



Rapport sur la mise à jour des indicateurs  
pancanadiens de soins de santé primaires



## 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

# Table des matières

Remerciements.....	iii
À propos de l'ICIS.....	v
Sommaire.....	1
Contexte.....	3
Mise à jour des indicateurs.....	4
Quels sont les raisons et les objectifs de la mise à jour des indicateurs de SSP?.....	4
Processus utilisé dans le cadre du projet.....	5
Phase 0 : Activités de soutien.....	5
Phase 1 : Définir des sous-ensembles d'indicateurs prioritaires de SSP.....	7
Phase 2 : Mettre à jour les sous-ensembles d'indicateurs prioritaires de SSP.....	8
Indicateurs prioritaires.....	9
Indicateurs prioritaires destinés aux responsables de l'élaboration des politiques.....	9
Indicateurs prioritaires destinés aux dispensateurs de soins.....	11
Description des sources de données définies.....	14
Enquêtes auprès de la population et des patients.....	14
Enquêtes auprès des dispensateurs.....	16
Données clinico-administratives.....	16
Données manquantes.....	18
Conclusion.....	19
Annexe 1 : Membres des groupes de travail sur la révision des indicateurs.....	21
Annexe 2 : Participants aux enquêtes de définition des indicateurs prioritaires.....	27
Annexe 3 : Modèle des spécifications techniques relatives aux indicateurs.....	33
Annexe 4 : Spécifications techniques relatives aux indicateurs prioritaires destinés aux responsables de l'élaboration des politiques.....	35
Annexe 5 : Spécifications techniques relatives aux indicateurs prioritaires destinés aux dispensateurs de soins de santé primaires.....	125
Références.....	207



# Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) souhaite remercier les nombreux organismes et les nombreuses personnes dont les travaux ont contribué à la réalisation de la mise à jour des indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires (SSP). L'annexe 1 contient une liste des participants aux groupes d'examen des indicateurs. L'annexe 2 contient quant à elle une liste des participants aux enquêtes de définition des indicateurs prioritaires.

Merci aux membres suivants du comité consultatif pour leurs conseils et contributions :

**Le D<sup>r</sup> Bachir Belhadji**

Conseiller principal en politiques  
Santé Canada

**Le D<sup>r</sup> Richard Birtwhistle**

Directeur, Centre d'études en soins primaires  
Université Queen's

**M<sup>me</sup> Lisa Grandy**

Directrice, Soins de santé primaires  
Ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse

**La D<sup>re</sup> Jeannie Haggerty**

Titulaire d'une chaire de recherche  
Université McGill

**Le D<sup>r</sup> William Hogg**

Professeur et conseiller principal en recherche  
Université d'Ottawa

**Le D<sup>r</sup> Brian Hutchison**

Professeur émérite  
Université McMaster

**Le D<sup>r</sup> Alan Katz**

Directeur de la recherche, Département de médecine familiale  
Université du Manitoba

**Le D<sup>r</sup> Jean-Frédéric Lévesque**

Directeur scientifique, Analyse et évaluation des systèmes de soins et services  
Institut national de santé publique du Québec

**M. Tom Fogg**

Conseiller en réseau de soins primaires  
Santé Manitoba

**M<sup>me</sup> Kristin Anderson (substitut)**

Directrice  
Santé Manitoba

**M<sup>me</sup> Patrice Lindsay**

Directrice, Rendement et Évaluation  
Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires

**M<sup>me</sup> Michelina Mancuso**

Directrice exécutive  
Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

**M<sup>me</sup> Margaret Miller**

Directrice, Division de développement des données et de diffusion de la recherche  
Santé Canada

**M<sup>me</sup> Marci Scott**

Planificatrice stratégique des soins de santé primaire  
Région sanitaire Regina Qu'Appelle

Ce rapport est le fruit du travail de nombreux membres du personnel de l'ICIS ayant contribué à l'identification des indicateurs prioritaires, coordonné et dirigé les groupes d'examen des indicateurs, fait des analyses documentaires et contextuelles, et préparé le document en vue de sa publication. L'équipe principale responsable de l'élaboration du rapport se compose des personnes suivantes :

- Li Dong, analyste principal, ICIS
- Jennifer D'Silva, chargée de projet, ICIS
- Olga Krylova, analyste principale, ICIS
- Michael Terner, chargé de projet, ICIS
- Brenda Tipper, conseillère principale, ICIS

Les personnes suivantes ont également apporté leur soutien et donné des conseils dans le cadre de la production du rapport :

- Alison Bidie, chargée de projet, ICIS
- Ali Moses McKeag, chargée de projet, ICIS
- Kathleen Morris, directrice, ICIS
- Ben Reason, analyste principal, ICIS
- Mary Spayne, Axiom Writing Services
- Patricia Sullivan-Taylor, gestionnaire, ICIS
- Greg Webster, directeur, ICIS
- Centre for Effective Practice

## 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 recueille 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 plus de renseignements, consultez notre site Web à l'adresse [www.icis.ca](http://www.icis.ca).



# Sommaire

En 2006, l'ICIS a publié 105 indicateurs pancanadiens des soins de santé primaires (SSP) qui avaient été définis, par consensus, comme nécessaires pour mesurer la performance des SSP dans les provinces et les territoires et la comparer à de nombreux niveaux. Les indicateurs ont été créés grâce à un vaste processus de collaboration. Des conférences visant à établir un consensus, des groupes de travail, des processus Delphi et des consultations ont été organisés afin de recueillir des conseils d'experts et d'obtenir la participation des intervenants. Les indicateurs issus du processus d'établissement de consensus ont été choisis en raison de l'importance de leur mesure, et non selon la disponibilité des sources de données à cette époque. Au moment où ce premier ensemble de 105 indicateurs de SSP a été publié, 18 seulement pouvaient être dérivés des sources de données existantes.

Depuis leur première diffusion, l'intérêt qu'ils ont suscité et leur utilisation dans les provinces et territoires chez les chercheurs sont élevés et ne cessent de croître. Pendant cette période, soit depuis 2006, les directives cliniques ont évolué et des progrès importants ont été réalisés quant à l'expansion des sources de données sur les SSP, ce qui a permis de combler les lacunes. Dans cette optique, l'ICIS a travaillé, en 2011 et 2012, à mettre à jour un sous-ensemble des indicateurs de SSP. Dans le cadre de ce projet de mise à jour des indicateurs pancanadiens de SSP, l'ICIS a tenu à procéder à de vastes consultations pour éclairer les changements et s'assurer

- que les indicateurs sont mesurables et exploitables partout au Canada;
- qu'ils soient en harmonie avec les directives actuelles en matière de pratique clinique et les sources de données disponibles;
- qu'ils reflètent les aspects prioritaires de la performance des SSP au Canada.

En 2011, l'ICIS a interrogé des intervenants des quatre coins du Canada pour définir deux sous-ensembles prioritaires d'indicateurs de SSP — à raison de 30 indicateurs par sous-ensemble — afin de mesurer et d'améliorer les SSP. Un sous-ensemble devait répondre aux besoins des responsables de l'élaboration des politiques et l'autre, à ceux des dispensateurs de SSP au niveau de la pratique et de l'organisation. Les indicateurs des deux sous-ensembles prioritaires ont été mis en correspondance avec des sources de données pour évaluer la possibilité de les mesurer. On a utilisé autant que possible des sources de données existant à l'échelle pancanadienne de manière à s'assurer que les indicateurs peuvent être exploités partout au Canada. D'autres aspects ont également été pris en considération, comme la disponibilité et la qualité des données pour la production de rapports sur les indicateurs, ainsi que la fréquence de collecte des données.

- Parmi les sources de données privilégiées pour le sous-ensemble d'indicateurs destiné aux responsables de l'élaboration des politiques figuraient des enquêtes menées auprès de la population et des patients pour 15 indicateurs, des enquêtes menées auprès des dispensateurs de soins et des organismes pour 6 indicateurs, ainsi que des données clinico-administratives pour 6 indicateurs.

- Parmi les sources de données privilégiées pour le sous-ensemble d'indicateurs destiné aux dispensateurs de soins figuraient des données cliniques provenant des dossiers médicaux électroniques (DME) pour 16 indicateurs, des enquêtes menées auprès des dispensateurs et des organismes pour 6 indicateurs et des enquêtes menées auprès des patients pour 3 indicateurs.

Les indicateurs de chaque sous-ensemble prioritaire reflètent des aspects clés des SSP, comme l'acceptabilité, l'accessibilité, la pertinence, l'exhaustivité, la coordination, l'efficacité, l'efficience, les dépenses, la gouvernance, l'état de santé, l'infrastructure de technologies de l'information, la sécurité et la main-d'œuvre. Dans les deux sous-ensembles d'indicateurs prioritaires, neuf ont été jugés impossibles à mesurer dans l'ensemble des provinces et territoires avec les sources de données existantes ou possibles à produire à court terme. Cette lacune dans les données sur les SSP indique que, malgré les récents progrès ayant conduit à l'expansion des sources de données existantes sur les SSP et à la création de nouvelles sources, davantage d'efforts doivent être déployés pour que le Canada dispose de l'information sur les SSP nécessaire à la gestion efficace de son système de santé et à l'amélioration de la santé de sa population.

Les indicateurs pancanadiens de SSP ont été conçus et mis à jour pour accroître la mesure normalisée des SSP partout au Canada. Les intervenants des provinces, des territoires et des régions ainsi que les autres intervenants sont encouragés à utiliser ces indicateurs pancanadiens de SSP établis par consensus et fondés sur des données probantes afin de soutenir leurs efforts de mesure des SSP.

Les indicateurs du sous-ensemble destiné aux responsables de l'élaboration des politiques peuvent être utilisés pour

- soutenir l'élaboration et la planification de politiques axées sur la population;
- évaluer la performance du système de SSP;
- surveiller l'évolution et les variations entre les différentes régions sanitaires;
- fournir des données probantes afin d'éclairer les programmes, les politiques et les décisions de financement en santé;
- définir des niveaux et des lacunes dans la santé et le bien-être d'une population ou d'une collectivité.

Les indicateurs du sous-ensemble destiné aux dispensateurs de SSP peuvent être utilisés par les cliniques, les organismes et les régions sanitaires de manière à

- servir de base pour la comparaison de la performance;
- soutenir les programmes et initiatives d'amélioration de la qualité en mesurant l'évolution des processus clés et des résultats;
- faciliter la diffusion des programmes et la surveillance de la performance;
- définir les possibilités d'amélioration de la santé et du bien-être de la population servie.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur les indicateurs de SSP, les sources de données et les initiatives de production de rapports, visitez le site Web de l'ICIS à [www.icis.ca/ssp](http://www.icis.ca/ssp) ou envoyez un courriel à [ssp@icis.ca](mailto:ssp@icis.ca).

## Contexte

En 2006, l'ICIS a publié une liste de 105 indicateurs de SSP élaborée afin d'établir un ensemble d'indicateurs de SSP consensuels qui pourraient être utilisés pour comparer et mesurer la performance des SSP à de multiples niveaux dans les provinces et territoires canadiens. Cette initiative, ayant vu le jour en 2005, avait été financée par le Fonds pour l'adaptation des SSP afin de répondre au besoin de créer un ensemble d'indicateurs de SSP convenu qui pourrait être utilisé de manière homogène partout au Canada pour mesurer, surveiller et améliorer les SSP<sup>1</sup>.

Le processus d'élaboration de la liste de 105 indicateurs incluait les étapes suivantes :

- une analyse contextuelle des indicateurs et des cadres conceptuels des SSP visant à élaborer une liste préliminaire;
- deux conférences auxquelles avaient participé plus de 80 responsables de l'élaboration des politiques, dispensateurs de soins, chercheurs et gestionnaires du système afin d'examiner les indicateurs potentiels et d'établir un consensus;
- des groupes de travail composés de plus de 60 responsables de l'élaboration des politiques, dispensateurs de soins, chercheurs et gestionnaires du système pour élaborer des spécifications techniques pour les indicateurs;
- des consultations avec des intervenants provinciaux, territoriaux et régionaux, des associations professionnelles du domaine de la santé et des chercheurs internationaux pour recueillir des avis et des conseils sur les indicateurs;
- trois cycles d'un processus Delphi modifié auquel avaient participé plus de 70 personnes afin d'évaluer l'importance des indicateurs.

La Stratégie nationale d'évaluation du Fonds pour l'adaptation des SSP — y compris ses objectifs, mécanismes de soutien et questions d'évaluation — a servi de guide pour l'élaboration des indicateurs de SSP<sup>1</sup>. Conformément à ce cadre, les indicateurs ont été classés en huit catégories (énumérées ci-dessous) pour des raisons de présentation (bien que d'autres cadres pourraient être utilisés pour classer les mêmes indicateurs) :

1. Accès aux SSP par l'entremise d'un dispensateur habituel;
2. Soins de santé intégrés, services préventifs et gestion des affections chroniques;
3. Intégration et coordination pour une continuité efficace des soins;
4. Accès 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 aux SSP;
5. Soins axés sur le patient;
6. Amélioration de l'orientation de la population;
7. Qualité des SSP — prévention primaire, prévention secondaire des affections chroniques, sécurité des patients, objectifs des traitements et résultats qui en découlent;
8. Appuis et contributions aux SSP — ressources humaines de la santé, équipes interdisciplinaires, technologie de l'information et mode de rémunération des dispensateurs.

Le rapport sur l'élaboration des indicateurs de 2006 décrit le processus de création des 105 indicateurs de SSP et présente les spécifications techniques. Un deuxième rapport a aussi été publié afin d'émettre des recommandations pour l'amélioration de l'infrastructure de collecte de données pancanadiennes sur les SSP.

En 2008, l'ICIS a publié un recueil de graphiques pour illustrer comment les données sur les SSP pouvaient être utilisées pour alimenter les indicateurs pancanadiens de SSP. Les exemples avaient été produits au moyen d'un sous-ensemble d'indicateurs de SSP concernant l'accès, les soins recommandés, ainsi que l'organisation et la prestation des services de même qu'au moyen de données saisies à l'échelle régionale, provinciale ou territoriale, nationale et internationale. Le recueil est accessible au [www.icis.ca/ssp](http://www.icis.ca/ssp).

## Mise à jour des indicateurs

### Quels sont les raisons et les objectifs de la mise à jour des indicateurs de SSP?

Les indicateurs de SSP issus du projet de 2006 ont été sélectionnés parce que leur mesure a été jugée importante. Leur choix n'a pas été fondé sur les sources de données disponibles à l'époque. Au moment où ce premier ensemble de 105 indicateurs a été publié, 18 seulement pouvaient être dérivés de sources de données existantes. Depuis 2006, l'ICIS et d'autres organismes intéressés par la mesure des SSP ont créé des sources de données à partir desquelles d'autres indicateurs peuvent être calculés.

Depuis la publication initiale des indicateurs, l'intérêt que leur utilisation et leur mise en application ont suscité parmi les provinces et territoires, les régions et les chercheurs n'a cessé de croître. Or, les données probantes sur lesquelles s'appuyaient certaines directives cliniques et pratiques exemplaires ont changé depuis 2006. En 2011, l'ICIS a défini le besoin de passer en revue les indicateurs afin de s'assurer qu'ils continuent à refléter les meilleures pratiques et à représenter des aspects clés de la performance des SSP au Canada. L'ICIS a également reconnu que des modifications devaient être apportées aux définitions des indicateurs pour s'assurer que les intervenants peuvent les mettre en application et les calculer à de multiples niveaux.

Voici les raisons qui ont justifié la mise à jour des indicateurs pancanadiens :

- Il était nécessaire de définir les sources de données existantes ou en cours d'élaboration pour s'assurer que les indicateurs sont mesurables.
- Il fallait réviser les définitions pour s'assurer que les indicateurs pouvaient être exploités par certains groupes d'utilisateurs. Par conséquent, deux sous-ensembles d'indicateurs des SSP visant des utilisateurs différents devaient être créés. Chaque sous-ensemble devait représenter des aspects importants des SSP au Canada. Le premier sous-ensemble d'indicateurs aurait pour but de prendre des mesures au niveau de la population afin d'éclairer les politiques en santé, et le second, de prendre des mesures au niveau de la pratique pour les dispensateurs de SSP.
- Les définitions devaient être révisées pour garantir l'harmonie des indicateurs de SSP avec les directives fondées sur des données probantes actuelles.

Le projet de mise à jour des indicateurs avait trois objectifs.

1. Le premier consistait à définir deux sous-ensembles d'indicateurs prioritaires parmi les 105 indicateurs de 2006, chacun reflétant des aspects importants des SSP au Canada.
  - Un sous-ensemble d'indicateurs de SSP prioritaires pouvant être utilisé par les responsables de l'élaboration des politiques a été défini pour soutenir l'élaboration de politiques axées sur la population, la planification et la production de rapports sur la performance.
  - Un autre sous-ensemble d'indicateurs de SSP pouvant être utilisé par les dispensateurs de SSP a été défini pour soutenir les initiatives de mesure axées sur la pratique et d'amélioration de la qualité.
2. Le deuxième objectif consistait à s'assurer que les mesures des deux sous-ensembles d'indicateurs prioritaires sont normalisées, en harmonie avec des directives fondées sur des données probantes et compatibles avec les sources de données existantes et en cours d'élaboration.
3. Le troisième objectif consistait à faire participer de nombreux intervenants au processus de mise à jour pour s'assurer que les indicateurs répondent aux besoins des utilisateurs finaux.

## Processus utilisé dans le cadre du projet

Le projet comprenait deux phases et des activités de soutien complémentaires. Les activités de soutien visaient à produire des documents d'information générale afin d'informer les participants au projet. Parmi ces activités figuraient des examens des données cliniques, une analyse contextuelle et un examen initial des définitions des indicateurs par l'équipe de projet de l'ICIS.

### Phase 0 : Activités de soutien

Le Centre for Effective Practice a examiné les données cliniques liées à tous les indicateurs dont le calcul avait été défini comme nécessitant des données clinico-administratives. L'examen des données cliniques était fondé sur la stratégie de recherche tripartite suivante :

1. un examen des nouveaux documents liés aux citations du rapport sur l'élaboration des indicateurs de 2006;
2. un examen de la littérature grise afin de trouver les groupes — y compris les organismes locaux, nationaux et internationaux — ayant publié des documents relatifs aux indicateurs dont le calcul nécessite des données clinico-administratives;
3. un examen de la documentation évaluée par les pairs et répertoriée publiée depuis 2006 pour déceler les nouvelles recherches et initiatives liées aux indicateurs dont le calcul nécessite des données clinico-administratives.

Une analyse contextuelle portant sur Santé Canada, Statistique Canada, l'ICIS, les ministères de la santé provinciaux et territoriaux et les organismes de recherche en santé provinciaux a été effectuée pour recueillir de l'information sur les indicateurs établis, les mesures de performance déclarées, les modèles de comparaison et les cartes de pointage en matière de santé relatifs aux SSP. L'analyse contextuelle avait deux buts : déterminer quels indicateurs de SSP avaient été définis dans les provinces et territoires canadiens; comparer les définitions des indicateurs de SSP de l'ICIS aux définitions des indicateurs de SSP utilisées par d'autres organismes.

L'équipe de projet a effectué un examen initial des définitions des indicateurs de SSP afin de déterminer les sources de données et les problèmes potentiels en ce qui concerne les indicateurs prioritaires (voir Indicateurs prioritaires).

Les 105 indicateurs existants ont été classés selon 14 domaines de manière à s'assurer que les indicateurs de chaque sous-ensemble prioritaire représentent un aspect important des SSP au Canada. L'équipe de projet a considéré l'utilisation de plusieurs cadres, aspects et définitions des attributs des SSP dans l'élaboration de l'organisation conceptuelle<sup>2-5</sup>. Cette organisation est présentée dans le tableau 1.

**Tableau 1 : Organisation conceptuelle**

Niveau de l'indicateur	Aspect
<b>Structure</b>	Dépenses
	Gouvernance
	Infrastructure de technologies de l'information
	Main-d'œuvre
<b>Processus</b>	Accessibilité
	Pertinence
	Exhaustivité
	Continuité*
	Coordination
	Efficience
<b>Résultats</b>	Acceptabilité
	Efficacité
	État de santé
	Sécurité

**Remarque**

\* Bien que la continuité fasse partie des aspects de l'organisation conceptuelle, aucun des 105 indicateurs de SSP n'a été considéré comme en étant la mesure directe. Par conséquent, cet aspect n'a pas été inclus dans la liste d'aspects des indicateurs prioritaires (voir les tableaux 2 et 4).

## Phase 1 : Définir des sous-ensembles d'indicateurs prioritaires de SSP

La phase 1 du projet visait à former deux sous-ensembles d'indicateurs prioritaires — à raison de 30 indicateurs par sous-ensemble — à partir des 105 indicateurs définis dans le cadre du projet d'élaboration de 2006.

L'ICIS a envoyé deux questionnaires électroniques, un pour définir les indicateurs prioritaires qui intéressaient les responsables de l'élaboration des politiques et l'autre pour définir ceux qui intéressaient les dispensateurs de SSP. Les questionnaires ont été envoyés aux responsables de l'élaboration des politiques, aux dispensateurs et aux chercheurs travaillant dans le domaine des SSP au Canada, qui ont dû évaluer l'importance relative de chacun des 105 indicateurs pancanadiens de SSP. Les répondants devaient évaluer chaque indicateur sur une échelle de 1 à 9 selon laquelle 1 signifiait « pas important » et 9, « très important ». La définition de l'importance différait pour chacun des sous-ensembles prioritaires d'indicateurs de SSP :

1. Pour le sous-ensemble destiné aux responsables de l'élaboration des politiques, l'importance était définie comme suit : « L'indicateur est utile aux responsables de l'élaboration des politiques parce qu'il permet de soutenir l'élaboration et la planification de politiques axées sur la population et parce que la disponibilité de données normalisées et comparables à l'échelle pancanadienne leur serait profitable. »
2. Pour le sous-ensemble destiné aux dispensateurs, l'importance a été définie comme suit : « L'indicateur est utile aux dispensateurs de SSP parce qu'il permet de soutenir les initiatives de mesure axées sur la pratique et d'amélioration de la qualité et parce que la disponibilité de données normalisées et comparables à l'échelle pancanadienne leur serait profitable. »

Le questionnaire permettait aux répondants d'émettre leurs commentaires sur chaque indicateur. Afin de s'assurer que chaque sous-ensemble d'indicateurs prioritaires de SSP représente des aspects importants des SSP, les 105 indicateurs de SSP ont été classés selon l'organisation conceptuelle. Des moyennes ont été calculées pour chaque indicateur. Treize indicateurs ont été choisis pour être inclus dans chaque sous-ensemble parce qu'ils avaient obtenu la moyenne la plus élevée dans chacun des 13 aspects des SSP. Les 17 indicateurs restants de chaque sous-ensemble ont été choisis parce qu'ils avaient obtenu les moyennes globales les plus élevées. Vous trouverez une liste des indicateurs prioritaires de SSP choisis dans la section Indicateurs prioritaires.

Parmi les 42 questionnaires envoyés à des intervenants pour définir les indicateurs prioritaires du sous-ensemble destiné aux responsables de l'élaboration des politiques, 25 ont été retournés, ce qui donne un taux de réponse de 60 %. Parmi les 56 questionnaires envoyés à des intervenants pour définir les indicateurs prioritaires du sous-ensemble destiné aux dispensateurs, 42 ont été retournés, ce qui représente un taux de réponse de 75 %.

## Phase 2 : Mettre à jour les sous-ensembles d'indicateurs prioritaires de SSP

La phase 2 du projet avait pour objectif d'examiner et de mettre à jour les deux sous-ensembles d'indicateurs prioritaires de SSP. Pour ce faire, l'ICIS a formé cinq groupes de travail. Chacun était composé de 9 à 14 membres et comprenait un représentant de l'équipe principale responsable du projet de l'ICIS. Chaque groupe de travail devait examiner 11 à 13 indicateurs, en discuter et les mettre à jour. Voici la description des indicateurs attribués aux différents groupes de travail :

- Le groupe de travail 1 était responsable de 12 indicateurs liés aux activités de dépistage générales.
- Le groupe de travail 2 était responsable de 12 indicateurs liés aux activités de traitements et de dépistage de certaines maladies.
- Le groupe de travail 3 était responsable de 11 indicateurs liés aux comportements liés à la santé et aux résultats cliniques.
- Le groupe de travail 4 était responsable de 13 indicateurs liés aux mesures non cliniques au niveau du patient ou du dispensateur.
- Le groupe de travail 5 était responsable de 12 indicateurs liés aux mesures non cliniques au niveau de l'organisme.

Les membres de chacun des groupes de travail sont présentés à l'annexe 1.

Un comité consultatif a également été formé pour orienter le projet et offrir ses conseils sur les définitions des indicateurs lorsque les groupes de travail n'arrivaient pas à dégager un consensus. Ce comité était composé de 13 membres provenant de l'extérieur de l'ICIS et comprenait un représentant de chacun des 5 groupes de travail.

La phase de mise à jour comptait trois étapes de participation pour les membres des groupes de travail : l'étape d'examen, l'étape de discussion et l'étape de consensus.

