examiner le respect des lignes directrices de pratique clinique dans les cas de maladies chroniques, notamment à l'aide de mesures telles que les résultats des analyses en laboratoire, la tension artérielle et le poids. La section qui suit explore trois mesures particulières : la tension artérielle chez les patients atteints d'hypertension, la glycémie (test HbA1c) chez les patients atteints du diabète et le taux de lipides (test LDL) chez les patients atteints de coronaropathie ou de diabète.

Mesure de la tension artérielle et résultats chez les patients atteints d'hypertension

Selon les lignes directrices de 2013 du Programme éducatif canadien sur l'hypertension, la tension artérielle des patients atteints seulement d'hypertension devrait être évaluée à chaque visite et ne pas dépasser la limite supérieure de 140/90. La valeur limite est plus stricte pour les patients présentant certaines comorbidités (p. ex. moins de 130/80 pour les diabétiques)¹³. Aux fins d'uniformité, la limite supérieure de 140/90 est utilisée pour tous les patients dans la présente analyse. La figure 3 illustre, pour chaque clinique de SSP, le pourcentage de patients ayant reçu un diagnostic d'hypertension (seul ou avec d'autres comorbidités) et dont le DME indique au moins une mesure de tension artérielle au cours de l'année précédente. Elle présente également le pourcentage de patients dont la tension artérielle est inférieure à 140/90. Environ 44 % des cliniques ont enregistré au moins une mesure de la tension artérielle au cours de l'année précédente pour au moins 90 % de leurs patients atteints d'hypertension. Parmi les patients dont la tension artérielle a été mesurée, environ 35 % dépassaient la limite supérieure recommandée de 140/90. Fait intéressant, Statistique Canada a observé une tendance similaire : seuls 66 % des patients atteints d'hypertension ne dépassaient pas cette limite¹⁸.

Figure 3 : Variation des mesures de la tension artérielle selon la clinique



Remarques

TA : tension artérielle.

Les maladies chroniques comprennent la MPOC, la coronaropathie, le diabète et l'hypertension.

Seuls les patients ayant reçu un diagnostic d'hypertension et dont la tension artérielle a été mesurée au cours des 12 mois précédents ont été inclus (N = 52 081).

Deux cliniques ont été supprimées en raison de la petite taille de l'échantillon.

Source

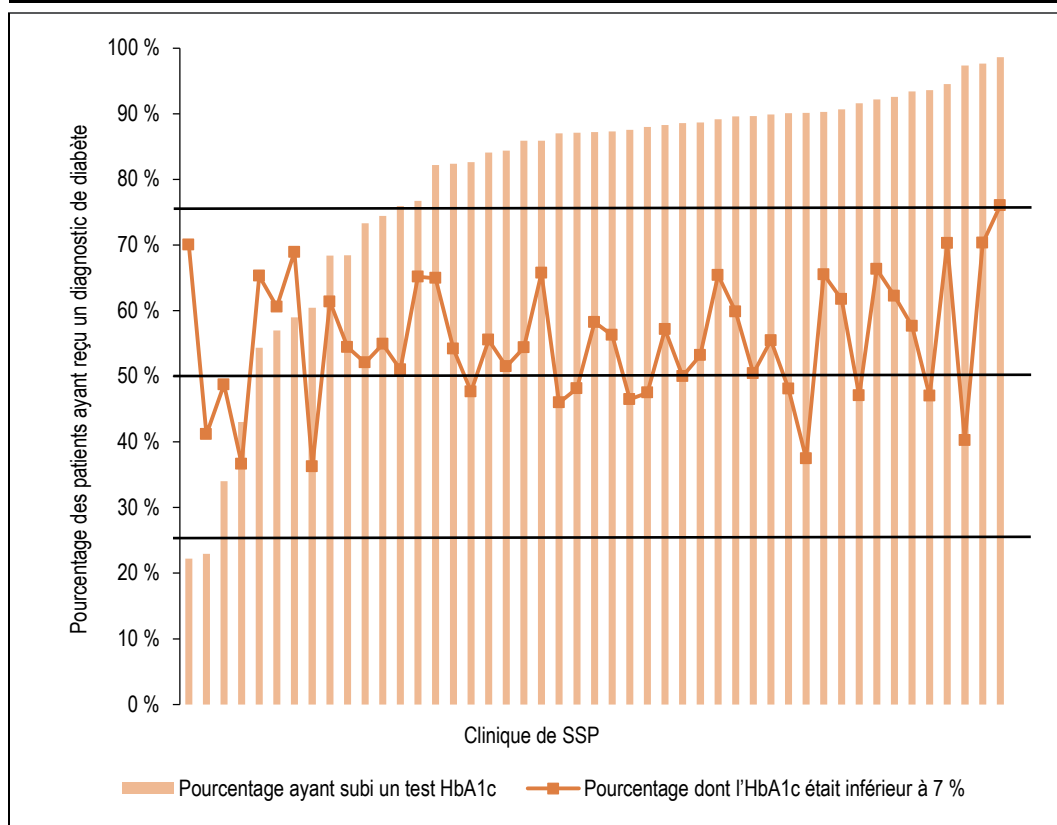
Système de déclaration volontaire des soins de santé primaires, 2013, Institut canadien d'information sur la santé.