- À l'étape d'examen, les membres des groupes de travail ont reçu des documents d'information sur chaque indicateur inclus dans l'examen des données cliniques, des résultats de l'analyse contextuelle, des commentaires sur des indicateurs précis émis par les participants à la phase 1 et un compte rendu sur chaque indicateur produit par l'ICIS. Les répondants ont ensuite été invités à déceler les problèmes dans les définitions actuelles des indicateurs et à sélectionner les meilleures sources de données disponibles pour calculer les indicateurs. À cette étape, 45 des 49 membres des groupes de travail ont répondu au questionnaire, ce qui représente un taux de réponse de 92 %.
- À l'étape de discussion, l'équipe du projet a compilé et classé les réponses fournies à l'étape d'examen selon des sujets de discussion pour chaque indicateur, y compris le choix d'une source de données à privilégier. Les membres des groupes de travail ont pu examiner ces sujets de discussion, en discuter et émettre leurs recommandations sur un forum en ligne. Parmi les 50 membres des groupes de travail, 38 ont participé aux discussions en ligne à cette étape, ce qui donne un taux de participation de 76 %.

- À l'étape du consensus, l'équipe du projet a tenu compte des recommandations émises à l'étape de discussion pour rédiger une version préliminaire des définitions des indicateurs, comprenant le numérateur, le dénominateur et les critères d'inclusion ou d'exclusion, puis a publié ces ébauches sur le forum en ligne. Les membres des groupes de travail ont voté pour indiquer s'ils acceptaient ou non la nouvelle définition de chaque indicateur. Le consensus a été considéré comme établi lorsque tous les membres ayant voté sauf un ont jugé la nouvelle définition de l'indicateur comme acceptable. À cette étape, 41 des 51 membres votants (y compris les membres des groupes de travail et un représentant de l'ICIS) ont participé à l'étape du consensus, ce qui représente un taux de participation de 80 %.

## Indicateurs prioritaires

### Indicateurs prioritaires destinés aux responsables de l'élaboration des politiques

Les indicateurs prioritaires du sous-ensemble destiné aux responsables de l'élaboration des politiques sont énumérés par aspect des SSP dans le tableau 2.

Tableau 2 : Indicateurs, par aspect des SSP

Aspect des SSP	Indicateur
<b>Acceptabilité</b>	Temps passé par les patients atteints de maladies chroniques avec un dispensateur de SSP
<b>Accessibilité</b>	Population ayant un dispensateur régulier de SSP
	Temps d'attente pour obtenir des soins immédiats pour un problème de santé mineur
	Difficultés à accéder à des SSP de routine ou continus
	Difficultés à accéder à des soins immédiats pour un problème de santé mineur les soirs et les fins de semaine
<b>Pertinence</b>	Vaccination infantile
	Dépistage du cancer du côlon
	Dépistage du cancer du sein
	Dépistage du cancer du col de l'utérus
	Dépistage chez les adultes atteints de diabète
	Examen de la vue chez les adultes atteints de diabète
	Surveillance de la prise de médicaments antidépresseurs
<b>Exhaustivité</b>	Gamme des services de SSP
<b>Coordination</b>	Ententes de soins conjoints avec d'autres organismes de soins de santé
<b>Efficacité</b>	Taux d'hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires
	Visites aux services d'urgence pour cause d'asthme
	Contrôle de la tension artérielle en cas d'hypertension
	Complications du diabète
	Visites aux services d'urgence pour cause d'insuffisance cardiaque congestive*

**Tableau 2 : Indicateurs, par aspect des SSP (suite)**

Aspect des SSP	Indicateur
Efficienc	Accès aux renseignements sur la santé des clients ou des patients en SSP au point de service
Dépenses	Mode de rémunération des médecins en SSP
Gouvernance	Planification des SSP en fonction des besoins
État de santé	Taux de surpoids et d'obésité
	Taux de tabagisme
	Taux de consommation de fruits et légumes
	Taux d'activité physique
Infrastructure de technologies de l'information	Intégration de systèmes d'information et de communication par les dispensateurs de SSP
Sécurité	Dispensateurs de SSP victimes d'épuisement professionnel*
Main-d'œuvre	Nombre de dispensateurs de SSP
	MF, OP et IP travaillant au sein d'équipes ou de réseaux interdisciplinaires de SSP*

**Remarques**

\* La définition de l'indicateur n'a pas été mise à jour parce qu'aucune source de données ne permet de le calculer.

MF, OP et IP : médecins de famille, omnipraticiens et infirmières praticiennes.

La disponibilité des données est souvent une considération de première importance lors du choix des indicateurs mesurables pour un intervenant. Par conséquent, les indicateurs du sous-ensemble destiné aux responsables de l'élaboration des politiques sont présentés par source de données dans le tableau 3.

**Tableau 3 : Indicateurs prioritaires destinés aux responsables de l'élaboration des politiques, par source de données**

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	Outils d'enquête fondée sur la pratique	Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada
Population ayant un dispensateur régulier de SSP	Gamme des services de SSP	Dépistage chez les adultes atteints de diabète
Difficultés à accéder à des SSP de routine ou continus	Ententes de soins conjoints avec d'autres organismes de soins de santé	Examen de la vue chez les adultes atteints de diabète
Difficultés à accéder à des soins immédiats pour un problème de santé mineur les soirs et les fins de semaine	Planification des SSP en fonction des besoins	Contrôle de la tension artérielle en cas d'hypertension
Dépistage du cancer du côlon	Accès aux renseignements sur la santé des clients ou des patients en SSP au point de service	
Dépistage du cancer du sein		
Dépistage du cancer du col de l'utérus		
Taux de surpoids et d'obésité		
Taux de tabagisme		
Taux de consommation de fruits et légumes		
Taux d'activité physique		

**Tableau 3 : Indicateurs prioritaires destinés aux responsables de l'élaboration des politiques, par source de données (suite)**

Sondage national auprès des médecins	L'International Health Policy Survey (sondage international sur les politiques de santé) du Fonds du Commonwealth	Dossiers médicaux électroniques
Mode de rémunération des médecins en SSP Intégration de systèmes d'information et de communication par les dispensateurs de SSP	Temps passé par les patients atteints de maladies chroniques avec un dispensateur de SSP Temps d'attente pour obtenir des soins immédiats pour un problème de santé mineur	Vaccination infantile Surveillance de la prise de médicaments antidépresseurs
Base de données sur les congés des patients (BDPCP) et Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO	Système national d'information sur les soins ambulatoires	Base de données médicales Scott's/Base de données sur les infirmières et infirmiers
Taux d'hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires* Complications du diabète <sup>†</sup>	Visites aux services d'urgence pour cause d'asthme <sup>†</sup>	Nombre de dispensateurs de SSP*

**Remarques**

\* Nécessite également des données du Recensement.

† Nécessite également des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

Les indicateurs pour lesquels aucune source de données n'existe ont été retirés des indicateurs prioritaires finaux, ce qui fait que leurs définitions n'ont pas été mises à jour dans le cadre du projet. Les trois indicateurs de SSP du sous-ensemble destiné aux responsables de l'élaboration des politiques suivants ont donc été retirés :

- Visites aux services d'urgence pour cause d'insuffisance cardiaque congestive
- Dispensateurs de SSP victimes d'épuisement professionnel
- MF/OP/IP travaillant au sein d'équipes ou de réseaux interdisciplinaires de SSP

Les spécifications techniques relatives à ces indicateurs prioritaires sont présentées à l'annexe 4.

## Indicateurs prioritaires destinés aux dispensateurs de soins

Les indicateurs prioritaires du sous-ensemble destiné aux dispensateurs de SSP sont énumérés par aspect des SSP dans le tableau 4.

**Tableau 4 : Indicateurs, par aspect des SSP**

Aspect des SSP	Indicateur
<b>Acceptabilité</b>	Services de SSP qui répondent aux besoins des clients ou des patients
<b>Accessibilité</b>	Population ayant un dispensateur régulier de SSP*
	Temps d'attente pour obtenir des soins immédiats pour un problème de santé mineur
<b>Pertinence</b>	Vaccination infantile
	Dépistage du cancer du côlon
	Dépistage du cancer du sein

Tableau 4 : Indicateurs, par aspect des SSP (suite)

Aspect des SSP	Indicateur
	Dépistage du cancer du col de l'utérus
	Arrêt du tabagisme conseillé en SSP
	Vaccin contre la grippe pour les personnes âgées de 65 ans et plus
	Test de dépistage des problèmes congénitaux
	Mesure de la tension artérielle
	Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints de coronaropathie
	Dépistage chez les adultes atteints de diabète
	Dépistage de la baisse de la vue chez les adultes atteints de diabète*
	Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints d'hypertension
	Traitement de la dyslipidémie
	Traitement d'un infarctus aigu du myocarde
	Traitement de l'anxiété
<b>Exhaustivité</b>	Ressources offertes en SSP pour l'autogestion de problèmes chroniques
<b>Coordination</b>	Moyenne d'efficacité du travail de l'équipe de dispensateurs de SSP
<b>Efficacité</b>	Taux d'hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires*
	Visites aux services d'urgence pour cause d'asthme*
	Contrôle de la tension artérielle en cas d'hypertension
<b>Efficience</b>	Répétition inutile de tests médicaux par des dispensateurs de SSP
<b>Dépenses</b>	Coûts opérationnels moyens des services de SSP, par habitant*
<b>Gouvernance</b>	Maintien d'une liste des médicaments et des problèmes en SSP
<b>État de santé</b>	Taux de surpoids et d'obésité
<b>Infrastructure de technologies de l'information</b>	Intégration de systèmes d'information et de communication dans les organismes de SSP
<b>Sécurité</b>	Dispensateurs de SSP victimes d'épuisement professionnel*
<b>Main-d'œuvre</b>	Dispensateurs de SSP équivalents à temps plein

**Remarque**

\* La définition de l'indicateur n'a pas été mise à jour parce qu'aucune source de données ne permet de le calculer.

La disponibilité des données est souvent une considération de première importance lors du choix des indicateurs mesurables pour un intervenant. Par conséquent, les indicateurs du sous-ensemble destiné aux dispensateurs sont présentés par source de données dans le tableau 5.

**Tableau 5 : Indicateurs prioritaires destinés aux dispensateurs de soins, par source de données**

DME	Outils d'enquête fondée sur la pratique
Vaccination infantile	Services de SSP qui répondent aux besoins des clients ou des patients
Dépistage du cancer du côlon	
Dépistage du cancer du sein	Temps d'attente pour obtenir des soins immédiats pour un problème de santé mineur
Dépistage du cancer du col de l'utérus	Ressources offertes en SSP pour l'autogestion de problèmes chroniques
Dépistage chez les adultes atteints de diabète	
Arrêt du tabagisme conseillé en SSP	Moyenne d'efficacité du travail de l'équipe de dispensateurs de SSP
Vaccin contre la grippe pour les personnes âgées de 65 ans et plus	Répétition inutile de tests médicaux par des dispensateurs de SSP
Test de dépistage des problèmes congénitaux	
Mesure de la tension artérielle	Maintien d'une liste des médicaments et des problèmes en SSP
Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints de coronaropathie	Intégration de systèmes d'information et de communication dans les organismes de SSP
Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints d'hypertension	Dispensateurs de SSP équivalents à temps plein
Traitement de la dyslipidémie	
Traitement d'un infarctus aigu du myocarde	
Traitement de l'anxiété	
Contrôle de la tension artérielle en cas d'hypertension	
Taux de surpoids et d'obésité	

Les indicateurs pour lesquels aucune source de données n'existe ont été retirés des indicateurs prioritaires finaux, ce qui fait que leurs définitions n'ont pas été mises à jour dans le cadre du projet. Les six indicateurs de SSP du sous-ensemble destiné aux dispensateurs de soins suivants ont donc été retirés :

- Population ayant un dispensateur régulier de SSP;
- Dépistage de la baisse de la vue chez les adultes atteints de diabète;
- Taux d'hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires;
- Visites aux services d'urgence pour cause d'asthme;
- Coûts opérationnels moyens des services de SSP, par habitant;
- Dispensateurs de SSP victimes d'épuisement professionnel.

Les spécifications techniques relatives à ces indicateurs prioritaires sont présentées à l'annexe 5.

## Description des sources de données définies

L'équipe du projet a cherché des sources de données possibles pour chaque indicateur et a présenté les options aux groupes de travail. Les sources de données offrant la plus grande couverture pancanadienne ont été privilégiées par rapport aux sources de données limitées à des provinces ou des territoires précis. Les sources de données qui ont obtenu le plus de votes à l'étape d'examen de la phase 2 ont été couplées aux indicateurs afin de déterminer si elles permettraient de les calculer. Les sources de données privilégiées pour chaque indicateur ont été confirmées à l'étape de discussion des groupes de travail. Il est important de noter que la fréquence de collecte et le contenu de ces sources de données (par exemple, les enquêtes sur la population et les dispensateurs) pourraient changer avec le temps. Trois indicateurs du sous-ensemble destiné aux responsables de l'élaboration des politiques et cinq du sous-ensemble destiné aux dispensateurs n'ont pas pu être couplés avec une source de données pancanadienne. Ils ont donc été mis de côté en attendant qu'une source de données permettant leur calcul soit trouvée. Les sources de données pour le calcul des indicateurs peuvent être classées dans l'une des trois catégories suivantes :

- Enquêtes auprès de la population et des patients;
- Enquêtes auprès des dispensateurs;
- Données clinico-administratives.

### Enquêtes auprès de la population et des patients

Les enquêtes sur la population en général ou sur des sous-groupes de population constituent d'excellentes sources de données et ont été définies comme sources de données privilégiées pour 15 indicateurs du sous-ensemble destiné aux responsables de l'élaboration des politiques et pour 3 indicateurs du sous-ensemble d'indicateurs prioritaires destiné aux dispensateurs. Les enquêtes suivantes ont spécifiquement été choisies :

1. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) a été définie comme source de données privilégiée pour 10 indicateurs du sous-ensemble destiné aux responsables de l'élaboration des politiques. L'ESCC est une étude transversale des Canadiens de 12 ans et plus et est menée par Statistique Canada. La base d'échantillonnage exclut les personnes vivant dans des réserves indiennes et sur des terres de la Couronne, les personnes placées en établissement, les membres à temps plein des Forces canadiennes et les habitants de certaines régions éloignées. L'ESCC comprend des sections de composantes de base qui reviennent à chaque cycle d'enquête et des sections thématiques qui reviennent moins souvent<sup>6</sup>. Le sous-ensemble d'indicateurs destiné aux responsables de l'élaboration des politiques inclut des indicateurs dont le calcul est fondé sur les sections de base et d'autres dont le calcul est fondé sur les sections thématiques, ce qui veut dire que certains indicateurs peuvent être calculés plus souvent que d'autres.

2. L'Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada (EPMCC) a été définie comme la source de données privilégiée pour trois indicateurs du sous-ensemble destiné aux responsables de l'élaboration des politiques. Cette enquête bisannuelle est effectuée auprès d'un sous-échantillon de l'ESCC, soit auprès de répondants ayant déclaré eux-mêmes souffrir d'asthme (12 ans et plus), de diabète (20 ans et plus) ou de bronchopneumopathie chronique obstructive (35 ans et plus). L'enquête est menée par Statistique Canada et financée par l'Agence de santé publique du Canada. Les maladies chroniques étudiées dans le cadre de l'enquête varient selon le cycle (deux maladies chroniques sont étudiées à chaque cycle). Par conséquent, la fréquence de calcul des indicateurs varie selon la fréquence des cycles permettant d'étudier les maladies chroniques liées aux indicateurs<sup>7</sup>.
3. L'International Health Policy Survey (sondage international sur les politiques de santé) du Fonds du Commonwealth a été défini comme la source de données à privilégier pour deux indicateurs du sous-ensemble destiné aux responsables de l'élaboration des politiques. Cette enquête auprès des adultes de 18 ans et plus est effectuée tous les trois ans, séparément de l'International Health Policy Survey of Sicker Adults (sondage international sur les politiques de santé auprès des adultes malades) du Fonds du Commonwealth, qui n'utilise pas la même base d'échantillonnage. Le dernier questionnaire a été distribué en Allemagne, en Australie, au Canada, aux États-Unis, en France, en Italie, en Norvège, en Nouvelle-Zélande, aux Pays-Bas, au Royaume-Uni, en Suède et en Suisse. Le sondage est mené par le Fonds du Commonwealth, soutenu au Canada par le Conseil canadien de la santé, le Conseil ontarien de la qualité des services de santé et le Commissaire à la santé et au bien-être du Québec. En 2010, la taille de l'échantillon canadien était de 3 302 personnes, avec suréchantillonnage en Ontario et au Québec<sup>8</sup>. La petite taille de l'échantillon de 2010 empêche la déclaration de données fiables pour l'extérieur de l'Ontario et du Québec.
4. La composante « patient » des outils d'enquête fondée sur la pratique des SSP au Canada a été définie comme la source de données à privilégier pour trois indicateurs du sous-ensemble destiné aux dispensateurs<sup>i</sup>.

---

i. Ceci est une composante d'un ensemble de structures et de questions de base validées. Les questions ont été conçues pour être posées à trois groupes de répondants : les patients, les dispensateurs et les organismes du domaine des SSP. Ces outils ont été créés parallèlement à la mise à jour des indicateurs de SSP de manière à s'assurer qu'ils permettent le calcul d'un nombre maximal d'indicateurs. Ils représentent la prochaine norme qui pourrait être utilisée par les organismes et les cliniques fournissant des services de SSP. Toutefois, il n'existe encore aucun plan de sondage national ou provincial exhaustif exploitant ces outils ni plan d'entrepôt central pour ces données. La mise en œuvre de ces outils de sondage à grande échelle augmentera grandement la collecte de données sur les SSP au niveau de la pratique et permettra de calculer des indicateurs de SSP pour soutenir les initiatives de mesure axées sur la pratique et d'amélioration de la qualité.

## Enquêtes auprès des dispensateurs

Les enquêtes auprès des dispensateurs de SSP, particulièrement les suivantes, constituent également d'importantes sources de données et ont été définies comme les sources à privilégier pour le calcul de six indicateurs dans le sous-ensemble destiné aux responsables de l'élaboration des politiques et de cinq indicateurs dans le sous-ensemble d'indicateurs prioritaires destiné aux dispensateurs :

1. Le Sondage national auprès des médecins (SNM) a été défini comme source de données à privilégier pour deux indicateurs du sous-ensemble destiné aux responsables de l'élaboration des politiques. Ce sondage est le fruit d'une collaboration entre le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association médicale canadienne et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Il vise les médecins, médecins résidents et étudiants en médecine du Canada et est réalisé tous les trois ans. Cependant, une version condensée sera bientôt distribuée annuellement<sup>9</sup>. En 2010, le taux de réponse au SNM s'est avéré faible (environ 19 % chez les médecins de famille). Par conséquent, l'ICIS ne recommande pas la déclaration d'indicateurs calculés au moyen des données du SNM. Toutefois, les chercheurs peuvent quand même utiliser les sources de données locales pour calculer ces indicateurs de SSP. Si les changements qui ont été apportés parviennent à augmenter le taux de réponse, le SNM pourra être considéré comme une source de données pouvant être déclarées.
2. La composante « dispensateurs » des outils d'enquête fondée sur la pratique des SSP au Canada a été définie comme la source de données à privilégier pour deux indicateurs du sous-ensemble destiné aux dispensateurs et pour un indicateur du sous-ensemble destiné aux responsables de l'élaboration des politiques<sup>i</sup>.
3. La composante « organisme » des outils d'enquête fondée sur la pratique des SSP au Canada a été définie comme la source de données à privilégier pour trois indicateurs de chaque sous-ensemble<sup>i</sup>.

## Données clinico-administratives

Les données clinico-administratives représentent une autre catégorie importante de sources de données et ont été définies comme la source de données à privilégier pour 16 indicateurs du sous-ensemble destiné aux dispensateurs et pour 6 indicateurs du sous-ensemble d'indicateurs prioritaires destiné aux responsables de l'élaboration des politiques. Les données et bases de données suivantes ont particulièrement été choisies :

1. Les DME ont été définis comme la source de données à privilégier pour 16 indicateurs du sous-ensemble destiné aux responsables de l'élaboration des politiques et 2 indicateurs du sous-ensemble destiné aux dispensateurs. L'utilisation des DME par les médecins dispensateurs de SSP a considérablement augmenté au Canada. Se fondant sur un sondage international réalisé auprès des médecins en SSP, le Fonds du Commonwealth a déclaré que l'utilisation des DME avait augmenté d'environ 60 % de 2006 à 2009, passant de 23 % à 37 %<sup>10, 11</sup>. Inforoute Santé du Canada a rapporté une augmentation similaire, soit de 24 % en 2007 à 41 % en 2010, en se fondant sur des résultats du SNM (particulièrement des données sur les médecins de famille et omnipraticiens utilisant les DME pour entrer leurs notes cliniques sur les patients et les consulter)<sup>12</sup>. Cependant, le taux de mise en

œuvre varie beaucoup d'une province ou d'un territoire à l'autre. Pour assurer la normalisation des indicateurs de SSP autant que possible à l'échelle du Canada, l'équipe du projet a effectué une étude de faisabilité en procédant à un couplage avec la norme pancanadienne relative au contenu du dossier médical électronique correspondant aux soins de santé primaires (NPC DME SSP)<sup>ii</sup>.

Le Système de déclaration volontaire des données sur les soins de santé primaires (SDV SSP) de l'ICIS est une source de données des DME pancanadienne émergente qui contient un sous-ensemble de données clinico-administratives. Ce sous-ensemble de données du DME respectant la NPC DME SSP est fourni à l'ICIS par les médecins de famille participants. Ce programme, auquel la participation est volontaire, a été élaboré en collaboration avec des cliniciens, des chercheurs et des représentants des provinces et territoires pour soutenir les améliorations aux SSP et à la santé des Canadiens. Au fil du temps, le SDV SSP permettra d'améliorer constamment l'accès des cliniciens en SSP, des provinces et territoires et des chercheurs aux données sur les SSP. Actuellement, le SDV SSP contient des données sur plus de 500 000 patients fournies par plus de 300 dispensateurs de trois provinces. À long terme, ce projet de l'ICIS a pour but de constituer une source de données sur les SSP riche et détaillée pour mieux comprendre les aspects des SSP partout au Canada, pour produire des rapports sur les indicateurs de SSP qui soutiendront la mesure de la performance et l'amélioration de la qualité et pour éclairer les politiques en santé et la prise de décisions à divers niveaux.

L'ICIS soutient les dispensateurs de SSP en leur fournissant des normes de données, en recueillant les données des DME et également en publiant des rapports pour l'amélioration de la performance. Pour obtenir des précisions sur la NPC DME SSP et sur le SDV SSP, visitez le site Web de l'ICIS à l'adresse [www.icis.ca/ssp](http://www.icis.ca/ssp).

2. La BDCP a été définie comme source de données à privilégier pour deux indicateurs du sous-ensemble destiné aux responsables de l'élaboration des politiques. Cette base de données est gérée par l'ICIS et contient des données administratives, cliniques et démographiques sur les congés obtenus par les patients dans les hôpitaux<sup>14</sup>. Les données du Québec proviennent directement du Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Les deux bases de données sont mises à jour annuellement et, ensemble, couvrent toutes les provinces et tous les territoires<sup>15</sup>.
3. Le Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) a été défini comme la source de données à privilégier pour un indicateur du sous-ensemble destiné aux responsables de l'élaboration des politiques. Cette base de données est gérée par l'ICIS et contient des données sur les soins d'urgence et ambulatoires fournis en milieu hospitalier et communautaire (par exemple, sur les chirurgies d'un jour et les consultations externes). Les données du SNISA sont mises à jour tous les ans et, en 2010-2011, elles ont couvert 51,8 % des visites aux services d'urgence du Canada, et ce, grâce à une collecte totale en

---

ii. La NPC DME SSP a été élaborée par l'ICIS, les provinces et territoires et Inforoute Santé du Canada pour s'assurer que les DME du secteur des SSP fournissent des données prioritaires et de grande qualité sur les SSP afin de répondre aux besoins en matière de soins des patients et de gestion du système de santé, comme la production de rapports sur les indicateurs. La NPC DME SSP comprend un ensemble convenu d'éléments de données prioritaires, des spécifications sur l'extraction des données et des ensembles terminologiques de référence sur les SSP permettant d'améliorer les soins aux patients en augmentant l'efficacité des DME et l'utilisation des données qui en sont extraites dans le système de santé<sup>13</sup>.

Alberta, en Ontario et au Yukon et à une collecte partielle en Saskatchewan, au Manitoba, en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard. Des travaux pour l'inclusion d'autres provinces dans le système sont en cours<sup>16</sup>.

4. La Base de données médicales Scott's (BDMS) et la Base de données sur les infirmières et infirmiers ont toutes deux été définies comme source de données à privilégier pour un indicateur du sous-ensemble destiné aux responsables de l'élaboration des politiques. La BDMS est alimentée par l'ICIS à partir de données obtenues de Scott's Directories. Cette base de données contient de l'information sur la démographie, la migration, l'éducation et l'emploi des médecins canadiens. Les données sont mises à jour annuellement et couvrent l'ensemble des provinces et territoires<sup>17</sup>. La Base de données sur les infirmières et infirmiers est gérée par l'ICIS et contient de l'information sur la démographie, l'éducation et l'emploi des infirmières auxiliaires autorisées, des infirmières autorisées (y compris les infirmières praticiennes) et des infirmières psychiatriques autorisées, s'il y a lieu, au Canada. Les données sont mises à jour annuellement et couvrent l'ensemble des provinces et territoires<sup>18</sup>.

## Données manquantes

Bien que la qualité des données sur les SSP se soit améliorée et que leur disponibilité ait beaucoup augmenté depuis 2006, il existe encore plusieurs lacunes en la matière qui empêchent de mesurer, de surveiller et d'améliorer les SSP au Canada. Peu de données fondées sur la population et la pratique permettent de répondre aux besoins des régions et des cliniques. Par conséquent, l'ICIS a mis sur pied la Division de l'information sur les SSP, ayant pour mission précise de répondre aux besoins prioritaires en matière de données sur les SSP dans le but de s'assurer que les provinces et territoires et que leurs intervenants clés ont accès à des données sur les SSP plus nombreuses et de meilleure qualité. Par exemple, les outils canadiens d'enquête fondée sur la pratique des SSP ont été créés et mis à la disposition des personnes concernées afin de permettre la collecte de données sur les expériences des patients, les dispensateurs et les caractéristiques cliniques. L'ICIS a également créé une source de données du DME appelée le SDV SSP, qui contient maintenant des données de DME sur plus de 500 000 patients et qui est prête à croître encore afin de répondre aux besoins les plus pressants des responsables de l'élaboration des politiques et des dispensateurs en matière de données sur les SSP, et ce, tout en respectant la vie privée. Pour faire progresser ces initiatives, l'ICIS est déterminé à collaborer avec un large éventail d'intervenants afin d'élaborer des sources de données sur les SSP plus utiles de manière efficace et continue. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les sources de données sur les SSP et sur les ressources connexes, veuillez communiquer avec l'ICIS à [ssp@icis.ca](mailto:ssp@icis.ca).

## Conclusion

Un des objectifs de la mise à jour des indicateurs pancanadiens de SSP consistait à relever et à mettre à jour les définitions de deux sous-ensembles prioritaires d'indicateurs de SSP — chacun constitué de 30 indicateurs — afin que ceux-ci puissent être utilisés par les responsables de l'élaboration des politiques et les dispensateurs de SSP. Parmi ces deux sous-ensembles, neuf indicateurs ont été jugés comme impossibles à mesurer à l'échelle pancanadienne grâce aux sources de données existantes et en cours d'élaboration. Ainsi, 27 définitions ont été mises à jour dans le sous-ensemble destiné aux responsables de l'élaboration des politiques et 24 dans le sous-ensemble destiné aux dispensateurs. Des groupes de travail ont sélectionné des sources de données en se fondant sur plusieurs critères, notamment l'ampleur de la couverture pancanadienne, la qualité des données, la disponibilité des données pour la production de rapports sur les indicateurs et la fréquence de la collecte. L'inclusion de ces sources de données privilégiées dans les spécifications techniques n'empêche pas l'adaptation des indicateurs pancanadiens de SSP aux sources de données locales de grande qualité déjà établies. L'utilisation de sources de données locales peut produire des résultats plus exacts au sein des provinces et territoires. Toutefois, elle ne permet pas d'effectuer des comparaisons entre ces régions.

Les indicateurs de chaque sous-ensemble reflètent des aspects des SSP, comme l'acceptabilité, l'accessibilité, la pertinence, l'exhaustivité, la coordination, l'efficacité, l'efficience, les dépenses, la gouvernance, l'état de santé, l'infrastructure de technologies de l'information, la sécurité et la main-d'œuvre. Les deux sous-ensembles d'indicateurs prioritaires ont été choisis de manière à comporter au moins un indicateur pour chaque aspect clé des SSP. Toutefois, parce qu'il a fallu limiter le nombre d'indicateurs à un maximum de 30 par sous-ensemble, tous les éléments de chaque aspect des SSP n'ont pas pu être couverts, et il reste encore des lacunes dans les sous-ensembles et entre ceux-ci. Il pourrait s'avérer nécessaire de créer des indicateurs liés à ces éléments, comme la continuité, l'équité, les soins axés sur la famille et la relation entre le patient et le dispensateur, pour obtenir un meilleur aperçu de la performance du système de SSP. D'autres indicateurs (par exemple, des indicateurs de la sécurité du patient et des indicateurs de la coordination avec les soins aigus et de la continuité entre ces deux secteurs de soins) pourraient également être requis.

Les indicateurs de SSP doivent être gardés à jour de manière à ce qu'ils demeurent en harmonie avec les directives cliniques et les meilleures sources de données disponibles. L'ICIS continuera de recueillir les commentaires des intervenants sur les indicateurs de SSP mis à jour.

Voici quelques exemples de types de commentaires recueillis :

- des commentaires visant à cerner les lacunes dans et entre les sous-ensembles d'indicateurs et à déterminer s'il faut adapter les indicateurs existants ou créer de nouveaux indicateurs pour combler ces lacunes;
- des commentaires visant à signaler l'inefficacité de certains indicateurs en raison d'un manque de variabilité et de données de mauvaise qualité;
- des commentaires visant à faire part d'expériences concernant les résultats obtenus à partir des indicateurs (par exemple, sur la sensibilité, la précision et la fiabilité des résultats).

Les indicateurs pancanadiens de SSP comblent une lacune d'information en normalisant la mesure des SSP au Canada. Ils peuvent être utilisés à de multiples niveaux de déclaration pour comparer l'état de santé et la performance du système de santé.

Au niveau du système, les indicateurs peuvent servir à éclairer et à orienter les politiques et la planification en santé. Parmi les intervenants qui utilisent les indicateurs de SSP à ce niveau figurent, entre autres, les organisateurs de programmes de SSP des ministères fédéral, provinciaux et territoriaux de la Santé, les organisateurs de programmes de SSP des organismes de recherche en santé (par exemple, les conseils de la qualité en santé), les associations professionnelles qui accueillent des dispensateurs de SSP parmi leurs membres et des personnes effectuant des recherches sur la santé de la population. Par exemple, les indicateurs de SSP peuvent être utilisés

- pour soutenir l'élaboration et la planification de politiques axées sur la population;
- pour évaluer la performance du système de santé;
- pour surveiller l'évolution et les variations entre les différentes régions sanitaires;
- pour fournir des données probantes afin d'éclairer les programmes, les politiques et les décisions de financement en santé;
- pour définir des niveaux et des lacunes dans la santé et le bien-être d'une population ou d'une collectivité.

Au niveau des organismes et de la pratique, les indicateurs peuvent être utilisés afin de soutenir l'élaboration et l'évaluation d'initiatives d'amélioration de la qualité. Parmi les intervenants qui utilisent les indicateurs de SSP à ces niveaux figurent, entre autres, les ministères de la Santé provinciaux et territoriaux qui souhaitent soutenir l'amélioration de la qualité, les régies régionales de la santé et les planificateurs du système de santé, les conseils provinciaux de la qualité en santé soutenant des dispensateurs de SSP, les organismes de SSP, les associations professionnelles qui comptent des dispensateurs de SSP parmi leurs membres, des chercheurs sur les programmes d'amélioration de la qualité en santé et des dispensateurs de SSP. À titre d'exemple, les indicateurs de SSP peuvent être utilisés dans les bureaux de médecin, les organismes et les régions sanitaires

- comme base de comparaison;
- pour soutenir les programmes et initiatives d'amélioration de la qualité en mesurant l'évolution des processus clés et des résultats;
- pour faciliter la diffusion des programmes et la surveillance de la performance;
- pour définir les possibilités d'amélioration, comme les lacunes dans la santé et le bien-être de la population servie.

L'ICIS continuera de diriger l'élaboration des normes pancanadiennes de mesure du système de SSP au Canada et de soutenir ces normes. Informer les responsables de l'élaboration des politiques et les dispensateurs de SSP grâce à des mesures de qualité peut mener à la prise de décisions éclairées en matière de politiques et à l'amélioration des SSP au niveau de la pratique, des organismes et de la population.

# Annexe 1 : Membres des groupes de travail sur la révision des indicateurs

L'Institut canadien d'information sur la santé souhaite remercier les personnes suivantes, qui ont fait partie des groupes de travail sur la révision des indicateurs :

## Groupe de travail 1 : Indicateurs de SSP liés aux activités de dépistage générales

### **D<sup>re</sup> Rukshanda Ahmad**

Gestionnaire intérimaire, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques  
Agence de la santé publique du Canada

### **M<sup>me</sup> Lisa Ashley**

Infirmière-conseillère principale, Politiques et leadership  
Association des infirmières et infirmiers du Canada

### **D<sup>re</sup> Lisa Bonang**

Médecin de famille  
Clinique médicale de Musquodoboit Harbour

### **M. Lawson Greenberg**

Chef d'unité, Indicateurs de la santé  
Statistique Canada

### **M<sup>me</sup> Lisa Halma**

Directrice de l'évaluation et de l'application des connaissances  
Services de santé de l'Alberta

### **M<sup>me</sup> Barbara Harvey**

Registraire et directrice de la pratique professionnelle  
Santé et Services sociaux, gouvernement du Nunavut

### **M<sup>me</sup> Heather Limburg**

Épidémiologiste, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques  
Agence de la santé publique du Canada

### **M<sup>me</sup> Patrice Lindsay**

Directrice, Rendement et Évaluation  
Réseau canadien contre les accidents cérébrovasculaires

**M<sup>me</sup> Julie Mandeville**

Gestionnaire de projet, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes —  
composante annuelle  
Statistique Canada

**M<sup>me</sup> Karen Milley**

Gestionnaire régionale, Services de santé communautaires  
Autorité sanitaire régionale Eastern

## Groupe de travail 2 : Indicateurs de SSP liés à certaines maladies

**M<sup>me</sup> Margaret Baker**

Directrice, Soins de santé primaires  
Santé Saskatchewan

**M. Nick Baldwin**

Gestionnaire principal, Stratégie et conception des programmes  
Physician Information Technology Office

**D<sup>r</sup> Richard Birtwhistle**

Directeur, Centre d'études en soins primaires  
Université Queen's

**M<sup>me</sup> Julie Clements**

Analyste principale de la santé  
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

**D<sup>r</sup> Rick Gibson**

Chef, Département de médecine familiale du district  
Autorité sanitaire Capital

**D<sup>r</sup> Michael E. Green**

Professeur agrégé, Département de médecine familiale et Département de santé  
communautaire et d'épidémiologie  
Université Queen's

**M<sup>me</sup> Katie O'Beirne**

Analyste principale de la santé, ministère de la Santé et des Services sociaux  
Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

**M<sup>me</sup> Janie Peterson Watt**

Analyste de politiques  
Santé Manitoba

**D<sup>re</sup> Marie-Pascale Pomey**

Professeure agrégée, Département d'administration de la santé  
Université de Montréal

**M. Angus Steele**

Spécialiste principal  
Qualité des services de santé Ontario

**D<sup>re</sup> Naira Yeritsyan**

Méthodologiste principale  
Qualité des services de santé Ontario

## Groupe de travail 3 : Indicateurs de SSP relatifs aux comportements liés à la santé et aux résultats cliniques

**M<sup>me</sup> Lisa Adams**

Gestionnaire, Produits et diffusion  
Statistique Canada

**M<sup>me</sup> Terri-Lyn Bennett**

Épidémiologiste  
Agence de la santé publique du Canada

**M. Kenton Betts**

Analyste de politiques  
Santé et Mieux-être Alberta

**M<sup>me</sup> Linda Lefebvre**

Analyste  
Statistique Canada

**M<sup>me</sup> Meghan McMahon**

Directrice adjointe  
Instituts de recherche en santé du Canada

**M<sup>me</sup> Thuy Pade**

Gestionnaire, Élaboration et évaluation des stratégies  
Santé et Mieux-être Alberta

**D<sup>r</sup> David Price**

Professeur et directeur  
Université McMaster

**M<sup>me</sup> Marci Scott**

Planificatrice stratégique des soins de santé primaire  
Région sanitaire Regina Qu'Appelle

**D<sup>r</sup> George Southey**

Fondateur et directeur  
Dorval Medical Associates

**M<sup>me</sup> Michelle Turnbull**

Conseillère, Direction des soins de santé primaires  
Santé Manitoba

## Groupe de travail 4 : Indicateurs de SSP liés aux mesures non cliniques au niveau du patient ou du dispensateur

**M<sup>me</sup> Jenny Buckley**

Spécialiste de la recherche  
Association médicale canadienne

**M<sup>me</sup> Florence Flynn**

Présidente, Groupe d'intérêts sur la santé  
Association canadienne des travailleurs sociaux

**M<sup>me</sup> Jennifer Hiebert**

Conseillère en amélioration de la qualité  
Conseil de la qualité des services de santé de la Saskatchewan

**M<sup>me</sup> Alejandra Jaramillo**

Agente scientifique  
Agence de la santé publique du Canada

**M<sup>me</sup> Nancy LaPlante**

Spécialiste régionale de l'aide à la décision, Région du Centre  
Centres de santé communautaire de l'Ontario

**D<sup>re</sup> Cheryl Levitt**

Professeure, Département de médecine familiale  
Université McMaster

**M<sup>me</sup> Nancy Lum-Wilson**

Gestionnaire intérimaire, Unité des soins primaires et des soins continus  
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée

**M<sup>me</sup> Donna MacAusland**

Responsable de l'élaboration des programmes de soins de santé primaires  
Santé Î.-P.-É.

**M<sup>me</sup> Michelina Mancuso**

Directrice exécutive  
Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

**M<sup>me</sup> Anjali Misra**

Directrice, Gestion de la performance  
Association des centres de santé de l'Ontario

**M. Bradley Osmond**

Planificateur en santé communautaire  
Autorité sanitaire Annapolis Valley

**M<sup>me</sup> Bridget L. Ryan**

Boursière postdoctorale et chargée de cours auxiliaire  
Université Western, Canada

**M<sup>me</sup> Roberta Vyse**

Conseillère, Soins de santé primaires  
Santé Manitoba

**M<sup>me</sup> Sabrina Wong**

Professeure agrégée, École des sciences infirmières et Centre de recherche sur les services et les politiques de santé  
Université de la Colombie-Britannique

## Groupe de travail 5 : Indicateurs de SSP liés aux mesures non cliniques au niveau de l'organisme

**M<sup>me</sup> Jan Barnsley**

Professeure agrégée  
Université de Toronto

**M<sup>me</sup> Marta Crawford**

Conseillère, Mise en œuvre du réseau de soins de santé primaires avec les RRS  
Santé Manitoba

**M<sup>me</sup> Lynn Kelly de Groot**

Consultante en soins de santé primaires  
Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick

**M<sup>me</sup> Lisa Dolovich**

Directrice de recherche et professeure agrégée  
Université McMaster

**M. Wissam Haj-Ali**

Chargé de projet, Soins primaires  
Qualité des services de santé Ontario

**M<sup>me</sup> Heather Howley**

Spécialiste de la recherche en services de santé  
Agrément Canada

**M<sup>me</sup> Leanne Leclair**

Professeure adjointe  
Université du Manitoba

**M<sup>me</sup> Lily LeDrew**

Conseillère régionale en soins de santé primaires  
Autorité sanitaire régionale Central, Terre-Neuve-et-Labrador

**D<sup>r</sup> Jean-Frédéric Lévesque**

Directeur scientifique, Analyse et évaluation des systèmes de soins et services  
Institut national de santé publique du Québec

**M<sup>me</sup> Ruth Martin-Misener**

Professeure agrégée  
Université Dalhousie

**M<sup>me</sup> Dale McMurchy**

Conseillère en soins de santé  
Dale McMurchy Consulting

## Annexe 2 : Participants aux enquêtes de définition des indicateurs prioritaires

L'Institut canadien d'information sur la santé souhaite remercier les personnes suivantes, qui ont participé aux enquêtes de définition des indicateurs de SSP prioritaires :

**Frédéric Abergel**

Directeur adjoint, Direction des affaires cliniques, médicales et universitaires  
Agence de la santé et des services sociaux de Montréal

**Karen Archbell**

Directrice, Soins infirmiers communautaires  
Santé et Affaires sociales, gouvernement du Yukon

**Lisa A. Ashley**

Infirmière-conseillère  
Association des infirmières et infirmiers du Canada

**Margaret J. Baker**

Division des soins de santé primaires  
Santé Saskatchewan

**Kevin Barclay**

Conseiller principal  
FCRSS

**Jan Barnsley**

Département des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé  
Université de Toronto

**Marie-Dominique Beaulieu**

Professeure, Département de médecine familiale de l'Université de Montréal  
Directrice scientifique de l'appui aux pratiques de première ligne, Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

**Bachir Belhadji**

Santé Canada

**Terri-Lyn Bennett**

Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques  
Agence de la santé publique du Canada

**Paula Blackstien-Hirsch**

Directrice principale  
Institut canadien pour la sécurité des patients

**Paula Brauer, Ph. D., Dt.**

Université de Guelph

**Susan Brien**

Conseil canadien de la santé

**Jenny Buckley**

Association médicale canadienne

**Frederick Burge**

Département de médecine familiale  
Université Dalhousie

**D<sup>re</sup> Denise Campbell-Scherer**

Département de médecine familiale  
Université de l'Alberta

**D<sup>re</sup> B. Jean Clarke**

General Practice Services Committee

**Julie Clements**

Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

**Rebecca Comrie, M. Sc.**

Gestionnaire, Méthodes de recherche  
Qualité des services de santé Ontario

**Lynn Kelly de Groot**

Consultante, ministère de la Santé  
Gouvernement du Nouveau-Brunswick

**D<sup>r</sup> Mark Duerksen**

Steinbach Family Medical, Manitoba

**Dianne Ferguson**

Région sanitaire Five Hills

**Florence Flynn**

Association canadienne des travailleurs sociaux

**Wendy Goodine**

Infirmière praticienne en SSP  
LAMP Community Health Centre

**D<sup>r</sup> Michael E. Green**

Centre de recherche sur les services et les politiques de santé  
Université Queen's

**Lisa Halma**

Innovation et intégration en soins primaires  
Services de santé de l'Alberta

**Barbara Harvey**

Gouvernement du Nunavut, Santé et Services sociaux

**William Hogg**

Département de médecine familiale  
Université d'Ottawa

**Carol Holmes, M.D., B. Sc. (Med), CCMF, FCMF**

Agassiz Medical Centre, Morden, Manitoba, site du Réseau de services médicaux intégrés

**Heather Howley, M. Sc.**

Agrément Canada

**Tracy Hussey**

Les diététistes du Canada

**Brian Hutchison**

Qualité des services de santé Ontario

**Alejandra Jaramillo**

Chercheure et gestionnaire de projet principale  
Bureau du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

**Sharon Johnston**

Université d'Ottawa

**Chantal Kealey, docteure en audiologie**

Association canadienne des orthophonistes et audiologistes

**Leanne Leclair**

Association canadienne des ergothérapeutes

**Jean-Frédéric Lévesque**

Institut national de santé publique du Québec

**D<sup>re</sup> Cheryl Levitt**

Professeure, Département de médecine familiale  
Université McMaster

**Donna MacAusland**

Santé Î.-P.-É.

**Michelina Mancuso**

Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick

**Eric Mang**

Collège des médecins de famille du Canada

**Ruth Martin-Misener**

École des sciences infirmières  
Université Dalhousie

**Meghan McMahon et Robyn Tamblyn**

Institut des services et des politiques de la santé, IRSC

**Dale McMurchy**

Dale McMurchy Consulting

**Anjali Misra**

Association des centres de santé de l'Ontario

**Patricia O'Brien**

Qualité des services de santé Ontario

**Brad Osmond**

Autorité sanitaire Annapolis Valley

**Thuy Pade**

Santé et Mieux-être Alberta

**Marie-Pascale Pomey, M.D., Ph. D.**

Département d'administration de la santé, Faculté de médecine  
Université de Montréal

**Michelle Rey**

Gestionnaire, Rapports publics  
Qualité des services de santé Ontario

**Pam Robb, M.S.W., TSI**

ACTS

**M<sup>me</sup> Bridget L. Ryan**

Centre d'études en médecine familiale  
Université de Western Ontario

**Fay Schuster**

Ministère de la Santé de la Saskatchewan

**Marci Scott**

Région sanitaire Regina Qu'Appelle

**George Southey**

Médecin de soins primaires

**Angus Steele**

Conseiller  
Santé Manitoba

**Ingrid Verduyn et Kristen Yarker**

Les diététistes du Canada

**Sabrina T. Wong**

Professeure agrégée

**Vicki Wong**

Association canadienne de physiothérapie



## Annexe 3 : Modèle des spécifications techniques relatives aux indicateurs

Indicateur : Nom de l'indicateur (Description de l'ensemble d'indicateurs : Responsables de l'élaboration des politiques ou dispensateurs de soins de santé primaires)	
Définition	Description de l'indicateur
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b>  <b>Définition</b> Description du nombre total de l'élément mesuré.  <b>Inclusions</b> Critères d'inclusion dans le numérateur.  <b>Exclusions</b> Critères d'exclusion du numérateur.
	<b>Dénominateur</b>  <b>Définition</b> Description du nombre total de l'élément mesuré.  <b>Inclusions</b> Critères d'inclusion dans le dénominateur.  <b>Exclusions</b> Critères d'exclusion du dénominateur.
<b>Source des données</b>	Source de données à privilégier nécessaire au calcul de l'indicateur.
<b>Remarques</b>	Remarques particulières, notamment sur les termes utilisés et sur la qualité des données, y compris le dénombrement et les limites des données (s'il y a lieu).
<b>Interprétation</b>	Interprétation de l'indicateur, y compris un énoncé d'orientation et des remarques sur l'utilisation ou la modification de l'indicateur pour la mesure de sous-indicateurs (s'il y a lieu).
<b>Justification de l'indicateur</b>	Justification de l'indicateur et explication de l'importance de la mesure (c.-à-d. son utilité). Description des meilleures données probantes ou de la documentation à l'appui de la nécessité de recueillir l'indicateur.
<b>Références</b>	Liste des sources d'information relatives à la source des données, aux remarques et à la justification de l'indicateur.



## Annexe 4 : Spécifications techniques relatives aux indicateurs prioritaires destinés aux responsables de l'élaboration des politiques



**Temps passé par les patients atteints de maladies chroniques avec un dispensateur de SSP  
(Ensemble d'indicateurs : Politique)**

<b>Définition</b>	Pourcentage de membres de la population âgés de 18 ans ou plus aux prises avec des problèmes de santé chroniques qui ont déclaré avoir disposé de suffisamment de temps avec leur dispensateur de soins de santé primaires (SSP) et avoir eu l'occasion de poser des questions lors de la plupart de leurs visites.	
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b>	<p>Nombre de personnes dans le dénominateur qui ont déclaré avoir disposé de suffisamment de temps avec leur dispensateur de SSP et avoir eu l'occasion de poser des questions lors de la plupart de leurs visites.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes dans le dénominateur</li> <li>• Personnes qui ont déclaré disposer de suffisamment de temps lors de la plupart des visites à leur dispensateur de SSP</li> <li>• Personnes qui ont déclaré avoir l'occasion de poser des questions sur le traitement recommandé lors de la plupart des visites à leur dispensateur de SSP</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
	<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre de personnes âgées de 18 ans ou plus aux prises avec au moins un problème de santé chronique.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes âgées d'au moins 18 ans</li> <li>• Personnes ayant déclaré avoir au moins un problème de santé chronique</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
<b>Source des données</b>	The Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Adults <sup>1</sup>	

**Temps passé par les patients atteints de maladies chroniques avec un dispensateur de SSP (Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)**

<p><b>Remarques</b></p>	<p><b>Définition des termes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Lors de la plupart des visites » correspond à la réponse « toujours » ou « souvent » aux questions visant à déterminer si une personne dispose de suffisamment de temps avec son dispensateur de SSP et a l'occasion de poser des questions sur le traitement recommandé.</li> <li>• On dit qu'une personne souffre d'un problème de santé chronique lorsqu'elle est atteinte d'au moins une des affections suivantes : arthrite; asthme ou maladie pulmonaire chronique telle que bronchite chronique, emphysème ou maladie pulmonaire obstructive chronique; cancer; dépression, anxiété ou autre problème de santé mentale; diabète; maladie du cœur (y compris crise cardiaque); hypertension; hypercholestérolémie<sup>2</sup>.</li> </ul>
<p><b>Interprétation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux élevé pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> </ul> <p><b>Analyse plus poussée</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cet indicateur peut être modifié pour mesurer le temps passé avec le dispensateur de SSP pour l'ensemble des patients, sans tenir compte de la présence d'une affection chronique, afin d'obtenir une mesure pour la population en général.</li> </ul>
<p><b>Justification de l'indicateur</b></p>	<p>Pour environ 9 millions de Canadiens, soit 33 % de la population, vivre avec un problème de santé chronique fait partie de la réalité quotidienne<sup>3</sup>. En outre, on s'attend à ce que le nombre de personnes atteintes de maladies chroniques augmente en raison du vieillissement de la population et de la hausse des facteurs de risque comme l'excès de poids ou l'obésité et l'inactivité physique<sup>4</sup>.</p> <p>La plupart des Canadiens aux prises avec des problèmes de santé chroniques ont un dispensateur de SSP habituel. Des recherches indiquent que ces personnes utilisent le système de santé plus souvent et de façon plus intensive, et que l'intensité d'utilisation augmente en fonction du nombre de comorbidités chroniques<sup>3</sup>. Les personnes atteintes de problèmes de santé chroniques au Canada représentent environ 51 % des visites aux dispensateurs de SSP (médecins de famille ou omnipraticiens), 55 % des visites aux spécialistes, 66 % des consultations en soins infirmiers et 72 % des nuits passées à l'hôpital<sup>3</sup>.</p> <p>Selon une étude canadienne réalisée récemment, la longueur du temps passé avec un dispensateur de SSP influe sur le degré de participation du patient aux soins et, donc, sur sa capacité à maintenir, voire améliorer son état de santé<sup>5</sup>. Les patients qui passaient plus de temps à discuter avec leur dispensateur habituel, qui n'étaient pas pressés dans leurs échanges</p>

### Temps passé par les patients atteints de maladies chroniques avec un dispensateur de SSP (Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)

ou qui se faisaient expliquer les résultats de leurs examens prenaient une part plus active à leur traitement. Plus les personnes souffrant d'un problème de santé chronique passaient de temps avec leur dispensateur de SSP, plus elles participaient activement à leur traitement<sup>5</sup>. Selon un sondage mené en 2008, près des deux tiers (65 %) des Canadiens disaient disposer de suffisamment de temps lors des visites à leur médecin habituel pour discuter de leurs sentiments, de leurs craintes et de leurs préoccupations touchant leur état de santé<sup>6</sup>.