La fréquence à laquelle la tension artérielle est mesurée et la proportion de patients qui ne dépassent pas la limite supérieure recommandée varient considérablement d'une clinique à l'autre. On peut s'attendre à certains écarts, selon le profil de chaque patient, par exemple dans le cas des patients atteints de comorbidités comme le diabète et celui des patients âgés et faibles¹³.

Mesure de la glycémie et résultats chez les patients atteints de diabète

Dans le cas des diabétiques, les lignes directrices canadiennes de pratique clinique recommandent de mesurer la glycémie aussi souvent que tous les trois mois pour la plupart des patients et indiquent que le taux de glycémie optimal, déterminé à l'aide d'un test HbA1c, doit être inférieur à 7,0 %¹². La figure 4 illustre, pour chaque clinique de SSP, le pourcentage de patients ayant reçu un diagnostic de diabète et dont le DME comprend les résultats d'un test HbA1c effectué au cours des 15 mois précédents. Dans le cadre de l'étude, 34 % des cliniques ont enregistré un résultat de test HbA1c pour au moins 90 % de leurs patients atteints de diabète. Parmi les patients dont le DME contenait un résultat de test HbA1c, environ 53 % affichaient un taux de glycémie inférieur à la limite recommandée de 7,0 %. Quant aux patients dont le taux de glycémie dépassait 7,0 %, environ 26 % affichaient un taux entre 7,0 % et 8,0 %, et 10 % présentaient un taux supérieur à 9,0 %.

Figure 4 : Variation des mesures de la glycémie selon la clinique



Remarques

Les maladies chroniques comprennent la MPOC, la coronaropathie, le diabète et l'hypertension.

Seuls les patients ayant reçu un diagnostic de diabète ainsi qu'un résultat valide à un test HbA1c au cours des 15 mois précédents ont été inclus (N = 24 801).

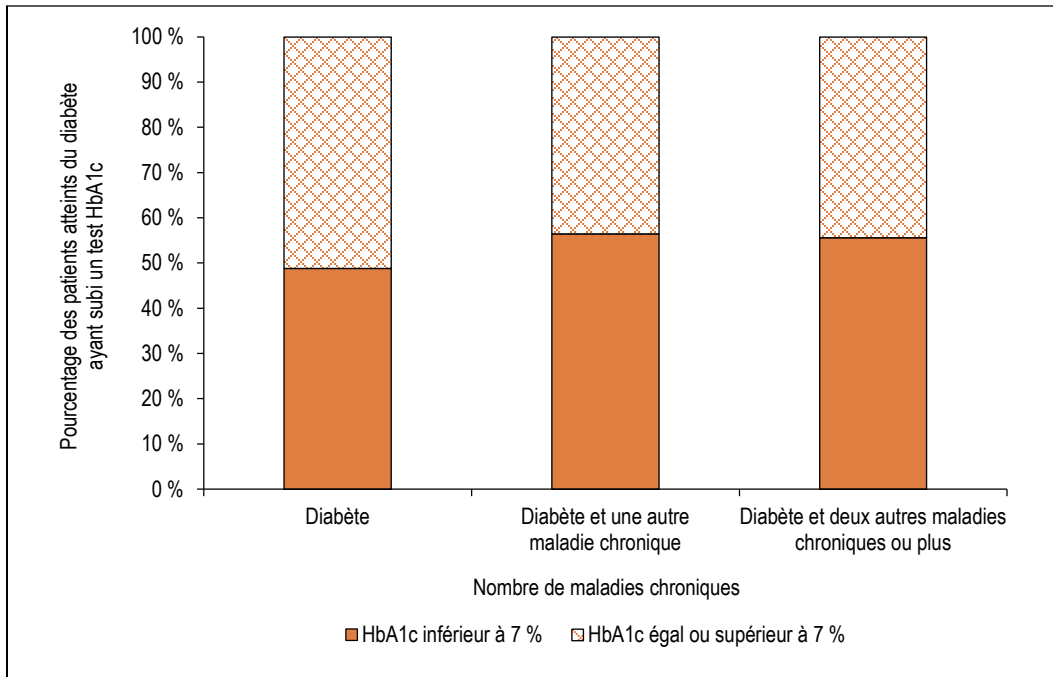
Quatre cliniques de SSP ont été supprimées en raison de la petite taille de l'échantillon.

Source

Système de déclaration volontaire des soins de santé primaires, 2013, Institut canadien d'information sur la santé.

La figure 5 indique qu'un pourcentage plus élevé de patients atteints de diabète et d'au moins une autre maladie chronique présentaient un taux de HbA1c inférieur à 7 %, par rapport aux patients atteints de diabète seulement.

Figure 5 : Taux de HbA1c selon le nombre de maladies



Remarques

Les maladies chroniques comprennent la MPOC, la coronaropathie, le diabète et l'hypertension.

Seuls les patients ayant reçu un diagnostic de diabète ainsi qu'un résultat valide à un test HbA1c au cours des 15 mois précédents ont été inclus (N = 24 801).

Source

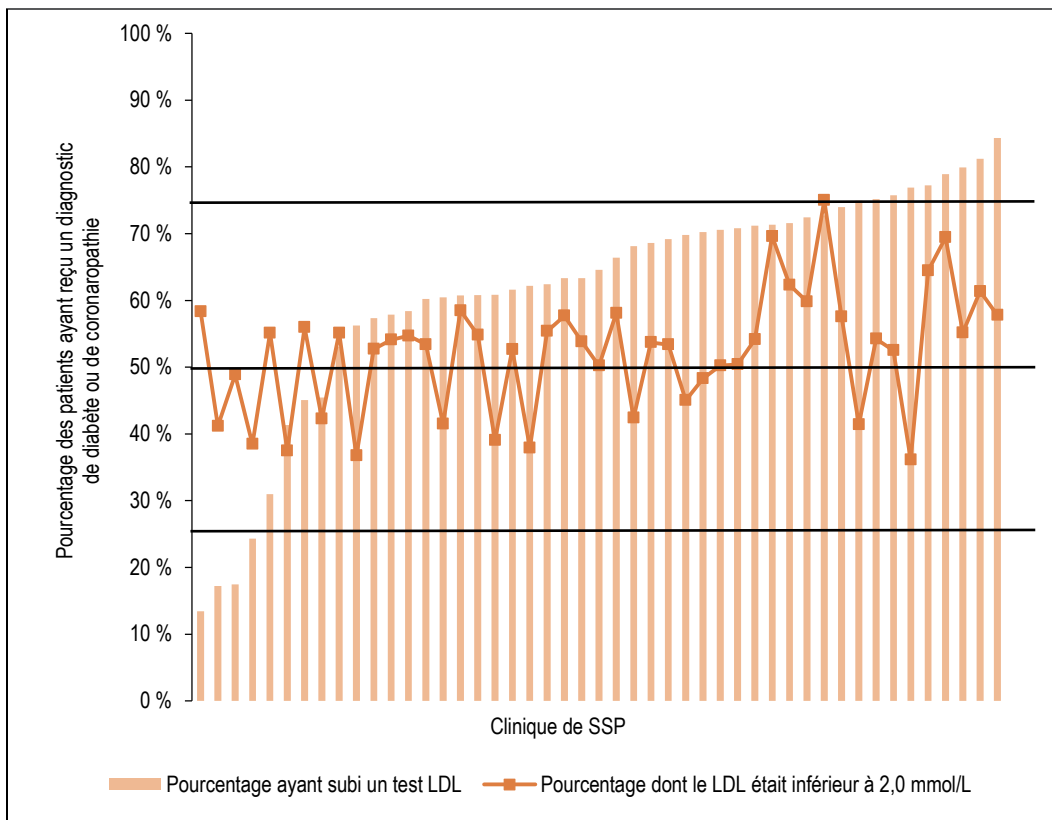
Système de déclaration volontaire des soins de santé primaires, 2013, Institut canadien d'information sur la santé.