Les personnes qui souffrent d'un problème de santé chronique ont souvent besoin d'interventions complexes adaptées à leurs besoins particuliers<sup>7</sup>. Si les patients qui reçoivent des SSP disposent de suffisamment de temps lors de leurs visites, ils sont mieux à même de discuter de façon juste et complète de leurs antécédents médicaux et de leurs symptômes, de poser des questions et de faire part de leurs préoccupations relatives aux décisions ou aux interventions d'ordre médical et, enfin, de participer activement aux soins.

#### Références

1. The Commonwealth Fund. Commonwealth Fund International Health Policy Survey. <http://www.commonwealthfund.org/Surveys/>. Consulté le 1<sup>er</sup> août 2012.
2. The Commonwealth Fund. 2010 Commonwealth Fund International Health Policy Survey. <http://www.commonwealthfund.org/Surveys/2010/Nov/2010-International-Survey.aspx>. Consulté le 6 septembre 2012.
3. Broemeling AM, Watson DE, et Prebtani F. Population patterns of chronic health conditions, co-morbidity and healthcare use in Canada: implications for policy and practice. *Healthc Q.* 2008;11(3):70-76. PM:18536538.
4. Organisation mondiale de la Santé. *Facing the Facts: The Impact of Chronic Disease in Canada In: Preventing Chronic Diseases: a Vital Investment*. Genève, Suisse : Presse de l'OMS; 2005. [www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/media/CANADA.pdf](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/CANADA.pdf). Consulté le 6 septembre 2012.
5. Wong ST, Peterson S, Black C. Patient activation in primary healthcare: A comparison between healthier individuals and those with a chronic illness. [Références]. *Medical Care.* Mai 2011;(5): 469-479.

Temps passé par les patients atteints de maladies chroniques avec un dispensateur de SSP  
(Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)

6. Institut canadien d'information sur la santé. *Experiences With Primary Health Care in Canada*. Ottawa, ON : ICIS; 2009.
  7. Temmink D, Francke AL, Hutten JB, Van Der Zee J, et Abu-Saad HH. Innovations in the nursing care of the chronically ill: a literature review from an international perspective. [Revue] [40 réf.]. *Journal of Advanced Nursing*. Juin 2000;31(6):1449-1458.
-

Population ayant un dispensateur régulier de SSP (Ensemble d'indicateurs : Politique)	
<b>Définition</b>	Pourcentage de la population âgée de 12 ans ou plus qui a déclaré avoir un dispensateur régulier de soins de santé primaires (SSP).
<b>Méthode de calcul</b>	<p><b>Numérateur</b></p> <p>Nombre de personnes dans le dénominateur qui ont déclaré avoir un dispensateur régulier de SSP.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes dans le dénominateur</li> <li>• Personnes ayant déclaré avoir un médecin régulier</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
	<p><b>Dénominateur</b></p> <p>Nombre de répondants âgés de 12 ans ou plus.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes âgées d'au moins 12 ans</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
<b>Source des données</b>	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes <sup>1</sup>
<b>Remarques</b>	<p><b>Définition des termes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un dispensateur régulier de SSP est défini comme un médecin régulier, conformément à la question posée actuellement dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes<sup>1</sup>.</li> <li>• Un dispensateur régulier est le dispensateur de SSP que le patient désigne comme le sien. Cette relation est à la fois longitudinale et continue, et dure un certain temps ou indéfiniment, jusqu'à ce qu'elle soit modifiée de façon explicite<sup>2</sup>.</li> </ul>
<b>Interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux élevé pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> </ul> <p><b>Analyse plus poussée</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cet indicateur peut être modifié de manière à inclure d'autres dispensateurs de SSP que les médecins, si cette information peut être obtenue d'autres sources de données ou si la question de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes est modifiée afin d'inclure d'autres types de dispensateurs.</li> </ul>

Population ayant un dispensateur régulier de SSP  
(Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)

**Justification de l'indicateur**

Dans l'Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé, l'accès à un médecin de famille régulier figure parmi les principaux indicateurs de performance<sup>3</sup>. Selon la plupart des modèles de soins, le dispensateur régulier de SSP assume la responsabilité de son patient, en plus d'établir et d'entretenir avec ce dernier une relation donnant lieu à une véritable continuité des soins<sup>4</sup>. Des recherches indiquent que l'accès accru à un dispensateur de SSP contribue à une meilleure santé et à une diminution de l'ensemble des coûts du système de santé. En outre, la continuité des soins dans le contexte des SSP donne lieu à des résultats positifs pour la santé, notamment une hausse des soins préventifs ainsi qu'une baisse des taux d'hospitalisation et du nombre de visites aux services d'urgence<sup>5</sup>.

Pour la plupart des Canadiens, le premier point de contact pour obtenir des soins médicaux est leur dispensateur de SSP, mais une part importante de la population est encore privée de cette ressource essentielle. En 2010, 15,2 % des Canadiens (4,4 millions de personnes) ont déclaré ne pas avoir de dispensateur régulier de SSP<sup>6</sup>. Les 40 % d'entre eux qui ont tenté de trouver un dispensateur de SSP ont déclaré que les médecins de leur région n'acceptaient plus de nouveaux patients, et près de 27 % ont affirmé qu'aucun médecin n'était disponible<sup>6</sup>.

En 2008, le rapport *Relancer la réforme : renouvellement des soins de santé au Canada 2003-2008* a examiné les progrès réalisés depuis le premier accord sur le renouvellement des soins de santé et déterminé neuf secteurs de préoccupations, dont les SSP. Bien que le rapport ait noté des améliorations importantes, notamment que certains Canadiens « ont un meilleur accès aux équipes de soins primaires », les progrès en matière de SSP varient à l'échelle du pays, notamment à cause d'un manque de coordination, d'exhaustivité et de disponibilité<sup>7</sup>.

Selon les données de Statistique Canada, le pourcentage de Canadiens qui n'ont pas de dispensateur de SSP a légèrement augmenté au cours de la dernière décennie<sup>6</sup>. Ces statistiques soulignent l'importance de continuer à apporter des améliorations dans ce secteur afin de fournir les meilleurs soins de santé possible à tous les Canadiens.

Population ayant un dispensateur régulier de SSP  
(Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)

**Références**

1. Statistique Canada. Canadian Community Health Survey. [www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/3226-eng.htm](http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/3226-eng.htm). Consulté le 1<sup>er</sup> août 2012.
2. Starfield B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology*. New York, NY : Oxford University Press; 1998
3. Santé Canada. 2003 First Ministers' Accord on Health Care Renewal. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2003accord/index-eng.php>. Dernière modification en 2006. Consulté le 6 septembre 2012.
4. Ettner SL. The relationship between continuity of care and the health behaviors of patients: does having a usual physician make a difference? *Medical Care*. Juin 1999;37(6):547-555.
5. Glazier RH. Balancing equity issues in health systems: perspectives of primary healthcare. [Revue] [29 réf.]. *Healthcarepapers*. 2007;8: Spec-45.
6. Statistique Canada. Health Fact Sheets: Access to a regular medical doctor, 2010. <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2011001/article/11456-eng.htm>. Dernière modification en 2011. Consulté le 6 septembre 2012.
7. Conseil canadien de la santé. *Rekindling Reform: Health Care Renewal in Canada, 2003 - 2008*. Toronto, ON : le Conseil; 2008.

**Temps d'attente pour obtenir des soins immédiats pour un problème de santé mineur  
(Ensemble d'indicateurs : Politique)**

<b>Définition</b>	Pourcentage de la population âgée de 18 ans ou plus qui a déclaré avoir obtenu un rendez-vous le jour même ou le lendemain avec un dispensateur de soins de santé primaires (SSP) afin de recevoir des soins immédiats pour un problème de santé mineur.	
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b>	<p>Nombre de personnes dans le dénominateur qui ont déclaré avoir obtenu un rendez-vous le jour même ou le lendemain avec un dispensateur de SSP afin de recevoir des soins immédiats pour un problème de santé mineur.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes dans le dénominateur</li> <li>• Personnes qui ont déclaré avoir obtenu un rendez-vous le jour même ou le lendemain avec un dispensateur de SSP afin de recevoir des soins immédiats pour un problème de santé mineur</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
	<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre de répondants âgés de 18 ans ou plus.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes âgées d'au moins 18 ans</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
<b>Source des données</b>	The Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Adults <sup>1</sup>	
<b>Remarques</b>	<p><b>Définition des termes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• On entend par « soins immédiats pour un problème de santé mineur » l'obtention de soins urgents de la part d'un dispensateur de SSP en cas de maladie ou de besoin. Cela exclut les visites au service d'urgence<sup>2</sup>.</li> </ul>	
<b>Interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux élevé pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> </ul>	

**Temps d'attente pour obtenir des soins immédiats pour un problème de santé mineur  
(Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)**

**Justification de  
l'indicateur**

Pour la plupart des Canadiens, le premier point de contact pour obtenir des soins médicaux est leur dispensateur de SSP. Des recherches indiquent que l'accès accru à un dispensateur de SSP est un gage d'amélioration de l'état de santé et de diminution de l'ensemble des coûts du système de santé<sup>3</sup>. L'accessibilité des SSP est un indicateur important du degré de facilité avec laquelle la population interagit avec le système de santé.

Les soins immédiats pour un problème de santé mineur peuvent correspondre à des soins urgents pour des problèmes mineurs comme la fièvre, les vomissements, les maux de tête importants, les entorses à la cheville, les brûlures mineures, les coupures, l'irritation cutanée, les éruptions cutanées inexplicables et autres problèmes de santé ou blessures à la suite d'un accident mineur qui ne mettent pas la vie du patient en danger<sup>4</sup>. L'Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires de 2008 a révélé que 27 % des adultes sondés avaient sollicité des soins immédiats pour un problème de santé mineur au cours de l'année précédente. Parmi ceux-ci, 21 % avaient eu de la difficulté à obtenir les soins<sup>5</sup>. Le temps d'attente moyen pour obtenir des soins immédiats était de trois heures. Parmi ceux qui souhaitaient recevoir des soins immédiats, 85 % ont obtenu un rendez-vous le jour même, 11 % en 2 à 7 jours et 4 % en plus de 7 jours<sup>5</sup>. Une autre étude a montré que les longs temps d'attente constituent le principal obstacle à l'obtention de soins urgents et que les Canadiens qui ont un dispensateur de SSP habituel sont tout aussi susceptibles de se heurter à des problèmes d'accès aux soins que ceux qui n'en ont pas<sup>6</sup>.

Les temps d'attente excessifs font l'objet d'une surveillance fréquente afin de mesurer la performance du système et les contraintes liées au service. Il a été démontré que l'obtention d'un rendez-vous le jour même, ou modèle de rendez-vous accélérés (ouverts), constitue un moyen efficace de réduire les temps d'attente et d'améliorer l'accès aux soins<sup>7, 8</sup>. Des études montrent en effet que cette approche peut améliorer la capacité de pratique et la continuité des SSP, en plus d'accroître la satisfaction des patients<sup>8</sup>.

Temps d'attente pour obtenir des soins immédiats pour un problème de santé mineur  
(Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)

Références

1. The Commonwealth Fund. Commonwealth Fund International Health Policy Survey. <http://www.commonwealthfund.org/Surveys/>. Consulté le 1<sup>er</sup> août 2012.
2. The Commonwealth Fund. 2010 Commonwealth Fund International Health Policy Survey. <http://www.commonwealthfund.org/Surveys/2010/Nov/2010-International-Survey.aspx>. Consulté le 6 septembre 2012.
3. Glazier RH. Balancing equity issues in health systems: perspectives of primary healthcare. [Revue] [29 réf.]. *Healthcarepapers*. 2007; 8:Spec-45.
4. Santé Canada. *Healthy Canadians-A Federal Report on Comparable Health Indicators 2010*. Ottawa, ON : Santé Canada; 2011. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2010-fed-comp-indicat/index-eng.php>. Consulté le 4 septembre 2012.
5. Institut canadien d'information sur la santé. *Experiences With Primary Health Care in Canada*. Ottawa, ON : ICIS; 2009.
6. Sanmartin C, Ross N. Experiencing difficulties accessing first-contact health services in Canada: Canadians without regular doctors and recent immigrants have difficulties accessing first-contact healthcare services. Reports of difficulties in accessing care vary by age, sex and region. *Healthcare Policy*. Janvier 2006; 1(2):103-119.
7. Murray M, Berwick DM. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *JAMA*. 26 février 2003;289(8):1035-1040.
8. Le Collège des médecins de famille du Canada et l'Association médicale canadienne. *...And Still Waiting: Exploring Primary Care Wait Times in Canada*. The Primary Care Wait Time Partnership; 2008. Document de travail.

**Difficultés à accéder à des SSP de routine ou continus**  
 (Ensemble d'indicateurs : Politique)

<b>Définition</b>	Pourcentage de la population âgée de 15 ans ou plus qui ont eu des difficultés à obtenir les services de soins de santé primaires (SSP) de routine ou continus nécessaires.	
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b>	<p>Nombre de personnes dans le dénominateur qui ont déclaré avoir eu des difficultés à obtenir les services de SSP de routine ou continus nécessaires pour elles-mêmes ou un membre de leur famille au cours des 12 derniers mois.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes dans le dénominateur</li> <li>• Personnes ayant déclaré avoir eu des difficultés à obtenir les services de SSP de routine ou continus nécessaires pour elles-mêmes ou un membre de leur famille au cours des 12 derniers mois</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
	<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre de répondants âgés de 15 ans ou plus.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes âgées de 15 ans ou plus</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes ayant déclaré ne pas avoir nécessité de soins de routine ou continus pour elles-mêmes ou un membre de leur famille<sup>2</sup> au cours des 12 derniers mois</li> </ul>
<b>Source des données</b>	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes <sup>1</sup>	
<b>Remarques</b>	<p><b>Définition des termes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les services de santé de routine ou continus désignent les soins de santé dispensés par un médecin de famille ou un omnipraticien, y compris un examen annuel, des analyses de sang ou des soins de routine pour traiter un problème de santé courant (p. ex. le renouvellement d'une ordonnance)<sup>2</sup>.</li> <li>• Les difficultés à obtenir des services de SSP de routine ou continus peuvent inclure ce qui suit<sup>1</sup> :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– difficulté à joindre un médecin</li> <li>– difficulté à obtenir un rendez-vous</li> <li>– ne pas avoir de médecin de famille</li> <li>– attente trop longue avant d'obtenir un rendez-vous</li> </ul> </li> </ul>	

**Difficultés à accéder à des SSP de routine ou continus  
(Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– attente trop longue avant de voir le médecin (attente en clinique)</li> <li>– service non disponible au moment requis</li> <li>– service non disponible dans la région</li> <li>– problème de transport</li> <li>– problème de langue</li> <li>– coût</li> <li>– incertitude quant à l'endroit où aller (problème d'information)</li> <li>– incapacité de quitter la maison à cause d'un problème de santé</li> <li>– autre</li> </ul>
<p><b>Interprétation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux faible pour cet indicateur est interprété comme un résultat positif.</li> </ul> <p><b>Analyse plus poussée</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il est possible de restreindre cet indicateur de manière à mesurer des difficultés précises que les personnes éprouvent lorsqu'elles tentent d'obtenir des services de SSP de routine ou continus, comme l'indiquent les catégories de réponse de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (p. ex. la difficulté à joindre un médecin, la difficulté à obtenir un rendez-vous ou l'attente trop longue avant d'obtenir un rendez-vous).</li> <li>• Cet indicateur peut être calculé séparément pour les régions urbaines et les régions rurales, afin de déterminer les différences entre les deux.</li> </ul>
<p><b>Justification de l'indicateur</b></p>	<p>Pour la plupart des Canadiens, le premier point de contact pour obtenir des soins médicaux est leur dispensateur de SSP. Des recherches indiquent que l'accès accru à un dispensateur de SSP contribue à une meilleure santé et à une diminution de l'ensemble des coûts du système de santé<sup>3</sup>. La continuité des soins dans le contexte des SSP donne lieu à des résultats positifs pour la santé, notamment une augmentation des soins préventifs et une baisse des taux d'hospitalisation et du nombre de visites aux services d'urgence<sup>3</sup>. Les patients qui ont un dispensateur de SSP habituel ont aussi plus facilement accès à des tests diagnostiques et à des spécialistes, respectent davantage leur traitement et éprouvent une plus grande satisfaction.<sup>2</sup></p> <p>Lors d'un sondage sur l'expérience des Canadiens avec le système de SSP, la plupart des adultes (86 %) et des personnes âgées (93 %) ont déclaré avoir un dispensateur de SSP habituel<sup>4</sup>. Environ le quart des personnes ayant affirmé nécessiter des soins de routine ou immédiats pour un problème de santé mineur ont eu de la difficulté à les obtenir<sup>4</sup>. Les principales raisons données étaient l'attente trop longue avant d'obtenir un rendez-vous et la difficulté à obtenir un rendez-vous.</p>

**Difficultés à accéder à des SSP de routine ou continus  
(Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)**

Plusieurs facteurs influencent les difficultés d'accès à des SSP de routine, notamment l'emplacement géographique (régions urbaines ou régions rurales), le nombre de dispensateurs de SSP dans la collectivité, l'incapacité des dispensateurs à prendre de nouveaux patients, les barrières linguistiques ainsi que la disponibilité et le coût du transport. Cette mesure est un indicateur important du degré de difficulté pour la population à interagir avec le système de santé. Puisque l'accès à des services de SSP de routine au moment requis est important pour le maintien de la santé ainsi que pour prévenir les situations d'urgence et l'utilisation inappropriée des services (p. ex. le recours au service d'urgence des hôpitaux pour obtenir des soins urgents, mais mineurs), il est indispensable de surveiller cette mesure pour fournir des SSP complets et de qualité à tous les Canadiens<sup>5, 6</sup>.

**Références**

1. Statistique Canada. Canadian Community Health Survey. [www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/3226-eng.htm](http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/3226-eng.htm). Consulté le 1<sup>er</sup> août 2012.
2. Santé Canada. *Healthy Canadians-A Federal Report on Comparable Health Indicators 2010*. Ottawa, ON : Santé Canada; 2011. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/index-eng.php>. Consulté le 4 septembre 2012.
3. Glazier RH. Balancing equity issues in health systems: perspectives of primary healthcare. [Review] [29 refs]. *Healthcarepapers*. 2007;8:Spec-45.
4. Conseil canadien de la santé. *Canadian Survey of Experiences With Primary Health Care in 2007: A Data Supplement to: Fixing the Foundation: An Update on Primary Health Care and Home Care Renewal in Canada*. Toronto, ON : le Conseil; 2008.
5. Leibowitz R, Day S, Dunt D. A systematic review of the effect of different models of after-hours primary medical care services on clinical outcome, medical workload, and patient and GP satisfaction. [Revue] [36 réf.]. *Family Practice*. Juin 2003;20(3):311-317.
6. van Uden CJ, Crebolder HF. Does setting up out of hours primary care cooperatives outside a hospital reduce demand for emergency care? *Emergency Medicine Journal*. Novembre 2004;21(6):722-723.

**Difficultés à accéder à des soins immédiats pour un problème de santé mineur les soirs et les fins de semaine  
(Ensemble d'indicateurs : Politique)**

<b>Définition</b>	Pourcentage de la population âgée de 15 ans ou plus qui ont eu des difficultés à obtenir des soins immédiats pour un problème de santé mineur les soirs et les fins de semaine.	
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b>	<p>Nombre de personnes dans le dénominateur qui ont déclaré avoir eu des difficultés à obtenir, pour elles-mêmes ou un membre de leur famille, des soins immédiats pour un problème de santé mineur les soirs et les fins de semaine au cours des 12 derniers mois.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes dans le dénominateur</li> <li>• Personnes qui ont déclaré avoir eu des difficultés à obtenir, pour elles-mêmes ou un membre de leur famille, des soins immédiats pour un problème de santé mineur les soirs et les fins de semaine au cours des 12 derniers mois</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
	<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre de répondants âgés de 15 ans ou plus.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes âgées d'au moins 15 ans</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes ayant déclaré ne pas avoir nécessité, pour elles-mêmes ou un membre de leur famille, des soins immédiats pour un problème de santé mineur les soirs et les fins de semaine au cours des 12 derniers mois</li> </ul>
<b>Source des données</b>	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes <sup>1</sup>	
<b>Remarques</b>	<p><b>Définition des termes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les problèmes de santé mineurs comprennent la fièvre, les vomissements, les maux de tête importants, les entorses à la cheville, les brûlures mineures, les coupures, l'irritation cutanée, les éruptions cutanées inexpliquées et autres problèmes de santé ou blessures qui ne mettent pas la vie du patient en danger<sup>2</sup>.</li> <li>• Les soirs et les fins de semaine comprennent les plages horaires suivantes : de 17 h à 21 h, du lundi au vendredi et de 9 h à 17 h les samedis et dimanches<sup>1</sup>.</li> </ul>	

**Difficultés à accéder à des soins immédiats pour un problème de santé mineur les soirs et les fins de semaine**  
**(Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les difficultés à accéder aux soins immédiats d'un dispensateur de SSP peuvent inclure ce qui suit<sup>1</sup> : <ul style="list-style-type: none"> <li>– difficulté à joindre un médecin ou une infirmière</li> <li>– ne pas avoir de numéro de téléphone</li> <li>– incapacité à obtenir la communication (pas de réponse)</li> <li>– attente trop longue avant qu'une personne réponde</li> <li>– absence d'information ou de conseils adéquats</li> <li>– problème de langue</li> <li>– incertitude quant à l'endroit où aller ou la personne à joindre (manque d'information)</li> <li>– incapacité de quitter la maison à cause d'un problème de santé</li> <li>– autre</li> </ul> </li> </ul>
<b>Interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux faible pour cet indicateur est interprété comme un résultat positif.</li> </ul> <p><b>Analyse plus poussée</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il est possible de restreindre cet indicateur de manière à mesurer des difficultés précises que les personnes éprouvent lorsqu'elles tentent d'obtenir des soins immédiats pour un problème de santé mineur les soirs ou les fins de semaine, comme l'indiquent les catégories de réponse de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (par exemple, la difficulté à joindre un médecin, la difficulté à obtenir un rendez-vous ou l'attente trop longue avant d'obtenir un rendez-vous).</li> <li>• Cet indicateur peut être calculé séparément pour les régions urbaines et les régions rurales, afin de déterminer les différences entre les deux.</li> </ul>
<b>Justification de l'indicateur</b>	<p>Pour la plupart des Canadiens, le premier point de contact pour obtenir des soins médicaux est leur dispensateur de soins de santé primaires (SSP). Dans le Plan décennal pour consolider les soins de santé, les premiers ministres recommandaient que 50 % de la population canadienne ait accès 24 heures par jour, sept jours par semaine à des SSP dispensés par des équipes multidisciplinaires, et ce, avant 2011<sup>3</sup>. Des recherches indiquent que l'accès accru à un dispensateur de SSP contribue à une meilleure santé et à une diminution de l'ensemble des coûts du système de santé<sup>4</sup>. L'accès à des SSP au moment requis aide à prévenir les situations d'urgence et l'utilisation inappropriée des services (p. ex. le recours au service d'urgence des hôpitaux pour obtenir des soins non urgents)<sup>5</sup>. En outre, il constitue un indicateur important du degré de difficulté pour la population à interagir avec le système de santé.</p>

Difficultés à accéder à des soins immédiats pour un problème de santé mineur les soirs et les fins de semaine  
(Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)

Dans le contexte des SSP, on peut définir les soins urgents, mais mineurs comme les soins immédiats dispensés pour une blessure ou un problème de santé qui ne met pas la vie du patient en danger<sup>2</sup>. Dans un sondage sur l'accès aux services de santé, moins de 4 % des Canadiens ayant nécessité des soins les soirs ou les fins de semaine ont déclaré avoir eu de la difficulté à les obtenir<sup>6</sup>.

Les données indiquent que même si les dispensateurs de SSP représentent la source de soins la plus courante durant les heures normales de travail, la plupart des Canadiens qui nécessitent des soins immédiats les soirs et les fins de semaine se rendent dans une clinique sans rendez-vous ou un service d'urgence, et ceux qui ont besoin de soins durant la nuit passent par un service d'urgence<sup>7</sup>. Toutefois, un grand nombre de provinces et de territoires offrent des services de télésanté aux patients qui veulent des conseils les soirs et les fins de semaine, et plusieurs provinces ont mis en place des politiques sur l'accès aux SSP hors des heures normales de travail<sup>8</sup>.

Références

1. Statistique Canada. Canadian Community Health Survey. [www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/3226-eng.htm](http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/3226-eng.htm). Consulté le 1<sup>er</sup> août 2012.
2. Santé Canada. *Healthy Canadians-A Federal Report on Comparable Health Indicators 2010*. Ottawa, Ontario: Health Canada; 2011. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/index-eng.php>. Consulté le 4 septembre 2012.
3. Santé Canada. First Minister's Meeting on the Future of Health Care 2004: A 10-year plan to strengthen health care. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-eng.php>. Dernière modification en 2006. Consulté le 5 septembre 2012.
4. Glazier RH. Balancing equity issues in health systems: perspectives of primary healthcare. [Revue] [29 réf.]. *Healthcarepapers*. 2007;8:Spec-45.
5. van Uden CJ, Crebolder HF. Does setting up out of hours primary care cooperatives outside a hospital reduce demand for emergency care? *Emergency Medicine Journal*. Novembre 2004;21(6):722-723.
6. Sanmartin C, Gendron F, Berthelot J, et Murphy K. *Access to Health Care Services in Canada, 2003*. Ottawa, ON : Statistique Canada; 2004.

Difficultés à accéder à des soins immédiats pour un problème de santé mineur  
les soirs et les fins de semaine  
(Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)

7. Institut canadien d'information sur la santé. *Waiting for Health Care in Canada: What We Know and What We Don't Know*. Ottawa, ON : ICIS; 2006.
  8. Bordman R, Wheler D, Drummond N, White D, Crighton E, North Toronto Primary Care Research Network (Nortren). After-hours coverage: national survey of policies and guidelines for primary care physicians. *Canadian Family Physician*. Avril 2005;51:536-537.
-

<b>Vaccination infantile</b> (Ensemble d'indicateurs : Politique)	
<b>Définition</b>	Pourcentage des membres de la population âgés de sept ans qui ont reçu les premiers vaccins d'immunisation recommandés.
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b> Nombre de personnes dans le dénominateur qui ont reçu les premiers vaccins d'immunisation conformément au calendrier de vaccination recommandé.  <b>Inclusions</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes dans le dénominateur</li> <li>• Personnes qui ont reçu tous les vaccins énumérés dans le calendrier de vaccination recommandé par le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) ou chez qui les vaccins non reçus étaient contre-indiqués</li> </ul> <b>Exclusions</b> Aucune
	<b>Dénominateur</b> Nombre de personnes âgées de sept ans.  <b>Inclusions</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes âgées de sept ans</li> </ul> <b>Exclusions</b> Aucune
<b>Source des données</b>	Dossier médical électronique
<b>Remarques</b>	<b>Normes provinciales et territoriales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les provinces et les territoires dont le calendrier de vaccination diffère de celui recommandé par le CCNI peuvent modifier la définition de l'indicateur afin qu'elle reflète leur calendrier de vaccination respectif.</li> </ul> <b>Définition des termes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le calendrier de vaccination recommandé par le CCNI est publié dans le Guide canadien d'immunisation<sup>1</sup>.</li> </ul> <b>Qualité des données</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour les provinces et les territoires, il est possible de calculer des estimations fiables de cet indicateur à l'aide d'un échantillon représentatif de patients ayant un dossier médical électronique.</li> </ul>

## Vaccination infantile

(Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)

<b>Interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux élevé pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> </ul> <p><b>Analyse plus poussée</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il est possible de modifier cet indicateur de manière à mesurer chaque vaccin séparément et, ainsi, analyser le taux d'immunisation associé à chacun.</li> </ul>
<b>Justification de l'indicateur</b>	<p>La vaccination infantile est une mesure de santé publique efficace et bien établie qui permet de protéger la plupart des enfants contre certaines maladies infectieuses et de sauver des vies. Grâce aux vaccins, il est possible de contrôler un grand nombre de maladies infectieuses autrefois courantes au Canada, comme la diphtérie, la rougeole, les oreillons, la coqueluche, la polio, la rubéole, le tétanos et les maladies infectieuses causées par <i>Hæmophilus influenzae</i> de type b (Hib)<sup>1</sup>.</p> <p>Pour garantir une protection maximale, le CCNI suggère fortement de procéder à une immunisation systématique selon un calendrier recommandé<sup>2</sup>. Il existe un certain nombre de variations entre les calendriers provinciaux et territoriaux de vaccination<sup>3</sup>; cet indicateur suit les recommandations du CCNI et décrit le calendrier recommandé pour les enfants de sept ans qui ont reçu tous leurs premiers vaccins<sup>1</sup>.</p> <p>Le CCNI recommande d'administrer aux enfants les vaccins suivants, selon le nombre de doses et l'intervalle indiqué dans la politique provinciale ou territoriale en vigueur : vaccin contre la diphtérie et le tétanos combiné au vaccin acellulaire contre la coqueluche et au vaccin inactivé contre la polio (DCaT-VPI); vaccin conjugué contre <i>Hæmophilus influenzae</i> de type b (Hib); vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO); vaccin contre la varicelle (Var); vaccin contre l'hépatite B (HB); vaccin conjugué contre le pneumocoque 7-valent (Pneu-C-7); vaccin conjugué contre le méningocoque de sérogroupe C (Men-C)<sup>1</sup>.</p>
<b>Références</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comité consultatif national de l'immunisation. <i>Canadian Immunization Guide (CIG) 2006</i>. Agence de la santé publique du Canada; 2006. <a href="http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/pdf/cig-gci-2006_e.pdf">http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/pdf/cig-gci-2006_e.pdf</a>. Consulté le 14 février 2012.</li> <li>2. Agence de la santé publique du Canada. Immunization Schedules. Recommendations from the National Advisory Committee on Immunization (NACI). <a href="http://www.phac-aspc.gc.ca/im/is-cv/index-eng.php">http://www.phac-aspc.gc.ca/im/is-cv/index-eng.php</a>. Dernière modification le 3 juillet 2012. Consulté le 10 août 2012.</li> </ol>

Vaccination infantile  
(Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)

3. MacDonald N. E. *Routine Immunization in Young Children: Recommended Vaccine Schedule, Proven Benefits of Vaccines, Noted Adverse Effects of Vaccines, Best Practices for Vaccine Programs, Vaccine Programs for Special Needs and New Vaccines Recommended for Young Children*. Centre of Excellence for Early Childhood Development; 2004. <http://www.child-encyclopedia.com/pages/pdf/macdonaldangxp.pdf>.

<b>Dépistage du cancer du côlon</b> (Ensemble d'indicateurs : Politique)	
<b>Définition</b>	Pourcentage des membres de la population âgés de 50 à 74 ans qui ont déclaré avoir subi un examen de dépistage du cancer du côlon.
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b> Nombre de personnes dans le dénominateur qui ont déclaré avoir suivi un examen de dépistage du cancer du côlon au cours des 24 derniers mois.  <b>Inclusions</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes dans le dénominateur</li> <li>• Personnes qui ont déclaré avoir subi au moins un des examens de dépistage suivants :               <ul style="list-style-type: none"> <li>– recherche de sang occulte dans les selles (FOBT) au cours des 24 derniers mois</li> <li>– coloscopie ou sigmoïdoscopie au cours des 10 dernières années</li> </ul> </li> </ul> <b>Exclusions</b> Aucune
	<b>Dénominateur</b> Nombre de répondants âgés de 50 à 74 ans.  <b>Inclusions</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes âgées de 50 à 74 ans</li> </ul> <b>Exclusions</b> Aucune
<b>Source des données</b>	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes <sup>1</sup>
<b>Remarques</b>	<b>Définition des termes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une recherche de sang occulte dans les selles (FOBT) est l'examen d'au moins un échantillon de selles dans le but de détecter tout saignement gastro-intestinal, qui peut indiquer la présence d'un cancer du côlon.</li> </ul>
<b>Interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux élevé pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> </ul>

Dépistage du cancer du côlon  
(Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)

**Justification de l'indicateur**

Chez les hommes et les femmes combinés, le cancer du côlon est le troisième type de cancer le plus courant au Canada et la deuxième cause de décès lié au cancer la plus courante. On estime que le cancer du côlon a touché 22 200 Canadiens en 2011 et que 8 900 de ces personnes en sont décédées<sup>2</sup>. Comme pour de nombreuses formes de cancer, l'incidence du cancer du côlon et les taux de mortalité qui s'y rapportent grimpent rapidement chez les personnes de plus de 50 ans<sup>2</sup>. Des essais cliniques et des analyses documentaires systématiques révèlent que le dépistage au moyen de la FOBT réduit la mortalité attribuable au cancer du côlon<sup>3-5</sup>.

En 2001, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs a établi des lignes directrices en matière de dépistage du cancer du côlon<sup>6</sup> et, en 2002, le Comité national sur le dépistage du cancer colorectal de Santé Canada a émis des recommandations relatives au dépistage au sein de la population<sup>7</sup>, notamment que les personnes de 50 à 74 ans présentant un risque modéré de développer la maladie subissent un examen par FOTB tous les deux ans. En outre, il serait justifié d'inclure une sigmoïdoscopie flexible dans les examens de santé des personnes asymptomatiques de plus de 50 ans et un examen par coloscopie chez les personnes à risque élevé<sup>6, 8</sup>.

Le Comité national a également recommandé l'intégration du dépistage et de l'évaluation continue dans les programmes provinciaux structurés; à l'automne 2010, huit provinces exécutaient déjà de tels programmes (complets ou expérimentaux) et deux autres en avaient annoncé la création prochaine<sup>2</sup>.

Les résultats de l'Enquête sur le dépistage du cancer du côlon au Canada illustrent bien l'importance du dispensateur de SSP dans le dépistage de cette forme de cancer. Ils indiquent en effet qu'un patient accepte beaucoup plus facilement de se soumettre à un examen de dépistage après en avoir discuté avec son médecin<sup>9</sup>.

**Références**

1. Statistique Canada. Canadian Community Health Survey. <http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/3226-eng.htm>. Consulté le 1<sup>er</sup> août 2012.
2. Comité directeur des statistiques sur le cancer de la Société canadienne du cancer. *Canadian Cancer Statistics 2011*. Toronto, ON : Société canadienne du Cancer; 2011. <http://www.cancer.ca/statistics>.

## Dépistage du cancer du côlon (Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)

3. Edwards BK, Ward E, Kohler BA, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2006, featuring colorectal cancer trends and impact of interventions (risk factors, screening, and treatment) to reduce future rates. *Cancer*. 1<sup>er</sup> février 2010; 116(3):544-573. PM:19998273.
4. Jorgensen OD, Kronborg O, Fenger C. A randomised study of screening for colorectal cancer using faecal occult blood testing: results after 13 years and seven biennial screening rounds. *Gut*. Janvier 2002;50(1):29-32. PM:11772963.
5. Mandel JS, Church TR, Ederer F, Bond JH. Colorectal cancer mortality: effectiveness of biennial screening for fecal occult blood. *J Natl Cancer Inst*. 3 mars 1999;91(5):434-437. PM:10070942.
6. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Colorectal Cancer Screening. [http://www.canadiantaskforce.ca/recommendations/2001\\_03\\_eng.html](http://www.canadiantaskforce.ca/recommendations/2001_03_eng.html). Consulté le 8 février 2012.
7. Comité national sur le dépistage du cancer colorectal. *Technical Report for the National Committee on Colorectal Cancer Screening*. 2002. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ncccs-cndcc>. Consulté le 8 février 2012.
8. Colorectal cancer screening: Recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ*. 2001;165(2):206-208. <http://www.cmaj.ca/content/165/2/206.full>.
9. Partenariat canadien contre le cancer. *Colorectal Cancer Screening*. 2010. [http://www.cancerview.ca/idc/groups/public/documents/webcontent/rl\\_cancer\\_1crcscreen.pdf](http://www.cancerview.ca/idc/groups/public/documents/webcontent/rl_cancer_1crcscreen.pdf).

<b>Dépistage du cancer du sein</b> <b>(Ensemble d'indicateurs : Politique)</b>	
<b>Définition</b>	Pourcentage de femmes âgées de 50 à 74 ans qui ont déclaré avoir subi une mammographie.
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b> Nombre de personnes dans le dénominateur qui ont déclaré avoir subi une mammographie au cours des 24 derniers mois.  <b>Inclusions</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes dans le dénominateur</li> <li>• Personnes qui ont déclaré avoir subi une mammographie au cours des 24 derniers mois</li> </ul> <b>Exclusions</b> Aucune
	<b>Dénominateur</b> Nombre de femmes âgées de 50 à 74 ans.  <b>Inclusions</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes de sexe féminin</li> <li>• Personnes âgées de 50 à 74 ans</li> </ul> <b>Exclusions</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes qui ont déclaré ne pas avoir subi une mammographie en raison d'une mastectomie</li> </ul>
<b>Source des données</b>	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes <sup>1</sup>
<b>Remarques</b>	Sans objet
<b>Interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux élevé pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> </ul>
<b>Justification de l'indicateur</b>	<p>Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes canadiennes (environ 23 400 nouveaux cas en 2011)<sup>2</sup>; il représente plus de 30 % de tous les nouveaux diagnostics de cancer chez les femmes de 20 à 69 ans et 20 % chez les femmes de 70 ans ou plus. Une Canadienne sur neuf sera atteinte du cancer du sein et une sur vingt-sept en mourra<sup>3</sup>.</p> <p>La détection précoce du cancer du sein est importante pour accroître les options de traitement et améliorer les résultats chez les femmes atteintes. Au Canada, la mortalité liée au cancer du sein connaît une diminution constante, en particulier chez les femmes de moins de 60 ans. En général, cette diminution est attribuable aux progrès réalisés en matière de dépistage, notamment grâce à la mise en place de programmes organisés de dépistage, à la hausse des taux de participation, à l'amélioration de la qualité des mammographies et au perfectionnement des modes de traitement<sup>3</sup>.</p>

## Dépistage du cancer du sein (Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)

En 2011, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs a recommandé l'adoption de nouvelles lignes directrices en matière de dépistage pour les femmes de 40 à 74 ans présentant un risque modéré de développer un cancer du sein (c'est-à-dire, qui n'en ont jamais été atteintes, qui ne comptent aucun cas de cancer du sein parmi leurs parents de premier degré, chez qui aucune mutation des gènes BRCA1 et BRCA2 n'a été observée et dont la paroi thoracique n'a jamais été exposée à la radiation)<sup>4</sup>. Ces lignes directrices suggèrent un dépistage de routine tous les deux ou trois ans chez les femmes de 50 à 74 ans<sup>4, 5</sup>.

Le dispensateur de SSP joue un rôle essentiel dans la détection du cancer du sein au début de sa progression en recommandant des examens de dépistage à ses patientes et en surveillant les résultats de ces examens.

### Références

1. Statistique Canada. Canadian Community Health Survey. [www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/3226-eng.htm](http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/3226-eng.htm). Consulté le 1<sup>er</sup> août 2012.
2. Comité directeur des statistiques sur le cancer de la Société canadienne du cancer. *Canadian Cancer Statistics 2011*. Toronto, ON : Société canadienne du Cancer; 2011. [www.cancer.ca/statistics](http://www.cancer.ca/statistics).
3. Société canadienne du cancer /Institut national du cancer du Canada. *Canadian Cancer Statistics 2007*. Toronto, ON : Société canadienne du cancer; 2007.
4. Tonelli M, Gorber SC, Joffres M, et al. Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40-74 years. *CMAJ*. 22 novembre 2011;183(17):1991-2001. PM:22106103.
5. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Screening for Breast Cancer. [http://www.canadiantaskforce.ca/recommendations/2011\\_01\\_eng.html](http://www.canadiantaskforce.ca/recommendations/2011_01_eng.html). Consulté le 8 février 2012.

**Dépistage du cancer du col de l'utérus  
(Ensemble d'indicateurs : Politique)**

<b>Définition</b>	Pourcentage de femmes âgées de 18 à 69 ans qui ont déclaré avoir subi un test de Papanicolaou.	
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b>	<p>Nombre de personnes dans le dénominateur qui ont déclaré avoir subi un test de Papanicolaou au cours des 36 derniers mois.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes dans le dénominateur</li> <li>• Personnes qui ont déclaré avoir subi un test de Papanicolaou au cours des 36 derniers mois</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
	<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre de femmes âgées de 18 à 69 ans.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes de sexe féminin</li> <li>• Personnes âgées de 18 à 69 ans</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes qui ont déclaré ne pas avoir subi de test de Papanicolaou en raison d'une hystérectomie</li> </ul>
<b>Source des données</b>	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes <sup>1</sup>	
<b>Remarques</b>	Sans objet	
<b>Interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux élevé pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> </ul>	
<b>Justification de l'indicateur</b>	<p>Même si l'incidence du cancer du col de l'utérus a chuté de façon drastique au Canada depuis l'arrivée du test de Papanicolaou (Pap) en 1949<sup>2</sup>, les effets de la maladie sont toujours bien présents; on estime à 1 300 le nombre de nouveaux cas en 2011 et 350 le nombre de femmes qui sont décédées de la maladie<sup>3</sup>.</p> <p>Des recherches indiquent que le dépistage du cancer du col de l'utérus permet de détecter les lésions précancéreuses avant leur progression au stade de cancer invasif<sup>4, 5</sup>. En outre, des études ont révélé que les femmes ayant reçu un diagnostic de cancer invasif du col de l'utérus étaient moins susceptibles d'avoir subi un examen de dépistage au cours des cinq années précédant le diagnostic ou n'avaient pas fait l'objet d'un suivi adéquat après un test Pap aux résultats anormaux<sup>5</sup>.</p>	

## Dépistage du cancer du col de l'utérus (Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)

Ces conclusions soulignent l'importance du dépistage et du suivi par les dispensateurs de soins de santé primaires (SSP) dans la réduction de l'incidence de la maladie et de la mortalité qui y est associée.

Des lignes directrices en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus au Canada ont été établies en 1989<sup>6</sup> et font l'objet d'une évaluation par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs<sup>7</sup>. Les lignes directrices de Santé Canada recommandent un examen de dépistage chez les femmes de 18 ans ou plus ou qui deviennent actives sexuellement, suivi d'un second examen un an plus tard. Si les résultats sont satisfaisants, les lignes directrices recommandent un dépistage tous les trois ans jusqu'à l'âge de 69 ans<sup>8</sup>.

Les dispensateurs de SSP jouent un rôle de premier plan dans le dépistage du cancer du col de l'utérus chez leurs patientes en effectuant des tests Pap selon les lignes directrices et en surveillant les résultats de ces tests.

### Références

1. Statistique Canada. Canadian Community Health Survey. [www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/3226-eng.htm](http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/3226-eng.htm). Consulté le 1<sup>er</sup> août 2012.
2. Agence de la santé publique du Canada. *Performance Monitoring for Cervical Cancer Screening Programs in Canada*. 2009. <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/cancer/pmccspsc-srpdccuc/pdf/cervical-eng.pdf>.
3. Comité directeur des statistiques sur le cancer de la Société canadienne du cancer. *Canadian Cancer Statistics 2011*. Toronto, ON : Société canadienne du Cancer; 2011. [www.cancer.ca/statistics](http://www.cancer.ca/statistics).
4. Ng E, Wilkins R, Fung MF, Berthelot JM. Cervical cancer mortality by neighbourhood income in urban Canada from 1971 to 1996. *CMAJ*. 11 mai 2004;170(10):1545-1549. PM:15136547.
5. Spence AR, Goggin P, Franco EL. Process of care failures in invasive cervical cancer: systematic review and meta-analysis. *Prev Med*. Août 2007;45(2-3):93-106. PM:17651792.
6. Agence de la santé publique du Canada. *Cervical Cancer Screening in Canada: 1998 Surveillance Report*. 1998. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccsic-dccuac/>.
7. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Current Task Force recommendations. [http://www.canadiantaskforce.ca/recommendations\\_\\_current\\_eng.html](http://www.canadiantaskforce.ca/recommendations__current_eng.html). Consulté le 8 février 2012.
8. Santé Canada. It's Your Health. Screening for Cervical Cancer. <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/diseases-maladies/cervical-uterus-eng.php>. Consulté le 8 février 2012.

**Dépistage chez les adultes atteints de diabète**  
(Ensemble d'indicateurs : Politique)

<b>Définition</b>	<p>Pourcentage des membres de la population âgés de 20 ans ou plus qui sont atteints de diabète sucré et qui ont subi tous les tests suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• évaluation du taux d'hémoglobine A1c (HbA1c);</li> <li>• établissement du profil lipidique à jeun;</li> <li>• examen des pieds;</li> <li>• mesure de la tension artérielle;</li> <li>• dépistage de l'obésité ou du surpoids.</li> </ul>	
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b>	<p>Nombre de personnes dans le dénominateur qui ont déclaré avoir subi tous les tests suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• au moins deux évaluations du taux d'hémoglobine HbA1c au cours des 12 derniers mois;</li> <li>• dépistage du cholestérol il y a moins de 36 mois;</li> <li>• examen des pieds au cours des 12 derniers mois;</li> <li>• mesure de la tension artérielle par un professionnel de la santé lors de la plupart des rendez-vous médicaux liés au diabète;</li> <li>• mesure du poids corporel au cours des 12 derniers mois.</li> </ul> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes dans le dénominateur</li> <li>• Personnes qui ont déclaré avoir subi au moins deux évaluations du taux d'hémoglobine HbA1c au cours des 12 derniers mois</li> <li>• Personnes qui ont déclaré avoir fait mesurer leur taux de cholestérol il y a moins de 36 mois</li> <li>• Personnes qui ont subi un examen des pieds par un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois</li> <li>• Personnes qui ont déclaré que leur professionnel de la santé a mesuré leur tension artérielle lors de la plupart des rendez-vous médicaux liés au diabète</li> <li>• Personnes qui ont déclaré avoir été pesées par un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>

**Dépistage chez les adultes atteints de diabète  
(Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)**

	<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre de répondants âgés de 20 ans ou plus qui sont atteints de diabète sucré.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes âgées d'au moins 20 ans</li> <li>• Personnes avec diagnostic de diabète sucré</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
<b>Source des données</b>	Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada <sup>1</sup>	
<b>Remarques</b>	<p><b>Définition des termes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'établissement du profil lipidique complet à jeun consiste en une série d'analyses sanguines effectuées après un jeûne de 14 heures et qui aident les dispensateurs de soins de santé primaires (SSP) à déterminer le traitement d'une personne à risque. Le profil lipidique comprend un test de cholestérol total, de cholestérol à lipoprotéines de haute densité (HDL), de cholestérol à lipoprotéines de faible densité (LDL) et de triglycérides. Le rapport d'analyse peut également indiquer le rapport cholestérol total : cholestérol HDL ou une évaluation du risque fondée sur les résultats du profil lipidique, de l'âge, du sexe et d'autres facteurs de risque<sup>2</sup>.</li> <li>• L'évaluation du taux d'hémoglobine A1c (également appelée test HbA1c ou A1c, ou hémoglobine glyquée ou glycosylée) est une analyse en laboratoire qui permet de connaître le taux moyen de glucose sur une période de deux à trois mois<sup>3</sup>.</li> <li>• Le dépistage de l'obésité ou du surpoids peut inclure les mesures suivantes :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– l'indice de masse corporelle (IMC), une méthode d'évaluation du poids qui prend en considération la taille et que l'on obtient en divisant le poids par la taille au carré<sup>3</sup>;</li> <li>– le rapport taille-hanches : bien que l'IMC soit un indicateur d'obésité, sa capacité à prédire le risque d'événements cardiovasculaires présente certaines limites. Des études ont montré que la mesure du rapport taille-hanches permet de prédire le risque cardiovasculaire. L'obésité, en particulier l'adiposité abdominale, vient assombrir le pronostic des clients et des patients atteints de maladie cardiovasculaire<sup>4</sup>.</li> </ul> </li> <li>• « La plupart du temps » correspond à la réponse « toujours » ou « souvent » aux questions relatives à la fréquence de la mesure de la tension artérielle par un professionnel de la santé lors des rendez-vous médicaux liés au diabète.</li> </ul>	

Dépistage chez les adultes atteints de diabète  
(Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)

**Interprétation**

- Un taux élevé pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.

**Analyse plus poussée**

- Cet indicateur peut être modifié pour mesurer chacun des tests séparément afin de permettre l'analyse des taux associés à chaque test.