D'autres études ont observé des tendances semblables relativement à la prise en charge du diabète chez les patients présentant des comorbidités multiples. Une étude réalisée aux États-Unis a révélé que les patients aux cas les plus complexes d'un point de vue clinique (en raison de maladies chroniques multiples) recevaient en général des soins de plus grande qualité pour leur diabète²⁴. Dans le cadre de la même étude, on a observé que les patients présentant plus de trois maladies chroniques étaient plus susceptibles que les patients aux cas moins complexes d'obtenir des résultats dans les limites recommandées (tension artérielle à moins de 130/80; test HbA1c à moins de 7 %; LDL à moins de 100 mg/dl, l'équivalent au Canada étant inférieur à 2,6 mmol/L). Le nombre de visites dans un cabinet de médecin était plus élevé chez les patients atteints du diabète et d'autres maladies chroniques. De plus, les patients qui effectuaient plus souvent des visites annuelles dans un cabinet de médecin étaient plus susceptibles de subir des tests HbA1c que les patients dont les visites étaient moins fréquentes^{25, 26}.

Mesure du LDL-cholestérol et résultats chez les patients atteints de coronaropathie ou de diabète

Dans ses lignes directrices de 2009, la Société canadienne de cardiologie recommande une valeur limite supérieure de 2,0 mmol/L pour le taux de LDL¹⁴. La figure 6 illustre, pour chaque clinique de SSP, le pourcentage de patients ayant reçu un diagnostic de coronaropathie ou de diabète et dont le DME indique au moins un test LDL au cours des 12 mois précédents. Elle donne également le pourcentage de patients qui n'ont pas dépassé la valeur limite recommandée au test LDL. Dans le cadre de la présente étude, 19 % des cliniques ont enregistré au moins un résultat de test LDL au cours des 12 mois précédents pour au moins 75 % de leurs patients atteints de coronaropathie ou de diabète. Parmi ces patients, 54 % présentaient le taux de LDL souhaité de moins de 2,0 mmol/L. Pour 40 % des patients, aucun résultat de test LDL n'avait été inscrit au dossier. Fait intéressant, les patients atteints *seulement* de diabète ou de coronaropathie étaient *moins* susceptibles que les patients atteints d'au moins deux maladies, en plus du diabète et de la coronaropathie, d'avoir un taux de LDL inférieur à la valeur limite de 2,0 mmol/L (48 % et 62 %, respectivement). Cette situation ressemble à celle observée pour les taux de glycémie.

Figure 6 : Variation des mesures de LDL selon la clinique



Remarques

Les maladies chroniques comprennent la MPOC, la coronaropathie, le diabète et l'hypertension.

Seuls les patients ayant reçu un diagnostic de coronaropathie ou de diabète et subi un test LDL au cours des 12 mois précédents ont été inclus (N = 25 064).

Quatre cliniques ont été supprimées en raison de la petite taille de l'échantillon.

Source

Système de déclaration volontaire des soins de santé primaires, 2013, Institut canadien d'information sur la santé.

Résumé des résultats liés aux maladies chroniques en SSP

Selon l'analyse ci-dessus, un pourcentage élevé de patients (17 %) dans les milieux de SSP sont atteints de maladies chroniques multiples. De plus, la présence de maladies chroniques multiples cause une augmentation importante des visites. Cette information peut aider les planificateurs à estimer les besoins futurs en matière de médecins, d'infirmières et d'autres professionnels de la santé. Ces estimations devraient tenir compte du nombre futur de patients atteints de maladies chroniques et de la proportion de ces patients dans les diverses cliniques de SSP.

L'analyse révèle également des écarts possibles dans les soins dispensés aux patients atteints de maladies chroniques, puisque certains patients ne semblent pas faire l'objet de la surveillance recommandée (comme l'indique leur DME). De plus, parmi les patients qui subissent des tests, un grand nombre obtiennent des résultats supérieurs aux valeurs limites recommandées. Des analyses plus poussées permettraient de déterminer comment optimiser le DME et l'utiliser pour appuyer la surveillance des maladies chroniques. Par ailleurs, d'autres études pourraient examiner dans quelle mesure la plupart des patients dépassent les valeurs limites recommandées et si certaines multimorbidités sont liées à des résultats élevés aux tests HbA1c et LDL et à des mesures élevées de tension artérielle.

En ce qui concerne les variations entre les cliniques, aucun lien n'a été observé entre le nombre de tests enregistrés et le respect des valeurs limites recommandées, et ce, pour les trois tests examinés. Fait intéressant, d'autres études ont tiré une conclusion semblable²⁷.