**Justification de l'indicateur**

Le diabète sucré correspond à un groupe de maladies caractérisées par une augmentation du taux de glucose dans le sang (la glycémie). Quatre-vingt-dix pour cent des personnes souffrant de diabète présentent un diabète de type 2, lequel se caractérise par l'incapacité du pancréas à produire de l'insuline en quantité suffisante ou par l'incapacité de l'organisme à utiliser efficacement l'insuline produite. Le diabète de type 2 se développe généralement à l'âge adulte. Les 10 pour cent restants sont atteints de diabète de type 1, lequel se développe pendant l'enfance ou l'adolescence et est lié à l'incapacité du pancréas à produire de l'insuline. Le diabète peut entraîner de graves complications et la mort, mais les personnes qui en souffrent peuvent collaborer avec leur dispensateur de SSP pour prendre en charge la maladie et réduire le risque de complications.

On estime à 2,4 millions (6,8 %) le nombre de Canadiens atteints de diabète<sup>5</sup>. La prévalence de cette maladie est en hausse au Canada, en particulier chez les jeunes, une situation qui s'explique en partie par l'augmentation des taux de surpoids et d'obésité. Selon un rapport publié récemment, les Canadiens diabétiques sont 3 fois plus susceptibles d'être hospitalisés en raison d'une maladie cardiovasculaire, 12 fois plus susceptibles d'être hospitalisés en raison d'une insuffisance rénale au stade terminal et 20 fois plus susceptibles d'être hospitalisés en raison de l'amputation non traumatique d'un membre inférieur que ceux ne souffrant pas de diabète<sup>5</sup>.

Les principaux facteurs de risque de complications chez les adultes atteints de diabète sont le surpoids ou l'obésité, surtout autour de la ceinture abdominale, une glycémie élevée, l'hypertension, un taux de cholestérol élevé et l'inactivité physique. De plus, les risques de maladie cardiovasculaire augmentent de façon marquée chez la plupart des adultes diabétiques<sup>6</sup>.

Les mesures de prévention secondaire peuvent contribuer à éviter les complications liées au diabète. Les lignes directrices recommandent une prise en charge très active chez les personnes diabétiques et l'application des mesures de prévention suivantes : contrôle de la tension artérielle, évaluation du taux d'hémoglobine HbA1c tous les trois mois aux fins de contrôle et de maintien de la glycémie avec suivi régulier du patient au

## Dépistage chez les adultes atteints de diabète (Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)

	<p>besoin, établissement du profil lipidique à jeun, dépistage de la néphropathie, examens des pieds et prise en charge du diabète sucré sur le plan des habitudes de vie, ce qui inclut le maintien d'un poids santé et l'activité physique quotidienne<sup>6,7</sup>.</p>
<p><b>Références</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Statistique Canada. Survey on Living with Chronic Diseases in Canada. <a href="http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/5160-eng.htm">www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/5160-eng.htm</a>. Consulté le 1<sup>er</sup> août 2012.</li> <li>2. American Association for Clinical Chemistry. Lipid Profile. <a href="http://labtestsonline.org/understanding/analytes/lipid/tab/glance">http://labtestsonline.org/understanding/analytes/lipid/tab/glance</a>. Dernière modification le 4 janvier 2009. Consulté en juillet 2012.</li> <li>3. Hux J. E., Booth G.L., Slaughter P. M., et Laupacis A. <i>Diabetes in Ontario: An ICES Practice Atlas</i>. Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2003. <a href="http://www.ices.on.ca/file/DM_Intro.pdf">http://www.ices.on.ca/file/DM_Intro.pdf</a>. Consulté en juillet 2012.</li> <li>4. Dagenais GR, Yi Q, Mann JF, Bosch J, Pogue J, Yusuf S. Prognostic impact of body weight and abdominal obesity in women and men with cardiovascular disease. <i>Am Heart J</i>. Janvier 2005;149(1):54-60. PM:15660034.</li> <li>5. Agence de la santé publique du Canada. <i>Diabetes in Canada: Facts and Figures From a Public Health Perspective</i>. 2011. <a href="http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/publications/diabetes-diabete/facts-figures-faits-chiffres-2011/pdf/facts-figures-faits-chiffres-eng.pdf">http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/publications/diabetes-diabete/facts-figures-faits-chiffres-2011/pdf/facts-figures-faits-chiffres-eng.pdf</a>.</li> <li>6. Association canadienne du diabète. Canadian Diabetes Association 2008 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. <i>Canadian Journal of Diabetes</i>. 2008;32 (Supplément 1) <a href="http://www.diabetes.ca/files/cpg2008/cpg-2008.pdf">http://www.diabetes.ca/files/cpg2008/cpg-2008.pdf</a>.</li> <li>7. Guidelines and Protocols Advisory Committee. <i>Diabetes Care</i>. Medical Services Commission, British Columbia Ministry of Health. Le 1<sup>er</sup> septembre 2010. <a href="http://www.bcguidelines.ca/pdf/diabetes.pdf">http://www.bcguidelines.ca/pdf/diabetes.pdf</a>.</li> </ol>

**Examen de la vue chez les adultes atteints de diabète  
(Ensemble d'indicateurs : Politique)**

<b>Définition</b>	Pourcentage des membres de la population, âgés de 20 ans ou plus, qui sont atteints de diabète sucré et qui ont subi un examen de la vue.	
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b>	<p>Nombre de personnes dans le dénominateur qui ont déclaré avoir subi un examen de la vue au cours des 24 derniers mois.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes dans le dénominateur</li> <li>• Personnes qui ont déclaré avoir subi un examen de la vue au cours des 24 derniers mois</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
	<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre de répondants âgés de 20 ans ou plus qui sont atteints de diabète sucré.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes âgées d'au moins 20 ans</li> <li>• Personnes qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic de diabète sucré</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
<b>Source des données</b>	Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada <sup>1</sup>	
<b>Remarques</b>	Sans objet	
<b>Interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux élevé pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> <li>• Les résultats de cet indicateur ne font pas la distinction entre les types de dispensateurs qui ont effectué l'examen de la vue (soit un dispensateur de soins de santé primaires, un spécialiste ou une orientation vers un spécialiste).</li> </ul>	
<b>Justification de l'indicateur</b>	<p>Les dommages à la rétine, ou rétinopathie diabétique, sont la cause la plus courante des nouveaux cas de cécité légale chez les adultes<sup>2</sup>. On estime à 10 000 le nombre de Canadiens qui seront aveugles en raison d'une rétinopathie diabétique d'ici 2026<sup>3</sup>. Causée par l'évolution de la maladie, la rétinopathie diabétique touche environ 80 % des patients qui souffrent de diabète depuis au moins 10 ans et peut mener à la cécité<sup>4</sup>. Les risques de souffrir de rétinopathie diabétique augmentent en fonction du nombre d'années écoulées depuis le diagnostic de diabète. De plus,</p>	

**Examen de la vue chez les adultes atteints de diabète  
(Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)**

la perte ou la baisse de la vue est associée à un risque accru de subir d'autres graves problèmes de santé, comme des chutes et des fractures de la hanche, de même qu'à un risque accru de décès prématuré<sup>5, 6</sup>.

Des études montrent que des examens de dépistage et une surveillance efficaces des yeux peuvent réduire considérablement le nombre de nouveaux cas de rétinopathie diabétique<sup>7</sup>. Les lignes directrices de 2008 de l'Association canadienne du diabète recommandent un examen clinique de dépistage avec ophtalmoscopie directe ou examen indirect du fond de l'œil avec lampe à fente sur pupille dilatée, avec ou sans photo numérique du fond<sup>8</sup>.

Le dépistage est important pour la détection précoce des maladies traitables; la fréquence des examens de dépistage varie en fonction de l'âge et du type de diabète. Les lignes directrices recommandent de commencer le dépistage au moment du diagnostic chez les personnes atteintes de diabète de type 2 et dans les cinq ans suivant le diagnostic chez les personnes atteintes de diabète de type 1. Si aucune rétinopathie n'est détectée, les personnes atteintes de diabète de type 1 devraient subir un examen annuel, et celles atteintes de diabète de type 2, un examen annuel ou biennal. En présence d'une rétinopathie, les lignes directrices recommandent un suivi une fois par an ou plus fréquemment pour tous les patients.

**Références**

1. Statistique Canada. Survey on Living with Chronic Diseases in Canada. [www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/5160-eng.htm](http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/5160-eng.htm). Consulté le 1<sup>er</sup> août 2012.
2. Klein R, Klein B. Vision Disorders in Diabetes. *Diabetes In America*. 2 ed. Bethesda, Maryland: National Institutes of Health; 1995; 293-338.
3. *A Clear Vision: Solutions to Canada's Vision Loss Crisis*. Toronto, Ontario: Canterbury Communications; 2004. <http://www.costofblindness.org/>. Consulté le 27 août 2012.
4. *Evidence Based Eye Care*. Philadelphia, Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
5. Vu HTV, Keeffe JE, McCarty CA, Taylor HR. Impact of unilateral and bilateral vision loss on quality of life. [Report]. *British Journal of Ophthalmology*. Mars 2005;89(3):360-363.
6. Cusick MM, Meleth ADB, Agron EM, et al. Associations of Mortality and Diabetes Complications in Patients With Type 1 and Type 2 Diabetes: Early Treatment Diabetic Retinopathy Study report no. 27. [Article]. *Diabetes Care*. Mars 2005;28(3):617-625.

Examen de la vue chez les adultes atteints de diabète  
(Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)

7. Tapp RJ, Shaw JEM, Harper CAM, et al. The Prevalence of and Factors Associated With Diabetic Retinopathy in the Australian Population. [Article]. *Diabetes Care*. Juin 2003;26(6):1731-1737.
  8. Association canadienne du diabète. Canadian Diabetes Association 2008 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. *Canadian Journal of Diabetes*. 2008;32(Supplément 1) <http://www.diabetes.ca/files/cpg2008/cpg-2008.pdf>.
-

**Surveillance de la prise de médicaments antidépresseurs**  
 (Ensemble d'indicateurs : Politique)

<b>Définition</b>	Pourcentage des patients âgés de 18 ans ou plus souffrant de dépression à qui un dispensateur de soins de santé primaires (SSP) a prescrit des médicaments antidépresseurs, et qui ont fait l'objet d'un suivi par un dispensateur de SSP.	
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b>	<p>Nombre de personnes dans le dénominateur qui ont fait l'objet d'un suivi par un dispensateur de SSP dans un délai approprié suivant le début de la prise de médicaments antidépresseurs.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes dans le dénominateur</li> <li>• Personnes de 18 à 29 ans : La personne a eu une visite de suivi avec son dispensateur de SSP dans les deux semaines suivant le début de la prise de médicaments antidépresseurs.</li> <li>• Personnes de 30 ans ou plus : La personne a eu une visite de suivi avec son dispensateur de SSP dans les quatre semaines suivant le début de la prise de médicaments antidépresseurs.</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
	<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre de clients ou de patients âgés de 18 ans ou plus qui reçoivent des SSP, qui souffrent de dépression et qui ont commencé la prise de médicaments antidépresseurs au cours des 12 derniers mois sous la supervision d'un dispensateur de SSP.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clients ou patients qui reçoivent des SSP</li> <li>• Personnes âgées d'au moins 18 ans</li> <li>• Personnes ayant reçu un diagnostic de dépression</li> <li>• Personnes ayant obtenu une ordonnance pour la prise de médicaments antidépresseurs de leur dispensateur de SSP au cours des 12 derniers mois</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes ayant obtenu une ordonnance pour la prise de médicaments antidépresseurs de leur dispensateur de SSP il y a plus de 12 mois</li> </ul>
<b>Source des données</b>	Dossier médical électronique	

**Surveillance de la prise de médicaments antidépresseurs  
(Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)**

<p><b>Remarques</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cet indicateur sert à mesurer le suivi de la prise de médicaments antidépresseurs par un dispensateur de SSP pendant la phase initiale du traitement seulement. Les patients qui ont déjà pris des médicaments antidépresseurs (il y a plus de 12 mois) sont exclus.</li> </ul> <p><b>Définition des termes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un client ou patient qui reçoit des SSP est une personne qui a été en contact avec le dispensateur au moins une fois durant l'année précédente et qui a un dossier avec ce dispensateur depuis au moins deux ans.</li> <li>• Les antidépresseurs sont des médicaments utilisés pour aider les personnes souffrant de dépression. La plupart des médicaments antidépresseurs agissent en ralentissant la libération de certains composés biochimiques, les neurotransmetteurs, par le cerveau. Les neurotransmetteurs sont nécessaires au fonctionnement normal du cerveau. Les médicaments antidépresseurs aident les personnes souffrant de dépression en rendant plus facilement accessibles ces produits chimiques naturels pour le cerveau<sup>1</sup>.</li> <li>• Les méthodes de suivi peuvent inclure une visite au cabinet du médecin, une visite à domicile ou une conversation téléphonique.</li> </ul>
<p><b>Interprétation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux élevé pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> </ul>
<p><b>Justification de l'indicateur</b></p>	<p>Les troubles de l'humeur, dont la dépression, comptent parmi les maladies mentales les plus courantes, les troubles dépressifs majeurs étant particulièrement fréquents<sup>2</sup>. Les troubles de l'humeur peuvent causer un état de grande détresse, nuire au fonctionnement social et occupationnel et accroître le risque de suicide<sup>2</sup>.</p> <p>Le pourcentage de Canadiens ayant déclaré un trouble de l'humeur diagnostiqué est passé de 5,3 % en 2003 à 6,3 % en 2009. Les femmes sont beaucoup plus nombreuses à déclarer des troubles de l'humeur que les hommes<sup>3</sup>. On estime en effet que 9,2 % des Canadiens et 15,1 % des Canadiennes souffriront de dépression au cours de leur vie<sup>4</sup>.</p> <p>Le fardeau économique de la dépression sur l'économie canadienne est également considérable. En 2002, les maladies mentales ont entraîné des coûts directs et indirects de 7,9 milliards de dollars pour le système de santé<sup>4</sup>. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, les patients qui reçoivent des soins de santé primaires et souffrent de dépression présentent des degrés d'incapacité plus élevés que ceux qui souffrent d'autres maladies chroniques, comme le diabète, l'hypertension, l'arthrite et les maux de dos<sup>2</sup>.</p>

## Surveillance de la prise de médicaments antidépresseurs (Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)

Les médicaments antidépresseurs et la psychothérapie, seuls ou combinés, constituent un traitement efficace de la dépression. Il a été démontré que la prise de médicaments antidépresseurs dans la phase des soins de courte durée d'un épisode mène à l'observance continue du traitement<sup>5</sup>. Lorsque des médicaments antidépresseurs sont prescrits, les lignes directrices recommandent un suivi après deux semaines pour la plupart des patients, puis sur une base régulière toutes les deux à quatre semaines pendant les trois premiers mois. Les visites de suivi peuvent ensuite avoir lieu au besoin<sup>6</sup>. Il est important d'assurer un suivi régulier des patients qui prennent des médicaments antidépresseurs, car l'effet clinique de ceux-ci ne se fait sentir qu'un certain temps après le début du traitement, et les patients souffrant de dépression majeure présentent des risques de suicide<sup>2, 6</sup>.

Une étude sur la qualité des soins réalisée récemment a recommandé la création d'un indicateur permettant de surveiller l'évolution du suivi en soins de santé primaires après la prescription de médicaments antidépresseurs<sup>7</sup>.

### Références

1. Hauser J. *Depression Medications: Antidepressants*. Psych Central; 2012. <http://psychcentral.com/lib/2007/depression-medications-antidepressants>. Consulté le 23 juillet 2012.
2. Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. *Can J Psychiatry*. Juin 2001;46 Suppl 1:5S-90S. PM:12371438.
3. *Mood Disorders, 2009. Health Fact Sheets*. Statistique Canada; 2009. (82-625-XIE).
4. Gouvernement du Canada. *The Human Face of Mental Health and Mental Illness in Canada*. 2006. [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human\\_face\\_e.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human_face_e.pdf). Consulté le 28 février 2012. (HP5-19/2006E).
5. Hermann R., Matke S., et l'OECD Mental Health Care Panel. *Selecting Indicators for Quality Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries. Technical Paper 17*. Paris, France : Organisation de coopération et de développement économiques; 2004.
6. *Depression. The Treatment and Management of Depression in Adults. Update of NICE Clinical Guideline 23*. National Institute for Health and Clinical Excellence. Octobre 2009. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG90NICEguideline.pdf>. Consulté le 29 février 2012.
7. Katz A., De Coster C., Bogdanovic C., Soodeen R., et Chateau D. *Using Administrative Data to Develop Indicators of Quality in Family Practice*. Winnipeg, MN : Manitoba Centre for Health Policy; 2004.

**Gamme des services de SSP**  
(Ensemble d'indicateurs : Politique)

<b>Définition</b>	Pourcentage des organismes de soins de santé primaires (SSP) qui offrent actuellement une gamme de services de SSP.	
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b>	<p>Nombre d'organismes dans le dénominateur qui déclarent offrir les services suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• prise en charge des soins liés à des problèmes de santé urgents, mais mineurs;</li> <li>• soins de routine non urgents;</li> <li>• services de prévention, de promotion de la santé ou de sensibilisation;</li> <li>• soins de maternité;</li> <li>• soins aux enfants;</li> <li>• soins de santé mentale primaires;</li> <li>• services de réadaptation;</li> <li>• soins en fin de vie;</li> <li>• au moins un des services suivants :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– services psychosociaux;</li> <li>– liaison avec les services à domicile;</li> <li>– services-conseils en nutrition;</li> <li>– visites à domicile.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organismes dans le dénominateur</li> <li>• Organismes répondants ayant déclaré offrir des services de suivi pour la prise en charge des soins liés à des problèmes de santé urgents, mais mineurs</li> <li>• Organismes répondants ayant déclaré offrir des services de suivi pour les soins de routine non urgents</li> <li>• Organismes répondants ayant déclaré offrir des services de suivi en prévention, promotion de la santé ou sensibilisation</li> <li>• Organismes répondants ayant déclaré offrir des services de suivi pour les soins de maternité</li> <li>• Organismes répondants ayant déclaré offrir des services de suivi pour les soins aux enfants</li> <li>• Organismes répondants ayant déclaré offrir des services de suivi pour les soins de santé mentale primaires</li> <li>• Organismes répondants ayant déclaré offrir des services de suivi en réadaptation</li> </ul>

**Gamme des services de SSP**  
(Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organismes répondants ayant déclaré offrir des services de suivi pour les soins en fin de vie</li> <li>Organismes répondants ayant déclaré offrir au moins l'un des services suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>services psychosociaux;</li> <li>liaison avec les services à domicile;</li> <li>services-conseils en nutrition;</li> <li>visites à domicile.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Exclusions</b> Aucune</p>
	<p><b>Dénominateur</b></p> <p>Nombre d'organismes de SSP répondants.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Organismes de SSP</li> </ul> <p><b>Exclusions</b> Aucune</p>
<b>Source des données</b>	Outils d'enquête fondée sur la pratique des SSP au Canada : section à l'intention des organismes <sup>1</sup>
<b>Remarques</b>	<p><b>Définition des termes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Les organismes de SSP sont des organisations où au moins un médecin de famille, un omnipraticien ou une infirmière praticienne partage des ressources humaines, financières ou matérielles (p. ex. des bureaux) avec d'autres professionnels de la santé dans le but de dispenser des services de SSP à une grande population.</li> <li>Les SSP comprennent souvent les services suivants<sup>2</sup> : <ul style="list-style-type: none"> <li>prévention et soins de routine (p. ex. traitement de blessures et de maladies communes);</li> <li>soins de base immédiats pour des problèmes mineurs;</li> <li>orientation vers d'autres niveaux de soins (comme les hôpitaux et les spécialistes);</li> <li>soins de santé mentale primaires;</li> <li>soins en fin de vie;</li> <li>promotion de la santé;</li> <li>soins aux enfants;</li> <li>soins de maternité primaires;</li> <li>services de réadaptation.</li> </ul> </li> </ul>

<b>Gamme des services de SSP</b> <b>(Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)</b>	
<b>Interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux élevé pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> </ul> <p><b>Analyse plus poussée</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il est possible de restreindre cet indicateur de manière à mesurer chaque service séparément.</li> </ul>
<b>Justification de l'indicateur</b>	<p>Pour la plupart des Canadiens, le premier point de contact pour obtenir des soins médicaux est leur dispensateur de SSP. Les soins de santé primaires peuvent comprendre les soins de routine reçus d'un dispensateur habituel, les soins urgents pour un problème de santé ou accident mineur, les soins aux mères et aux enfants, la prévention des maladies, les services de consultation en nutrition, les soins de santé mentale et l'orientation vers les services à domicile, la promotion de la santé, les services de réadaptation et les soins en fin de vie<sup>3, 4</sup>. La prévention et la prise en charge des maladies chroniques font également partie des SSP.</p> <p>Des recherches indiquent que l'accès accru à un dispensateur de SSP est un gage d'amélioration de l'état de santé et de diminution de l'ensemble des coûts du système de santé. La continuité des soins dans le contexte des SSP est liée à des résultats positifs pour la santé, notamment l'engagement dans des soins préventifs ainsi que la prévention des hospitalisations et des visites aux services d'urgence<sup>5</sup>.</p> <p>Lors d'un sondage mené en 2007 au Canada, environ 86 % des adultes et 93 % des personnes âgées ont déclaré avoir un dispensateur de soins médicaux habituel<sup>6</sup>. Environ le tiers des Canadiens ont indiqué avoir eu besoin de soins courants ou continus au cours de l'année précédente et 29 % d'entre eux ont déclaré avoir eu besoin de soins immédiats pour un problème de santé mineur. Plus de 90 % des Canadiens ayant un dispensateur habituel ont répondu avoir reçu tous les soins dont ils avaient besoin, leur dispensateur de SSP assurant une gamme de services qui répondent à la plupart ou à la totalité de leurs besoins de SSP<sup>6</sup>.</p> <p>Cet indicateur sert à mesurer l'intégralité des services offerts par les organismes de SSP.</p>

**Gamme des services de SSP**  
**(Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)**

**Références**

1. Institut canadien d'information sur la santé. Primary Health Care: Pan-Canadian Primary Health Care Survey Questions and Tools. <http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/types-of+care/primary+health/cihi006583>. Dernière modification en 2011. Consulté le 5 septembre 2012.
2. Santé Canada. About Primary Health Care. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/about-apos-eng.php>. Dernière modification en 2012. Consulté le 11 septembre 2012.
3. Institut canadien d'information sur la santé. *Experiences With Primary Health Care in Canada*. Ottawa, ON : ICIS; 2009.
4. Santé Canada. Canada's Health Care System. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2011-hcs-sss/index-eng.php>. Dernière modification en 2012. Consulté le 11 septembre 2012.
5. Glazier RH. Balancing equity issues in health systems: perspectives of primary healthcare. [Revue] [29 réf.]. *Healthcarepapers*. 2007;8:Spec-45.
6. Conseil canadien de la santé. *Canadian Survey of Experiences With Primary Health Care in 2007: A Data Supplement to: Fixing the Foundation: An Update on Primary Health Care and Home Care Renewal in Canada*. Toronto, ON : le Conseil; 2008.

**Ententes de soins conjoints avec d'autres organismes de soins de santé  
(Ensemble d'indicateurs : Politique)**

<b>Définition</b>	Pourcentage des organismes de soins de santé primaires (SSP) qui ont des ententes avec d'autres organismes de soins de santé visant la prise en charge conjointe de patients.	
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b>	<p>Nombre d'organismes dans le dénominateur qui ont déclaré avoir conclu des ententes de soins conjoints avec au moins l'un des types d'organismes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• autres cliniques de SSP;</li> <li>• hôpitaux;</li> <li>• cliniques de soins médicaux spécialisés.</li> </ul> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organismes dans le dénominateur</li> <li>• Organismes répondants ayant déclaré avoir conclu au moins l'un des types d'ententes suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>– entente avec au moins une autre clinique de SSP visant la prise en charge conjointe de patients;</li> <li>– entente avec au moins un hôpital visant la prise en charge conjointe de patients;</li> <li>– entente avec au moins une clinique de soins médicaux spécialisés visant la prise en charge conjointe de patients.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
	<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre d'organismes de SSP répondants.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organismes de SSP</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
<b>Source des données</b>	Outils d'enquête fondée sur la pratique des SSP au Canada : section à l'intention des organismes <sup>1</sup>	

## Ententes de soins conjoints avec d'autres organismes de soins de santé (Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)

<b>Remarques</b>	<p><b>Définition des termes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les organismes de SSP sont des organisations où au moins un médecin de famille, un omnipraticien ou une infirmière praticienne partage des ressources humaines, financières ou matérielles (p. ex. des bureaux) avec d'autres professionnels de la santé dans le but de dispenser des services de SSP à une grande population.</li> <li>• Les ententes visant la prise en charge conjointe de patients comprennent les ententes officielles ou non officielles entre un organisme de SSP et d'autres organismes de santé, dont d'autres cliniques de SSP, des hôpitaux et des cliniques de soins médicaux spécialisés.</li> </ul>
<b>Interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux élevé pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> </ul> <p><b>Analyse plus poussée</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cet indicateur peut être modifié afin de mesurer séparément les taux de collaboration avec les différents types d'organismes de santé (c.-à-d. les cliniques de SSP, les hôpitaux et les cliniques de soins spécialisés).</li> <li>• Cet indicateur peut être modifié afin de tenir compte du type d'entente conclue avec d'autres organismes de santé, dont             <ul style="list-style-type: none"> <li>– la planification des services offerts (p. ex. les activités de garde);</li> <li>– l'accès aux services techniques (p. ex. la radiologie);</li> <li>– l'échange de ressources;</li> <li>– le suivi des patients hospitalisés ou de ceux vus à la clinique.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Justification de l'indicateur</b>	<p>En 2000, les premiers ministres ont convenu que des améliorations aux soins de santé primaires étaient cruciales pour le renouvellement des services de santé. Le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaire a ainsi été créé afin d'appuyer les efforts de renouvellement des soins de santé dans les provinces et territoires de 2000 à 2006<sup>2</sup>. Plusieurs stratégies nationales ont été financées, notamment l'Initiative pour l'amélioration de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires (ACIS).</p> <p>Dans le cadre d'une entente de soins conjoints, un dispensateur de SSP tisse une relation de travail structurée avec au moins un dispensateur d'un autre organisme pour mettre en commun les soins aux patients et les renseignements sur ceux-ci<sup>3</sup>. L'ACIS a donné lieu à un éventail de recherches sur les pratiques exemplaires et à la création d'une trousse d'outils pour soutenir la collaboration chez les dispensateurs de SSP. L'initiative a également permis de démontrer que le leadership interdisciplinaire est essentiel au renouvellement des SSP<sup>4</sup>.</p>

**Ententes de soins conjoints avec d'autres organismes de soins de santé  
(Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)**

Dans le cadre d'une étude menée dans une grande région sanitaire urbaine au Canada, on a évalué le point de vue des médecins de famille et des omnipraticiens sur les soins conjoints et leur participation actuelle à la pratique interdisciplinaire<sup>5</sup>. Les dispensateurs de SSP ont manifesté un vif intérêt pour le travail en milieu de soins conjoints, particulièrement avec les diététistes, les psychologues, les infirmières à domicile, les pharmaciens, les physiothérapeutes, les travailleurs sociaux, les infirmières de la santé publique et les infirmières spécialisées en éducation. Dans la pratique, cependant, peu de dispensateurs ont dit prendre part à des ententes de soins conjoints; la collaboration avec les diététistes était la plus courante, à 22 %.