La présente étude démontre surtout que le DME peut appuyer les activités d'amélioration de la qualité dans les cliniques de SSP et orienter la planification de la gestion des maladies chroniques à l'échelle du système. Les cliniques de médecine familiale au Canada sont de plus en plus nombreuses à mettre en place des activités d'amélioration de la qualité dans divers domaines, comme l'hypertension, le diabète et la coronaropathie. Durant la dernière décennie, de multiples campagnes d'amélioration de la qualité ont été entreprises en Colombie-Britannique, en Saskatchewan et en Ontario^{4,5}. Leur prolifération porte à croire que la demande en données de qualité générées par le DME augmentera dans l'avenir. À l'aide des données du DME, les cliniques auraient accès à des renseignements à jour sur leurs patients, pourraient cibler les sous-populations nécessitant des soins personnalisés et, ainsi, orienter leurs efforts en fonction des priorités. De plus, les comparaisons entre les cliniques et à l'intérieur de celles-ci pourraient créer des occasions d'apprentissage. Avec le temps, les données recueillies dans le DME pourraient servir à repérer les tendances et à surveiller l'efficacité des initiatives d'amélioration de la qualité mises en place par les cliniques de SSP.

À mesure que la quantité de données augmentera dans le DME et que leur qualité s'améliorera, il sera aussi de plus en plus possible d'utiliser le DME dans la planification du système de santé. D'autres études semblables à celle-ci pourraient aider les planificateurs à comprendre comment la présence de maladies chroniques multiples influe sur l'utilisation du système de santé ou de quelle façon la gestion efficace des maladies chroniques par les dispensateurs de SSP pourrait réduire le recours aux soins d'urgence ou aux soins de courte durée. Ces données peuvent avoir une portée considérable, mais on doit d'abord les structurer et les rendre comparables à l'échelle des provinces et des territoires.

Avantages et limites de l'utilisation des données du DME

Les données administratives ainsi que les données sur les demandes de remboursement contiennent des renseignements relatifs aux caractéristiques démographiques, aux diagnostics et aux interventions, principalement aux fins de la facturation, et ne rendent donc pas compte à elles seules de la complexité de l'état de santé des patients. Les données du DME brossent un portrait complémentaire des observations faites et des mesures prises au point de prestation : elles sont longitudinales et portent sur toutes les visites et interventions pertinentes sur le plan clinique²⁸. Ces données peuvent inclure les valeurs de tension artérielle, les résultats de tests diagnostiques, les facteurs de risque, les médicaments et les diagnostics. Ainsi, le DME offre l'occasion d'utiliser les données cliniques pour mieux comprendre la morbidité, l'utilisation du système de santé et la gestion des maladies chroniques. Ces possibilités ont été soulignées dans la présente analyse. De plus, les données du DME peuvent orienter les initiatives de gestion de programmes et d'amélioration de la qualité à l'échelle des cliniques, aider à planifier l'affectation des ressources et guider la résolution des principales questions stratégiques à l'échelle des provinces et des territoires.

Le DME est une source d'information unique qui permet de combler les écarts existants en matière de connaissances. Néanmoins, il est essentiel d'avoir accès à des données prioritaires normalisées et présentées dans un format structuré. Par exemple, il n'existe aucun champ normalisé ou structuré pour les données sur le problème de santé dans les systèmes de DME. L'abondance des champs de saisie libre complique l'identification de problèmes précis dans les DME et entre ceux-ci. Le DME actuel n'est pas conçu pour l'extraction et l'analyse des données, mais pour la prise de notes cliniques sur les patients. L'extraction, le traitement et l'analyse des données du DME exigent un travail manuel considérable. Dans sa forme actuelle, le DME ne permet pas l'extraction et l'analyse à long terme et à grande échelle des données qu'il contient. L'adoption et l'application de la norme pancanadienne relative au contenu du DME en lien avec les SSP au point de prestation permettra d'accroître la disponibilité de données structurées et codifiées dans le DME et favorisera l'amélioration de la qualité et la gestion du système de santé (voir l'encadré).

Norme relative au contenu du DME en lien avec les SSP

Les DME sont mis en œuvre un peu partout au Canada en vue de l'amélioration des SSP, ce qui comprend l'accès, la qualité, les résultats ainsi que la prévention et la gestion des maladies chroniques. Pour que cette initiative pancanadienne produise les résultats escomptés, l'utilisation de données normalisées est essentielle. En effet, les données normalisées sont comparables et permettent de réaliser une meilleure analyse dans le but de cerner les tendances, d'évaluer l'incidence des initiatives de santé et d'appuyer la planification du système de santé. À cette fin, l'ICIS, de concert avec les provinces et les territoires et Inforoute Santé du Canada, a élaboré une norme relative au contenu du DME en lien avec les SSP. Cette norme a été diffusée au début de 2011, au terme d'un vaste processus de consultation de dispensateurs de soins, d'experts en normes, de chercheurs et de fournisseurs qui visait à solliciter leur expertise et opinion précieuse sur la norme et son application. La norme relative au contenu du DME en lien avec les SSP définit les concepts et les ensembles de référence clés qui décrivent un sous-ensemble d'éléments de données importants (comme les problèmes de santé, les facteurs de risque et les interventions). Notre objectif consiste à permettre aux provinces et aux territoires de mettre en œuvre cette norme à l'échelle du Canada. La norme favorise directement l'amélioration des soins aux patients en augmentant l'efficacité du DME et en permettant l'utilisation de ses données pour les besoins du système de santé.

Conclusions

La présente étude illustre en quoi le DME constitue une source émergente et riche de données importantes sur la prévalence des maladies chroniques et la qualité des soins. Elle démontre l'utilité des données du DME dans les cas suivants :

- permettre aux dispensateurs de SSP d'offrir des soins de grande qualité aux patients atteints de maladies chroniques;
- appuyer les initiatives d'amélioration de la qualité à l'échelle des médecins, des cliniques, des provinces et des territoires, en ciblant, à l'aide de données agrégées et comparables, les points à améliorer en matière de dépistage et de résultats;
- surveiller l'incidence des maladies chroniques sur l'utilisation des soins de santé et, ainsi, faciliter la planification des ressources liées aux SSP.

Pour augmenter la disponibilité de ce type de données à l'avenir, il faut assurer l'adoption de la norme pancanadienne relative au contenu des DME en lien avec les SSP, car la collecte de données normalisées au point de prestation pourra améliorer la qualité des données du DME aux fins d'analyse. Les dispensateurs de SSP demandent de plus en plus de données sur la qualité et pour répondre à cette demande croissante, le système de santé a besoin de données normalisées. Pour de plus amples renseignements, veuillez consulter le rapport de l'ICIS intitulé *Observations et leçons tirées du prototype du Système de déclaration volontaire des soins de santé primaires (SDV SSP)*¹⁰.

Remerciements

L'ICIS souhaite remercier les personnes suivantes pour leur contribution au rapport :

- D^r Rick Birtwhistle
- D^r Ben Chan
- D^r Ray Simkus
- D^r Henry Siu

Les membres de l'ICIS responsables de la rédaction du rapport sont Husam Alqatami, Li Dong, Umbrine Fatima, Tanya Flanagan, Andrew Goosen, Caroline Heick, David Paton, Maria Sanchez, Michelle Martin-Rhee, Shaheena Mukhi, Patricia Sullivan-Taylor, Michael Turner, Jennifer Trebell, Deepak Swain et Greg Webster.

Annexe A : Méthodologie de définition des cas

La méthodologie de définition des cas utilisée pour identifier les patients atteints d'une ou de plusieurs des sept maladies chroniques sélectionnées (diabète, hypertension, coronaropathie, dépression, asthme, MPOC et arthrose) a été élaborée en consultation avec les dispensateurs participant au SDV SSP et à l'aide d'un exercice de validation des cas. L'approche suivante fondée sur des règles a été utilisée pour identifier les patients atteints de maladies chroniques :

- codes de la CIM-9 ou de la CISP-2 et certains codes de facturation (p. ex. code 250 de la CIM-9 pour le diabète sucré)
- texte pertinent du tableau sur les visites, de la liste des problèmes (diagnostic) ou du tableau sur les problèmes de santé
- prescription de médicaments liés à une maladie chronique (p. ex. la metformine pour le diabète sucré)
- analyses en laboratoire ou résultats d'évaluation pertinents (p. ex. test HbA1C ou mesure de la tension artérielle)
- facteurs de risque pertinents (p. ex. tabagisme pour la MPOC)

Tableau A1 : Méthodologie de définition des cas de maladies chroniques

Diabète sucré Au moins deux différents	Hypertension Au moins trois différents	Coronaropathie Au moins trois différents	Dépression Au moins deux différents	Asthme Au moins deux différents*	Maladie pulmonaire obstructive chronique Au moins deux différents*	Arthrose Au moins deux différents*
Consultation	Consultation	Consultation	Consultation	Consultation	Consultation	Consultation
Problèmes de santé/liste des problèmes	Problèmes de santé/liste des problèmes (compte pour 2)	Problèmes de santé/liste des problèmes (compte pour 2)	Problèmes de santé/liste des problèmes (compte pour 2)	Problèmes de santé/liste des problèmes (compte pour 2)	Problèmes de santé/liste des problèmes (compte pour 2)	Problèmes de santé/liste des problèmes (compte pour 2)
2 résultats élevés de laboratoire ou plus (HbA1C ou FBG) ou 5 résultats de laboratoire ou plus au total	2 résultats élevés ou plus au contrôle de la tension artérielle ou 3 mesures de la tension artérielle ou plus	2 résultats élevés de laboratoire ou plus (LDL, HDL ou triglycérides)		un PFT/test de spirométrie ou plus ou risques (tabagisme, antécédents familiaux)*	un PFT/test de spirométrie/ radiographie des poumons ou plus ou risques (tabagisme)*	une intervention ou plus (arthroplastie du genou ou de la hanche) ou risques (obésité, antécédents familiaux)*
Médicament pertinent	Médicament pertinent	Médicament pertinent	Médicament pertinent	Médicament pertinent	Médicament pertinent	Médicament pertinent