La plupart des Canadiens sont d'avis que leurs dispensateurs de SSP collaborent bien avec les autres professionnels et secteurs du système de santé<sup>6</sup>. Les soins conjoints dans le milieu des SSP offrent d'importants avantages aux patients et à leurs dispensateurs, particulièrement en ce qui a trait à la continuité des soins<sup>7, 8</sup>. Les rapports sur cet indicateur permettront d'évaluer dans quelle mesure les Canadiens ont accès à des services interdisciplinaires grâce aux soins conjoints dans le milieu des SSP.

**Références**

1. Institut canadien d'information sur la santé. Primary Health Care: Pan-Canadian Primary Health Care Survey Questions and Tools. <http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/types+of+care/primary+health/cihi006583>. Dernière modification en 2011. Consulté le 5 septembre 2012.
2. Santé Canada. Primary Health Care Transition Fund. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/index-eng.php>. Dernière modification en 2007. Consulté le 6 septembre 2012.
3. Macfarlane D. *Current State of Collaborative Mental Health Care*. Mississauga, ON : Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; 2005.
4. Santé Canada. Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Primary Health Care. [http://www.apps.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/pchtf.nsf/WebFactSheet\\_E/0027?OpenDocument](http://www.apps.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/pchtf.nsf/WebFactSheet_E/0027?OpenDocument). Dernière modification en 2006. Consulté le 6 septembre 2012.
5. Wilson DR, Moores DG, Lyons SCW, Cave AJ, et Donoff MG. Family physicians' interest and involvement in interdisciplinary collaborative practice in Alberta, Canada. [Références]. *Primary Health Care Research and Development*. Juillet 2005;(3):224-231.

Ententes de soins conjoints avec d'autres organismes de soins de santé  
(Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)

6. Conseil canadien de la santé. *Canadian Survey of Experiences With Primary Health Care in 2007: A Data Supplement to: Fixing the Foundation: An Update on Primary Health Care and Home Care Renewal in Canada*. Toronto, ON : le Conseil; 2008.
7. Deber R et Baumann A. *Barriers and Facilitators to Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Primary Health Care*. Ottawa, ON : The Conference Board of Canada; 2005.
8. Nolte J. *Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Primary Health Care in Canada*. Ottawa, ON : The Conference Board of Canada; 2005.

**Taux d'hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires  
(Ensemble d'indicateurs : Politique)**

<b>Définition</b>	Taux d'hospitalisation en soins de courte durée, normalisé selon l'âge, liée à des conditions où des soins ambulatoires appropriés peuvent éviter ou réduire la nécessité d'une admission, par 100 000 habitants.	
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b>	<p>Nombre d'hospitalisations en soins de courte durée liées à des conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA).</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Admission à un hôpital de soins de courte durée d'une personne dans le dénominateur</li> <li>• Admission à un hôpital de soins de courte durée d'une personne qui présente l'un des diagnostics principaux suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>– état de grand mal et autres convulsions épileptiques</li> <li>– maladie pulmonaire obstructive chronique</li> <li>– asthme</li> <li>– insuffisance cardiaque et œdème pulmonaire</li> <li>– hypertension</li> <li>– angine</li> <li>– diabète</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personne décédée avant d'obtenir son congé</li> <li>• Catégorie d'admission inscrite : nouveau-né ou mortinaissance</li> </ul>
	<b>Dénominateur</b>	<p>Population âgée de 75 ans ou moins à la mi-année, par 100 000 habitants (ajustée selon l'âge).</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes âgées de moins de 75 ans</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
<b>Source des données</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numérateur : Base de données sur les congés des patients<sup>1</sup>, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec<sup>2</sup></li> <li>• Dénominateur : recensement</li> </ul>	

**Taux d'hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires  
(Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)**

<b>Remarques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les renseignements techniques relatifs à l'indicateur (p. ex. les définitions des conditions faisant partie des CPSA) sont accessibles sur le site de l'ICIS<sup>3</sup>.</li> <li>• Les CPSA comprennent, entre autres, les conditions suivantes : grand mal et autres convulsions épileptiques, maladie pulmonaire obstructive chronique, asthme, insuffisance cardiaque, œdème pulmonaire, hypertension, angine et diabète<sup>4, 5</sup>.</li> </ul>
<b>Interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux faible pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> </ul>
<b>Justification de l'indicateur</b>	<p>Les conditions propices aux soins ambulatoires, terme créé par Billings et coll. en 1993<sup>4</sup>, sont des affections chroniques qui, lorsqu'elles sont traitées efficacement dans la collectivité, ne devraient pas mener à une hospitalisation.</p> <p>Les hospitalisations liées à une CPSA sont souvent qualifiées d'évitables et considérées comme une mesure indirecte de l'accès aux soins de santé primaires (SSP), des soins dispensés dans la collectivité et de la capacité du système de santé à gérer les affections chroniques<sup>6, 7</sup>.</p> <p>L'Initiative sur les données longitudinales administratives et sur la santé (DLAS) a publié récemment la première étude pancanadienne axée sur la population et portant sur divers facteurs, notamment ceux liés aux patients (p. ex. le statut socioéconomique). Ces facteurs peuvent varier en fonction des SSP (p. ex. la comorbidité) dispensés aux patients hospitalisés en raison d'une CPSA au Canada. Selon le rapport, 4,2 millions de personnes âgées de 12 à 74 ans étaient atteintes d'une ou de plusieurs CPSA : hypertension (46 %), maladie du cœur (43 %), diabète (36 %), asthme (30 %) et maladie pulmonaire obstructive chronique (16 %). Parmi elles, 161 000 (3,8 %) ont déclaré avoir été hospitalisées au moins une fois sur une période de quatre ans<sup>7</sup>.</p> <p>Plus de la moitié des Canadiens hospitalisés en raison d'une CPSA étaient âgés de 60 ans ou plus, et ceux présentant au moins deux comorbidités étaient au moins quatre fois plus susceptibles de connaître une hospitalisation liée à une CPSA que ceux ne présentant aucune comorbidité<sup>7</sup>.</p> <p>L'optimisation de la prise en charge des CPSA dans la collectivité, y compris dans un contexte de SSP, peut contribuer à améliorer les résultats pour la santé des patients et à utiliser plus efficacement les ressources<sup>3</sup>.</p>

Taux d'hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires  
(Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé. Discharge Abstract Database. [http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/acute+care/dad\\_metadata](http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/acute+care/dad_metadata). Consulté le 1<sup>er</sup> août 2012.
2. Institut canadien d'information sur la santé. Hospital Morbidity Database. [http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/acute+care/services\\_hmdb](http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/acute+care/services_hmdb). Consulté le 1<sup>er</sup> août 2012.
3. Institut canadien d'information sur la santé. Indicator Definitions: Health System Performance. [http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/health+system+performance/indicators/health/indic\\_def\\_health\\_system\\_12](http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/health+system+performance/indicators/health/indic_def_health_system_12). Consulté le 30 août 2012.
4. Billings J, Zeitel L, Lukomnik J, Carey TS, Blank AE, Newman L. Impact of socioeconomic status on hospital use in New York City. *Health Aff (Millwood)*. 1993;12(1):162-173. PM:8509018.
5. Billings J, Anderson GM, Newman LS. Recent findings on preventable hospitalizations. *Health Aff (Millwood)*. 1996;15(3):239-249. PM:8854530.
6. Magan P, Otero A, Alberquilla A, Ribera JM. Geographic variations in avoidable hospitalizations in the elderly, in a health system with universal coverage. *BMC Health Services Research*. 2008;8:42.
7. Sanmartin C., Khanand S., et l'équipe de recherche de la DLAS. *Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC): The Factors That Matter*. Statistique Canada : 2011. <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-622-x/82-622-x2011007-eng.pdf>. Consulté le 22 février 2012. 82-622-X - No. 007.

**Visites aux services d'urgence pour cause d'asthme**  
 (Ensemble d'indicateurs : Politique)

<b>Définition</b>	Pourcentage de la population âgée de 6 à 55 ans atteinte d'asthme qui s'est rendue dans un service d'urgence pour recevoir un traitement.	
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b>	<p>Nombre de personnes âgées de 6 à 55 ans qui se sont rendues dans un service d'urgence pour recevoir un traitement contre l'asthme au cours des 12 derniers mois.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes âgées de 6 à 55 ans</li> <li>• Personnes qui se sont rendues dans un service d'urgence pour recevoir un traitement contre l'asthme au cours des 12 derniers mois</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
	<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre de répondants âgés de 6 à 55 ans qui ont déclaré être atteints d'asthme.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes âgées de 6 à 55 ans</li> <li>• Personnes ayant reçu un diagnostic d'asthme</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
<b>Source des données</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numérateur : Système national d'information sur les soins ambulatoires<sup>1</sup>, Institut canadien d'information sur la santé</li> <li>• Dénominateur : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes<sup>2</sup></li> </ul>	
<b>Remarques</b>	Sans objet	
<b>Interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux faible pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> </ul>	
<b>Justification de l'indicateur</b>	<p>L'asthme est une maladie chronique qui cause une toux, une dyspnée, une sensation d'oppression dans la poitrine et une respiration sifflante. Ces symptômes et les crises d'asthme, caractérisées par une dyspnée grave, peuvent être causés par une infection virale des voies respiratoires, l'activité physique ou l'exposition à des allergènes ou à des polluants irritants<sup>3</sup>. Les crises d'asthme, souvent accompagnées d'un sentiment de suffocation, d'un souffle court et d'une perte de contrôle, nuisent à la qualité de vie et peuvent causer l'absentéisme, limiter l'activité et mettre en danger la vie des personnes atteintes<sup>4</sup>.</p>	

Visites aux services d'urgence pour cause d'asthme  
(Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)

Très souvent, un traitement efficace permet de réduire l'apparition et l'aggravation des symptômes. Le dispensateur de services de santé primaires (SSP) joue donc un rôle clé dans la prise en charge de la maladie.

Lors de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2011, 2,5 millions de Canadiens, ou 8,6 % des personnes âgées de 12 ans ou plus, ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'asthme<sup>5</sup>. En 2005, environ 70 % des Canadiens de 12 ans ou plus atteints d'asthme ont affirmé avoir ressenti les symptômes de la maladie, fait une crise ou pris des médicaments contre l'asthme au cours de l'année précédente<sup>6</sup>.

Chez les enfants canadiens, l'asthme est une importante cause d'hospitalisation; en 2004, elle représentait près de 8 % des admissions d'enfants de 14 ans ou moins<sup>6</sup>. Les coûts de l'asthme au Canada n'ont pas fait l'objet d'une évaluation systématique depuis le début des années 1990, mais ils sont sans doute élevés, puisque cette maladie chronique peut entraîner de nombreuses complications. De 1998 à 2001, près de 80 000 Canadiens ont été admis à l'hôpital pour cause d'asthme et le taux de réadmission a été relativement élevé<sup>4</sup>.

Cet indicateur vise à surveiller la gravité de l'asthme et des événements indésirables liés à cette maladie. En 2004, un groupe d'experts canadiens a recommandé la surveillance des visites aux services d'urgence afin d'évaluer la pertinence des soins dispensés aux asthmatiques<sup>7</sup>.

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé. National Ambulatory Care Reporting System. [http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/emergency+care/services\\_nacrs](http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/emergency+care/services_nacrs). Consulté le 1<sup>er</sup> août 2012.
2. Statistique Canada. Canadian Community Health Survey. [www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/3226-eng.htm](http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/3226-eng.htm). Consulté le 1<sup>er</sup> août 2012.
3. *Global Strategy for Asthma Management and Prevention. Global Initiative for Asthma (GINA)*. 2006. [www.ginasthma.org](http://www.ginasthma.org).
4. Chen Y, Johansen H, Thillaiampalam S, et Sambell C. *Asthma*. Ottawa, ON : Statistique Canada; 2005. (Rapports sur la santé, 16(2), 82-003-XIE).

**Visites aux services d'urgence pour cause d'asthme  
(Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)**

5. Statistique Canada. Table 105-0501 - Health indicator profile, annual estimates, by age group and sex, Canada, provinces, territories, health regions (2011 boundaries) and peer groups. Dernière modification en 2012. Consulté le 31 août 2012. CANSIM (database).
  6. Agence de la santé publique du Canada. *Life and Breath: Respiratory Disease in Canada*. Ottawa, ON : Agence de la santé publique du Canada; 2007.
  7. Steer P, Spier S, To T, et Vande Wetering S. *Asthma Health Indicators: In Establishing Child and Youth Health Indicators Workshop "Part Deux"*. Montreal, QC : Association canadienne des centres de santé pédiatriques; 2004. [http://www.ccyhc.org/docs\\_indicators/health\\_indicators/chronic\\_conditions\\_expert\\_panel\\_recommendations.pdf](http://www.ccyhc.org/docs_indicators/health_indicators/chronic_conditions_expert_panel_recommendations.pdf). Consulté le 22 février 2012.
-

**Contrôle de la tension artérielle en cas d'hypertension  
(Ensemble d'indicateurs : Politique)**

<b>Définition</b>	Pourcentage des membres de la population âgés de 20 ans ou plus qui sont atteints d'hypertension depuis au moins 12 mois et qui ont déclaré faire l'objet de vérifications de la tension artérielle.	
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b>	<p>Nombre de personnes dans le dénominateur qui déclarent faire l'objet de vérifications de la tension artérielle.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes dans le dénominateur</li> <li>• Personnes qui ont déclaré ne pas avoir reçu de diagnostic de diabète sucré et qui présentent au moins une des caractéristiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>– la valeur de la plus récente mesure de leur tension artérielle était inférieure à 140/90</li> <li>– en l'absence d'une mesure de la tension artérielle, la personne a déclaré avoir une tension artérielle maîtrisée</li> </ul> </li> <li>• Personnes qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic de diabète sucré et qui présentent au moins une des caractéristiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>– la valeur de la plus récente mesure de leur tension artérielle était inférieure à 130/80</li> <li>– en l'absence d'une mesure de la tension artérielle, la personne a déclaré avoir une tension artérielle maîtrisée</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
	<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre de répondants âgés de 20 ans ou plus qui sont atteints d'hypertension depuis au moins 12 mois.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes âgées d'au moins 20 ans</li> <li>• Personnes qui ont reçu un diagnostic d'hypertension il y a au moins 12 mois</li> </ul>

**Contrôle de la tension artérielle en cas d'hypertension  
(Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)**

	<b>Exclusions</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes qui ont déclaré ne pas avoir fait mesurer leur tension artérielle par un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois</li> <li>• Femmes qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic d'hypertension pendant la grossesse seulement</li> </ul>
<b>Source des données</b>	Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada <sup>1</sup>
<b>Remarques</b>	<b>Définition des termes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes ne souffrant pas de diabète sucré : la vérification de la tension artérielle lors de la dernière visite chez un dispensateur de SSP a donné un résultat inférieur à 140/90 mm Hg<sup>2</sup>.</li> <li>• Personnes souffrant de diabète sucré : la vérification de la tension artérielle lors de la dernière visite chez un dispensateur de SSP a donné un résultat inférieur à 130/80 mm Hg<sup>2</sup>.</li> </ul>
<b>Interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux élevé pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> </ul>
<b>Justification de l'indicateur</b>	<p>La tension artérielle élevée, ou hypertension, est un facteur de risque de maladies du cœur, de maladies cérébrovasculaires et autres maladies vasculaires<sup>3-7</sup>. Il s'agit également d'une cause importante d'invalidité et on la considère comme le principal facteur de risque de décès dans le monde, auquel on attribue quelque 7,5 millions de décès par année<sup>8</sup>.</p> <p>Selon une étude récente, basée sur les résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009, le pourcentage d'adultes canadiens atteints d'hypertension est estimé à 19 %<sup>9</sup>. Malgré d'importantes améliorations au chapitre du diagnostic et du traitement de l'hypertension au Canada, des résultats récents laissent entendre que cette maladie n'est pas maîtrisée chez 34 % des adultes qui en sont atteints<sup>9</sup>.</p> <p>En présence d'un diagnostic d'hypertension, un résultat inférieur à 140/90 mm Hg chez les personnes qui ne souffrent pas de diabète sucré ou à 130/80 mm Hg chez celles qui en souffrent correspond à une tension artérielle maîtrisée<sup>2</sup>. Des données indiquent que la modification des habitudes de vie conjuguée à la prise d'hypertenseurs est généralement nécessaire pour atteindre les valeurs recommandées chez les patients atteints d'hypertension<sup>2</sup>. Des études ont également</p>

**Contrôle de la tension artérielle en cas d'hypertension  
(Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)**

montré que l'interaction d'un patient avec un dispensateur de SSP a un effet positif sur les facteurs liés au mode de vie qui peuvent abaisser la tension artérielle, comme une alimentation saine, de l'activité physique régulière, une consommation modérée d'alcool, une réduction de la consommation de sodium et une réduction du stress<sup>2, 10</sup>.

On estime que le tiers des manifestations des maladies coronariennes chez les hommes et plus de la moitié chez les femmes pourraient être prévenues au moyen d'un contrôle efficace de la tension artérielle chez les patients souffrant d'hypertension<sup>11</sup>. Les dispensateurs de SSP jouent un rôle essentiel en matière de contrôle de la tension artérielle chez les patients atteints d'hypertension au Canada, non seulement en ce qui a trait au diagnostic et au traitement de la maladie, mais également pour évaluer si le patient respecte les recommandations relatives au mode de vie et à la pharmacothérapie lors des soins cliniques de routine.

**Références**

1. Statistique Canada. Survey on Living with Chronic Diseases in Canada. [www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/5160-eng.htm](http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/5160-eng.htm). Consulté le 1<sup>er</sup> août 2012.
2. *2012 Canadian Recommendations for the Management of Hypertension*. Programme éducatif canadien sur l'hypertension; 2012. [http://www.hypertension.ca/images/2012\\_CHEPFullRecommendations\\_EN\\_HCP1009.pdf](http://www.hypertension.ca/images/2012_CHEPFullRecommendations_EN_HCP1009.pdf). Consulté le 16 juillet 2012.
3. Haider AW, Larson MG, Franklin SS, Levy D. Systolic blood pressure, diastolic blood pressure, and pulse pressure as predictors of risk for congestive heart failure in the Framingham Heart Study. *Ann Intern Med*. Le 7 janvier 2003;138(1):10-16. PM:12513039.
4. Kannel WB, D'Agostino RB, Silbershatz H, Belanger AJ, Wilson PW, Levy D. Profile for estimating risk of heart failure. *Arch Intern Med*. Le 14 juin 1999;159(11):1197-1204. PM:10371227.
5. Lawes CM, Vander HS, Rodgers A. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *Lancet*. Le 3 mai 2008;371(9623):1513-1518. PM:18456100.
6. Lee DS, Massaro JM, Wang TJ, et al. Antecedent blood pressure, body mass index, and the risk of incident heart failure in later life. *Hypertension*. November, 2007;50(5):869-876. PM:17893376.

**Contrôle de la tension artérielle en cas d'hypertension  
(Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)**

7. Lloyd-Jones DM, Larson MG, Leip EP, et al. Lifetime risk for developing congestive heart failure: the Framingham Heart Study. *Circulation*. Le 10 décembre 2002;106(24):3068-3072. PM:12473553.
8. Organisation mondiale de la Santé. *Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks*. Genève : Presse de l'Organisation mondiale de la Santé; 2009. [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalHealthRisks\\_report\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf).
9. Wilkins K., Campbell N. R., Joffres M. R., et al. *Blood Pressure in Canadian Adults*. Ottawa, ON : Statistique Canada; Mars 2010. <http://www.statcan.gc.ca/healthreports>. Consulté le 26 juillet 2012. (82-003-XPE).
10. Ashenden R, Silagy C, Weller D. A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice. *Fam Pract*. Avril 1997;14(2):160-176. PM:9137956.
11. Wong ND, Thakral G, Franklin SS, et al. Preventing heart disease by controlling hypertension: impact of hypertensive subtype, stage, age, and sex. *Am Heart J*. Mai 2003;145(5):888-895. PM:12766749.

Complications du diabète (Ensemble d'indicateurs : Politique)					
<b>Définition</b>	Pourcentage de la population âgée de 50 à 74 ans qui est atteinte d'un diabète sucré avéré et qui a eu un infarctus aigu du myocarde, a subi une amputation au-dessus ou au-dessous du genou ou a entrepris une dialyse d'entretien.				
<b>Méthode de calcul</b>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; vertical-align: top;"><b>Numérateur</b></td> <td> <p>Nombre de personnes âgées de 50 à 74 ans atteintes d'un diabète sucré qui ont eu un infarctus aigu du myocarde, subi une amputation au-dessus ou au-dessous du genou ou entrepris une dialyse d'entretien au cours des 12 derniers mois.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes âgées de 50 à 74 ans</li> <li>• Personnes atteintes d'un diabète sucré avéré</li> <li>• Personnes ayant connu l'une des situations suivantes au cours des 12 derniers mois,                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– infarctus aigu du myocarde</li> <li>– amputation au-dessus ou au-dessous du genou</li> <li>– début d'une dialyse d'entretien</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p> </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"><b>Dénominateur</b></td> <td> <p>Nombre de personnes de 50 à 74 ans atteintes d'un diabète sucré.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes âgées de 50 à 74 ans</li> <li>• Personnes avec diagnostic de diabète sucré</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p> </td> </tr> </table>	<b>Numérateur</b>	<p>Nombre de personnes âgées de 50 à 74 ans atteintes d'un diabète sucré qui ont eu un infarctus aigu du myocarde, subi une amputation au-dessus ou au-dessous du genou ou entrepris une dialyse d'entretien au cours des 12 derniers mois.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes âgées de 50 à 74 ans</li> <li>• Personnes atteintes d'un diabète sucré avéré</li> <li>• Personnes ayant connu l'une des situations suivantes au cours des 12 derniers mois,                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– infarctus aigu du myocarde</li> <li>– amputation au-dessus ou au-dessous du genou</li> <li>– début d'une dialyse d'entretien</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>	<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre de personnes de 50 à 74 ans atteintes d'un diabète sucré.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes âgées de 50 à 74 ans</li> <li>• Personnes avec diagnostic de diabète sucré</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
<b>Numérateur</b>	<p>Nombre de personnes âgées de 50 à 74 ans atteintes d'un diabète sucré qui ont eu un infarctus aigu du myocarde, subi une amputation au-dessus ou au-dessous du genou ou entrepris une dialyse d'entretien au cours des 12 derniers mois.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes âgées de 50 à 74 ans</li> <li>• Personnes atteintes d'un diabète sucré avéré</li> <li>• Personnes ayant connu l'une des situations suivantes au cours des 12 derniers mois,                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– infarctus aigu du myocarde</li> <li>– amputation au-dessus ou au-dessous du genou</li> <li>– début d'une dialyse d'entretien</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>				
<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre de personnes de 50 à 74 ans atteintes d'un diabète sucré.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes âgées de 50 à 74 ans</li> <li>• Personnes avec diagnostic de diabète sucré</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>				
<b>Source des données</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numérateur : Base de données sur les congés des patients<sup>1</sup>, Institut canadien d'information sur la santé; Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec<sup>2</sup> (voir les Remarques)</li> <li>• Dénominateur : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes<sup>3</sup></li> </ul>				
<b>Remarques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La même source de données est requise pour les provinces et territoires qui déclarent les chirurgies d'un jour au Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA).</li> </ul>				
<b>Interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux faible pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> </ul>				

## Complications du diabète (Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)

### Justification de l'indicateur

Les personnes atteintes de diabète sont davantage sujettes à de nombreux problèmes de santé. Le diabète augmente considérablement les risques de maladies cardiovasculaires, et les diabétiques sont deux à quatre fois plus susceptibles de développer ce type de maladies<sup>4</sup>. Au Canada, les maladies cardiovasculaires représentent la complication du diabète la plus fréquente ainsi que la cause de décès la plus courante chez les personnes atteintes de diabète de type 2. Le diabète peut causer un resserrement prématuré des artères (athérosclérose), qui peut mener à un infarctus aigu du myocarde<sup>5, 6</sup>.