Remarques

* Les cas d'asthme, de MPOC et d'arthrose sont repérés à l'aide des critères suivants : diagnostic pertinent (dans la liste des problèmes) ou combinaison comprenant une consultation (visite) pour une maladie particulière et une analyse en laboratoire, un facteur de risque ou un médicament ou plus enregistré dans le DME.

FBG : glycémie à jeun.

LDL : lipoprotéines de faible densité.

HDL : ratio de cholestérol total au cholestérol à lipoprotéines de haute densité.

PFT : examen des fonctions pulmonaires.

Source

Système de déclaration volontaire des soins de santé primaires, 2013, Institut canadien d'information sur la santé.

Annexe B : Prévoir l'utilisation élevée des services

Tableau B1 : Facteurs associés à l'utilisation élevée des services

Variable prédictive (groupe de référence)	Rapports de cotes	Intervalles de confiance de 95 %	
	10 visites ou plus dans une clinique de SSP en 12 mois		
Nombre de maladies (trois maladies chroniques ou plus)	3,5*	3,3	3,8
Âge (65 ans ou plus)	1,9*	1,8	2,0
Sexe (femme)	1,3*	1,3	1,4

Remarques

* Les rapports de cotes sont significativement différents.

N = 337 793.

Les maladies chroniques comprennent l'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique, la coronaropathie, la dépression, le diabète, l'hypertension et l'arthrose.

Source

Système de déclaration volontaire des soins de santé primaires, 2013, Institut canadien d'information sur la santé.

Références

1. Organisation mondiale de la santé. Burden: mortality, morbidity and risk factors. *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010*. 2011;1-31.
2. Anderson G. *Chronic Care: Making the Case for Ongoing Care*. Princeton, NJ : Robert Wood Johnson Foundation; 2010. <http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/reports/2010/rwjf54583>. Consulté le 25 septembre 2013.
3. Salisbury C, Johnson L, Purdy S, Valderas J, Montgomery A A. Epidemiology and impact of multimorbidity in primary care: a retrospective cohort study. *British Journal of General Practice*. 1^{er} janvier 2011;61(582):e12-e21.
4. Walling E, Haack C, Cole C. Chronic Disease Management Collaborative II: Improving Care. Improving Lives. *Saskatoon: Health Quality Council February 2012*. 2012.
5. Chan B. Transforming healthcare in Ontario through integration, evidence, and building capacity for improvement. *Healthcare Management Forum*. 2012;25:191-193.
6. Inforoute santé du Canada. *The Emerging Benefits of Electronic Medical Record Use in Community-Based Care*. PricewaterhouseCoopers (PwC network); 2013. https://www.infoway-inforoute.ca/index.php/component/docman/doc_download/1395-the-emerging-benefits-of-electronic-medical-record-use-in-community-based-care-full-report. Consulté le 25 septembre 2013.
7. Biro S C, Barber D T, Kotecha J A. Trends in the use of electronic medical records. *Canadian Family Physician*. 2012;58:e21.
8. Schoen C, Ocborn R, Squires D, et al. A Survey of Primary Care Doctors in Ten Countries Shows Progress in Use of Health Information Technology, Less in Other Areas. *Health Affairs Web First, published online Nov. 15, 2012*. 2012. http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/In%20the%20Literature/2012/Nov/1644_Schoen_survey_primary_care_doctors_10_countries_HA_11_15_2012_ITL_v2.pdf. Consulté le 25 septembre 2013.
9. Burge F, Lawson B, Aarsen K V, Putnam W. Assessing the Feasibility of Extracting Clinical Information to Create Quality Indicators from Primary Healthcare Practice EMRs. *Healthcare Quarterly*. 1^{er} juillet 2013;16(3):34-41.
10. Institut canadien d'information sur la santé. *Insights and Lessons Learned From the PHC VRS Prototype*. Décembre 2013.
11. Rand C, Vilis E, Dort N, White H. *Chapter 7-Chronic Disease Management. In: Guiding Facilitation in the Canadian Context: Enhancing Primary Health Care. Multi-jurisdictional Collaboration. Department of Health and Community Services, Province of Newfoundland and Labrador, 2006*. 2006.
12. Comité d'experts des lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète. Canadian Diabetes Association 2013 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. *Canadian Journal of Diabetes*. 2013;37(1):S1-S212.
13. Hackam D G, Quinn R R, Ravani P, et al. The 2013 Canadian Hypertension Education Program Recommendations for Blood Pressure Measurement, Diagnosis, Assessment of Risk, Prevention, and Treatment of Hypertension. *Canadian Journal of Cardiology*. 2013;29:528-542.

14. Genest J, McPherson R, Frohlich J, et al. 2009 Canadian Cardiovascular Society/Canadian guidelines for the diagnosis and treatment of dyslipidemia and prevention of cardiovascular disease in the adult – 2009 recommendations. *Can J Cardiol.* 2009;25(10):567-579.
15. Hux J E, Ivis F, Flintoft V, Bica A. Diabetes in Ontario: Determination of prevalence and incidence using a validated administrative data algorithm. *Diabetes Care.* 2002;25(3):512-516.
16. Harris S B, Glazier R, Tompkins J W, Wilton A S, Chevendra V. Investigating concordance in diabetes diagnosis between primary care charts (electronic medical records) and health administrative data: a retrospective cohort study. *BMC Health Services Research.* 2010;10:347-352.
17. Broemeling A, Watson D E, Prebtani F. Population Patterns of Chronic Health Conditions, Co-morbidity and Healthcare Use in Canada: Implications for Policy and Practice. *Healthcare Quarterly.* 2008;11(3):70-76.
18. Wilkins K, Campbell N R C, Joffres M R, et al. Statistique Canada. Blood pressure in Canadian adults. *Health Reports.* 2010;21(1):1-10. <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2010001/article/11118-eng.pdf>. Consulté le 25 septembre 2013.
19. Statistique Canada. Chronic obstructive pulmonary disease in Canadians, 2009 to 2011. <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2012001/article/11709-eng.htm>. Dernière modification le 25 novembre 2012. Consulté le 25 septembre 2013.
20. Agence de la santé publique du Canada. Life with Arthritis in Canada: A personal and public health challenge. <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/arthritis-arthritis/lwaic-vaaac-10/3-eng.php>. Dernière modification le 10 novembre 2011. Consulté le 25 septembre 2013.
21. Agence de la santé publique du Canada. Chapter 3 Mood Disorders. In : The Human Face of Mental Health and Mental Illness in Canada 2006. <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/mi-mm/depression-eng.php>. Dernière modification le 15 mars 2011. Consulté le 25 septembre 2013.
22. Dai S, Bancej C, Bienek A, Walsh P, Stewart P, Wielgosz A. Agence de la santé publique du Canada. Tracking heart disease and stroke in Canada 2009. http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcbc/29-4/ar_06-eng.php. Dernière modification le 15 septembre 2010. Consulté le 25 septembre 2013.
23. Institut canadien d'information sur la santé. Analysis in Brief, 2011. Seniors and the Health Care System: What Is the Impact of Multiple Chronic Conditions? 2011. https://secure.cihi.ca/free_products/air-chronic_disease_aib_en.pdf. Consulté le 25 septembre 2013.
24. Woodard L D, Landrum C R, Urech T H, Wang D, Virani S S, Petersen L A. Impact of Clinical Complexity on the Quality of Diabetes Care. *Am J Manag Care.* 2012;18(9):508-514.
25. Bae S J, Rosenthal M B. Patients with Multiple Chronic Conditions do not Receive Lower Quality of Preventive Care. *Journal of General Internal Medicine.* 2008;23(12):1933-1939.
26. Min L C, Wenger N S, Fung C, et al. Multimorbidity Is Associated With Better Quality of Care Among Vulnerable Elders. *Medical care.* 2007;45(6):480-488.
27. Glazier R H, Harris S B, Tompkins J W, et al. Number of HbA1c tests unrelated to quality of diabetes control: An electronic medical record data linkage study. *Diabetes Research and Clinical Practice.* 2011;93:e37-e40.
28. Stewart M, Thind A, Terry A L, Chevendra V, Marshall J N. Implementing and Maintaining a Researchable Database from Electronic Medical Records: A Perspective from an Academic Family Medicine Department. *Healthcare Policy.* 2009;5(2):26-39.