Le diabète augmente considérablement les risques de maladie rénale (néphropathie); les personnes atteintes de diabète au Canada sont 6 fois plus susceptibles que les autres d'être hospitalisées en raison d'une maladie rénale et 12 fois plus susceptibles d'être hospitalisées pour une maladie rénale terminale<sup>7</sup>. Le diabète constitue la cause première des maladies rénales terminales au Canada, soit environ le tiers des cas en 2009. De plus, le nombre de personnes qui entreprennent un traitement de remplacement rénal (dialyse ou greffe) a connu une hausse constante au cours des deux dernières décennies<sup>7</sup>.

Le diabète est la cause de neuropathie périphérique (lésion nerveuse) la plus courante et augmente grandement les risques d'amputation; en 2008-2009, les adultes atteints de diabète couraient 20 fois plus de risques d'être hospitalisés pour l'amputation d'un membre inférieur<sup>7</sup>. Les recherches démontrent qu'il est possible de prévenir un grand nombre de complications aux pieds chez les personnes atteintes de diabète en respectant les guides de pratique clinique durant l'examen des pieds par le médecin<sup>8</sup>.

La prise en charge et le contrôle de la glycémie, du taux de lipides dans le sang et de la tension artérielle contribuent à réduire l'apparition et la progression de nombreuses complications à long terme du diabète<sup>7, 9</sup>. Le dispensateur de soins de santé primaires, parfois en collaboration avec une équipe interdisciplinaire, et la participation du patient aux soins qui lui sont fournis jouent un rôle essentiel dans la prise en charge du diabète ainsi que dans l'éducation et le bien-être des personnes atteintes.

Complications du diabète  
(Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé. Discharge Abstract Database. [http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/acute+care/dad\\_metadata](http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/acute+care/dad_metadata). Consulté le 1<sup>er</sup> août 2012.
2. Institut canadien d'information sur la santé. Hospital Morbidity Database. [http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/acute+care/services\\_hmdb](http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/acute+care/services_hmdb). Consulté le 1<sup>er</sup> août 2012.
3. Statistique Canada. Canadian Community Health Survey. [www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/3226-eng.htm](http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/3226-eng.htm). Consulté le 1<sup>er</sup> août 2012.
4. Booth GL, Kapral MK, Fung K, Tu JV. Relation between age and cardiovascular disease in men and women with diabetes compared with non-diabetic people: a population-based retrospective cohort study. *Lancet*. 1<sup>er</sup> juillet 2006;368(9529):29-36.
5. Graham M, Norris C, Majumdar SR, et Johnson JA. *Acute Coronary Syndrome and Diabete: In Alberta Diabetes Atlas 2007*. Institute of Health Economics; 2007. [www.ihe.ca/documents/Alberta\\_Diabetes\\_Atlas\\_2007.pdf](http://www.ihe.ca/documents/Alberta_Diabetes_Atlas_2007.pdf).
6. Haffner SM, Lehto S, Ronnema T, Pyorala K, et Laakso M. Mortality from coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes and in nondiabetic subjects with and without prior myocardial infarction. *N Engl J Med*. 23 juillet 1998;339(4): 229-234. PM:9673301.
7. Agence de la santé publique du Canada. *Diabetes in Canada: Facts and Figures From a Public Health Perspective*. 2011. <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/publications/diabetes-diabete/facts-figures-faits-chiffres-2011/pdf/facts-figures-faits-chiffres-eng.pdf>.
8. Association canadienne du diabète. Canadian Diabetes Association 2008 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. *Canadian Journal of Diabetes*. 2008;32(Supplément 1) <http://www.diabetes.ca/files/cpg2008/cpg-2008.pdf>.
9. Hux JE, Booth GL, Slaughter PM, et Laupacis A. *Diabetes in Ontario: An ICES Practice Atlas*. Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2003. [http://www.ices.on.ca/file/DM\\_Intro.pdf](http://www.ices.on.ca/file/DM_Intro.pdf). Consulté en juillet 2012.

**Accès aux renseignements sur la santé des clients ou des patients en SSP au point de service  
(Ensemble d'indicateurs : Politique)**

<b>Définition</b>	Pourcentage des dispensateurs de soins de santé primaires (SSP) qui, au point de service, disposaient des renseignements démographiques et cliniques essentiels lors de chacune des visites des patients au cours du dernier mois.	
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b>	<p>Nombre de personnes dans le dénominateur qui ont déclaré disposer, au point de service, des renseignements démographiques et cliniques essentiels lors de chacune des visites des patients au cours du dernier mois.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes dans le dénominateur</li> <li>• Personnes ayant déclaré disposer des renseignements démographiques et cliniques essentiels lors des rendez-vous des clients au cours du dernier mois</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
	<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre de dispensateurs de SSP parmi les répondants.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispensateurs de SSP</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
<b>Source des données</b>	Outils d'enquête fondée sur la pratique des SSP au Canada : composante « dispensateur » <sup>1</sup>	
<b>Remarques</b>	<p><b>Définition des termes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'information complète désigne les renseignements démographiques et cliniques essentiels à la visite d'un client ou d'un patient en SSP.</li> </ul>	
<b>Interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux élevé pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> </ul>	

Accès aux renseignements sur la santé des clients ou des patients en SSP au point de service (Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)

**Justification de l'indicateur**

Des données laissent penser que la continuité des soins dans le contexte des SSP améliore l'état de santé et donne de meilleurs résultats chez les patients atteints de maladies chroniques<sup>2</sup>. De plus, la continuité des soins favorise le respect du traitement et des soins préventifs ainsi que la détection des problèmes de santé, augmente les taux de vaccination, réduit le nombre d'hospitalisations et le recours aux services d'urgence, améliore la satisfaction des patients et entraîne une réduction globale des coûts<sup>3, 4</sup>.

Selon la Trousse d'outils en soins de première ligne pour les médecins de famille, la continuité des soins désigne la capacité des patients d'avoir accès aux soins de santé en misant, au fil du temps, sur le même dispensateur. En outre, la Trousse considère la continuité et l'intégralité des soins comme deux notions inséparables, la seconde faisant référence à la capacité du médecin de famille d'avoir accès à une vaste gamme de services de santé afin de répondre aux différents besoins qu'un patient peut avoir au cours de sa vie<sup>5</sup>. Tandis que le patient accède à ces services, la présence de renseignements à jour et documentés dans son dossier sert aussi à mesurer la continuité des soins. Des données suggèrent également que la non-disponibilité des renseignements sur le patient peut entraîner des retards, des dédoublements et la prise de mesures inappropriées<sup>6, 7</sup>.

Plusieurs facteurs peuvent nuire à la continuité et à l'intégralité des soins, notamment l'augmentation constante des connaissances que doivent détenir les dispensateurs de SSP, la spécialisation croissante, même dans le contexte des SSP, l'absence d'infrastructure de SSP, la fragmentation des services aux patients et le sous-financement des ressources du système de santé<sup>5</sup>.

Compte tenu des avantages évidents de la continuité et de l'intégralité des soins au sein du système de SSP, les gouvernements, les autorités sanitaires et les groupes de médecins doivent se préparer à relever ces défis afin de continuer à dispenser des soins optimaux à tous les Canadiens à l'aide de ce système.

## Accès aux renseignements sur la santé des clients ou des patients en SSP au point de service (Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)

### Références

1. Institut canadien d'information sur la santé. Primary Health Care: Pan-Canadian Primary Health Care Survey Questions and Tools. <http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/types+of+care/primary+health/cihi006583>. Dernière modification en 2011. Consulté le 4 septembre 2012.
2. Gray DP, Evans P, Sweeney K, et al. Towards a theory of continuity of care. *J R Soc Med*. Avril 2003;96(4):160-166. PM:12668701.
3. Glazier RH. Balancing equity issues in health systems: perspectives of primary healthcare. [Revue] [29 réf.]. *Healthcarepapers*. 2007;8:Spec-45.
4. Santé Canada. *Healthy Canadians-A Federal Report on Comparable Health Indicators 2010*. Ottawa, ON : Santé Canada; 2011. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/index-eng.php>. Consulté le 4 septembre 2012.
5. Le collège des médecins de famille du Canada. Continuity & Comprehensiveness of Care In: Primary Care Toolkit for Family Physicians. <http://toolkit.cfpc.ca/en/continuity-of-care/index.php>. Dernière modification en 2007. Consulté le 6 septembre 2012.
6. Cook RI, Render M, Woods DD. Gaps in the continuity of care and progress on patient safety. *BMJ*. 18 mars 2000;320(7237):791-794.
7. Stiell AP, Forster AJ, Stiell IG, et van WC. Maintaining continuity of care: a look at the quality of communication between Ontario emergency departments and community physicians. *CJEM Canadian Journal of Emergency Medical Care*. Mai 2005;7(3): 155-161.

**Mode de rémunération des médecins en SSP**  
(Ensemble d'indicateurs : Politique)

<p><b>Définition</b></p>	<p>Pourcentage des omnipraticiens et des médecins de famille principalement rémunérés selon les systèmes de paiement suivants, par système de paiement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rémunération à l'acte;</li> <li>• salaire;</li> <li>• capitation;</li> <li>• système mixte.</li> </ul>	
<p><b>Méthode de calcul</b></p>	<p><b>Numérateur</b></p>	<p>Nombre de personnes dans le dénominateur ayant déclaré que plus de 50 % de leur revenu professionnel des 12 derniers mois provenait de l'un des systèmes de paiement suivants, par système de paiement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rémunération à l'acte;</li> <li>• salaire;</li> <li>• capitation;</li> <li>• système mixte.</li> </ul> <p><b>Inclusions</b></p> <p>Mesure des systèmes de rémunération à l'acte :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes dans le dénominateur</li> <li>• Personnes ayant déclaré que plus de 50 % de leur revenu professionnel des 12 derniers mois provenait de la rémunération à l'acte</li> </ul> <p>Mesure des systèmes de salaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes dans le dénominateur</li> <li>• Personnes ayant déclaré que plus de 50 % de leur revenu professionnel des 12 derniers mois provenait d'un salaire</li> </ul> <p>Mesure des systèmes de capitation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes dans le dénominateur</li> <li>• Personnes ayant déclaré que plus de 50 % de leur revenu professionnel des 12 derniers mois provenait de la capitation</li> </ul>

**Mode de rémunération des médecins en SSP**  
 (Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)

		<p>Mesure des systèmes mixtes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes dans le dénominateur</li> <li>• Personnes présentant l'une ou l'autre des caractéristiques suivantes :           <ul style="list-style-type: none"> <li>– plus de 50 % de leur revenu professionnel des 12 derniers mois provient d'une combinaison de rémunération à l'acte et de capitation</li> <li>– plus de 50 % de leur revenu professionnel des 12 derniers mois provient d'une combinaison de rémunération à l'acte et de salaire</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
	<p><b>Dénominateur</b></p>	<p>Nombre de médecins en soins de santé primaires (SSP) qui dispensent des soins aux patients.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes ayant déclaré être médecins de famille ou omnipraticiens</li> <li>• Personnes ayant déclaré dispenser des soins aux patients</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
<p><b>Source des données</b></p>	<p>Sondage national des médecins<sup>1</sup></p>	
<p><b>Remarques</b></p>	<p><b>Définition des termes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le terme « principalement » signifie que plus de 50 % du revenu total annuel des personnes provient de l'un des quatre systèmes de paiement.</li> <li>• Rémunération à l'acte : répondants ayant déclaré que plus de 50 % de leur revenu total provenait de la rémunération à l'acte. La rémunération à l'acte correspond au paiement, après la prestation de soins, de chaque élément de service dispensé<sup>2</sup>.</li> <li>• Salaire : répondants ayant déclaré que plus de 50 % de leur revenu total provenait d'un salaire. Le salaire correspond à une rémunération annuelle versée à un dispensateur de SSP pour un nombre déterminé d'heures par semaine par année<sup>2</sup>.</li> <li>• Capitation : répondants ayant déclaré que plus de 50 % de leur revenu total provenait de la capitation. La capitation est un système de paiement selon lequel les médecins sont rémunérés pour chaque patient qui leur est attribué (p. ex. inscrit à leur registre), sans égard au nombre de services dispensés<sup>2</sup>.</li> </ul>	

**Mode de rémunération des médecins en SSP  
(Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Système mixte : paiement d'un dispensateur de SSP selon une combinaison de rémunération à l'acte et de capitation <b>ou</b> de rémunération à l'acte et de salaire<sup>2</sup>, où aucun des deux modes de paiement ne représente plus de 50 % du revenu total. Les répondants ont déclaré que plus de 50 % de leur revenu total provenait d'une combinaison de rémunération à l'acte et de salaire <b>ou</b> d'une combinaison de rémunération à l'acte et de capitation.</li> </ul> <p><b>Qualité des données</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Étant donné la faiblesse du taux de réponse au Sondage national des médecins 2010 (environ 19 % chez les médecins de famille), l'ICIS ne recommande pas la déclaration d'indicateurs calculés à partir des données tirées du sondage. Toutefois, cela n'interdit pas aux chercheurs d'utiliser les sources de données locales pour calculer ces indicateurs de SSP. Si les changements apportés lors de cycles ultérieurs parviennent à faire augmenter le taux de réponse, le Sondage national des médecins pourra être considéré comme une source de données susceptibles d'être déclarées.</li> </ul>
<b>Interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il s'agit d'une mesure contextuelle appuyant les autres indicateurs de SSP et questions de recherche.</li> </ul>
<b>Justification de l'indicateur</b>	<p>La plupart des médecins au Canada sont rémunérés à l'acte, bien que d'autres modes de rémunération soient de plus en plus utilisés, notamment le salaire, la capitation et le financement pondéré. En 2007-2008, ces autres modes de paiement représentaient environ 24 % de la rémunération clinique des médecins<sup>3</sup>. Selon les modèles de capitation et de financement pondéré, les médecins sont rémunérés selon le nombre de patients inscrits à leur registre, plutôt que par visite. Lors d'un sondage mené en 2007, environ la moitié des médecins de famille au Canada ont indiqué que la majeure partie de leur revenu provenait de la rémunération à l'acte, tandis que le tiers d'entre eux tiraient la majeure partie de leur revenu d'un mode de paiement pondéré<sup>3</sup>.</p> <p>Avec l'adoption de nouveaux modèles de SSP partout au pays, on peut prévoir que les modes de rémunération des dispensateurs changeront également. Des études tendent à montrer que le modèle de paiement peut influencer le comportement clinique des dispensateurs en cabinet<sup>4, 5</sup>. Dans le cadre d'une récente étude sur le dépistage, le traitement et la maîtrise de l'hypertension, les pratiques des médecins et les résultats pour les patients ont été examinés en fonction du mode de paiement : tous les modèles se sont avérés très efficaces au chapitre du dépistage, mais les résultats des patients atteints d'hypertension étaient optimaux dans les réseaux de soins de santé primaires basés sur un système de capitation<sup>6</sup>.</p>

**Mode de rémunération des médecins en SSP**  
**(Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)**

	<p>Cet indicateur sert à mesurer la répartition des paiements versés aux dispensateurs de SSP selon les divers modes de rémunération. Il peut être utile pour poursuivre l'examen d'autres modèles de prestation des SSP au fil du renouvellement des soins de santé au Canada.</p>
<p><b>Références</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association médicale canadienne, et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. National Physician Survey. <a href="http://www.nationalphysiciansurvey.ca/nps/">http://www.nationalphysiciansurvey.ca/nps/</a>. Consulté le 1<sup>er</sup> août 2012.</li> <li>2. Jegers M, Kesteloot K, De GD, et Gilles W. A typology for provider payment systems in health care. <i>Health Policy</i>. Juin 2002; 60(3):255-273.</li> <li>3. Allin S, Watson D, et The Commonwealth Fund. <i>The Canadian Health Care System, 2011: In International Profiles of Health Care Systems, 2011</i>. Washington, DC : The Commonwealth Fund; 2011.</li> <li>4. Giuffrida A, Gosden T, Forland F, et al. Target payments in primary care: effects on professional practice and health care outcomes. [Revue] [8 réf.]. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> (3):CD000531, 2000. 2000;(3):CD000531.</li> <li>5. Gosden T, Forland F, Kristiansen IS, et al. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians. [Revue] [31 réf.]. <i>Cochrane Database of Systematic Reviews</i> (3):CD002215, 2000. 2000;(3):CD002215.</li> <li>6. Tu K, Cauch-Dudek K, Chen Z. Comparison of primary care physician payment models in the management of hypertension. <i>Canadian Family Physician</i>. Juillet 2009;55(7):719-727.</li> </ol>

**Planification des SSP en fonction des besoins  
(Ensemble d'indicateurs : Politique)**

<b>Définition</b>	Pourcentage des organismes de soins de santé primaires (SSP) qui se sont appuyés sur l'information relative à la composition de la population servie pour allouer des ressources aux différents programmes et services.	
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b>	<p>Nombre d'organismes dans le dénominateur qui ont déclaré s'être appuyés sur l'information relative à la composition de la population servie pour allouer des ressources aux différents programmes et services au cours des 12 derniers mois.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organismes dans le dénominateur</li> <li>• Organismes répondants ayant déclaré s'être appuyés sur l'information relative à la composition de la population servie pour allouer des ressources aux différents programmes et services au cours des 12 derniers mois</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
	<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre d'organismes de SSP répondants.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organismes de SSP</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
<b>Source des données</b>	Outils d'enquête fondée sur la pratique des SSP au Canada : section à l'intention des organismes <sup>1</sup>	
<b>Remarques</b>	<p><b>Définition des termes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les organismes de SSP sont des organisations où au moins un médecin de famille, un omnipraticien ou une infirmière praticienne partage des ressources humaines, financières ou matérielles (p. ex. des bureaux) avec d'autres professionnels de la santé dans le but de dispenser des services de SSP à une grande population.</li> </ul>	
<b>Interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux élevé pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> </ul>	

**Planification des SSP en fonction des besoins  
(Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)**

<p><b>Justification de l'indicateur</b></p>	<p>La planification en fonction des besoins dans le milieu des SSP tient compte des caractéristiques de la population servie par les organismes de SSP sur leur territoire, comme le sexe, l'âge, le statut socioéconomique et l'état de santé<sup>2</sup>. Ces données démographiques et épidémiologiques peuvent aider les organismes de SSP à évaluer les besoins en santé de leur collectivité et à planifier les services en conséquence. Les recherches tendent à montrer que si les besoins de la collectivité sont mal cernés, les services de santé risquent d'être fondés sur des perceptions et non sur les besoins réels<sup>3</sup>.</p> <p>L'un des objectifs du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires était d'augmenter la proportion de la population qui a accès à des organismes de SSP qui dispensent des services exhaustifs à une population définie<sup>4</sup>. Cet indicateur vise à évaluer dans quelle mesure les organismes de SSP font appel à la planification en fonction des besoins pour allouer les ressources afin de servir leur population de patients.</p>
<p><b>Références</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Institut canadien d'information sur la santé. Primary Health Care: Pan-Canadian Primary Health Care Survey Questions and Tools. <a href="http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/types+of+care/primary+health/cihi006583">http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/types+of+care/primary+health/cihi006583</a>. Dernière modification en 2011. Consulté le 5 septembre 2012.</li> <li>2. Roos NP, Fransoo R, Bogdanovic B, et al. Needs-based planning for generalist physicians. <i>Medical Care</i>. Juin 1999;37(6:Suppl):Suppl-28.</li> <li>3. Wright J, Williams R, Wilkinson JR. Development and importance of health needs assessment. [Revue] [34 réf.]. <i>BMJ</i>. 25 avril 1998; 316(7140):1310-1313.</li> <li>4. Santé Canada. Primary Health Care Transition Fund. <a href="http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/index-eng.php">http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/index-eng.php</a>. Dernière modification en 2007. Consulté le 6 septembre 2012.</li> </ol>

Taux de surpoids et d'obésité (Ensemble d'indicateurs : Politique)		
<b>Définition</b>	Pourcentage de la population âgée de 12 ans ou plus qui a un excès de poids ou est obèse.	
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b>	<p>Nombre de personnes dans le dénominateur qui ont déclaré une taille et un poids correspondant à un indice de masse corporelle (IMC) de la catégorie excès de poids ou obésité.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes dans le dénominateur</li> <li>• Personnes ayant déclaré une taille et un poids correspondant à un IMC de la catégorie excès de poids ou obésité</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
	<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre de répondants âgés de 12 ans ou plus.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes âgées d'au moins 12 ans</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Femmes enceintes</li> <li>• Personnes présentant les deux caractéristiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>– âgées de 18 ans ou plus</li> <li>– mesurant moins de 0,914 mètre</li> </ul> </li> <li>• Personnes présentant les deux caractéristiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>– âgées de 18 ans ou plus</li> <li>– mesurant plus de 2,108 mètres</li> </ul> </li> </ul>
<b>Source des données</b>	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes <sup>1</sup>	
<b>Remarques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour calculer l'IMC, on divise le poids en kilogrammes par la hauteur en mètres au carré.</li> <li>• Pour les personnes âgées de 18 ans ou plus, la catégorie excès de poids correspond à un IMC de 25,0 à 29,9 kg/m<sup>2</sup>. Pour les personnes de moins de 18 ans, la catégorie excès de poids est déterminée à l'aide des limites d'inclusion internationales<sup>2</sup>.</li> <li>• Pour les personnes âgées de 18 ans ou plus, la catégorie obésité correspond à un IMC de plus de 30,0 kg/m<sup>2</sup>. Pour les personnes de moins de 18 ans, la catégorie obésité est déterminée à l'aide des limites d'inclusion internationales<sup>2</sup>.</li> </ul>	

**Taux de surpoids et d'obésité**  
(Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)

<p><b>Interprétation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux faible pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> </ul> <p><b>Analyse plus poussée</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il est possible de restreindre cet indicateur aux adultes de 18 ans ou plus et aux enfants de 12 à 17 ans afin de le préciser davantage.</li> <li>• Cet indicateur peut être modifié afin de mesurer séparément les taux d'excès de poids et d'obésité.</li> </ul>
<p><b>Justification de l'indicateur</b></p>	<p>L'excès de poids et l'obésité sont des facteurs de risque de diabète de type 2, de maladies cardiovasculaires, d'hypertension, d'arthrose, de certains cancers et de maladies de la vésicule biliaire<sup>3, 4</sup>. L'excès de poids et l'obésité sont aussi associés à plusieurs troubles psychosociaux, limitations fonctionnelles et incapacités<sup>5</sup>.</p> <p>Pour calculer l'excès de poids et l'obésité chez un adulte, on mesure son IMC en divisant son poids en kilogrammes par sa taille en mètres carrés. L'IMC est étroitement lié à l'adiposité et un indicateur reconnu de risques pour la santé<sup>6</sup>. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, un poids normal correspond à un IMC de 18,5 à 24,9, un excès de poids, à un IMC de 25,0 à 29,9 et l'obésité, à un IMC de 30,0 ou plus<sup>7</sup>.</p> <p>En 2004, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes s'est penchée exclusivement sur la nutrition, recueillant la taille et le poids des répondants. L'enquête a révélé que chez les Canadiens âgés de 18 ans ou plus, 36 % (8,6 millions) avaient un excès de poids et 23 % (5,5 millions) étaient obèses, ce qui représentait plus de la moitié des Canadiens adultes<sup>5</sup>.</p> <p>Les taux d'excès de poids et d'obésité ont augmenté de façon spectaculaire au Canada au cours des vingt dernières années, une tendance également observée à l'échelle planétaire<sup>7-9</sup>. L'augmentation touche non seulement les adultes, mais aussi les jeunes, de façon inquiétante, puisque l'excès de poids et l'obésité chez l'enfant peuvent entraîner des risques pour la santé à l'âge adulte<sup>10, 11</sup>. Le dispensateur de soins de santé primaires doit donc informer les patients sur les risques associés à l'excès de poids et à l'obésité. Ce rôle devient de plus en plus important, compte tenu des tendances observées au Canada relativement à la hausse du poids et à la baisse de l'activité physique.</p>

Taux de surpoids et d'obésité  
(Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)

Références

1. Statistique Canada. Canadian Community Health Survey. [www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/3226-eng.htm](http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/3226-eng.htm). Consulté le 1<sup>er</sup> août 2012.
2. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *BMJ*. 6 mai 2000;320(7244):1240-1243.
3. Luo W, Morrison H, de GM, et al. The burden of adult obesity in Canada. *Chronic Diseases in Canada*. 2007;27(4):135-144.
4. World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective*. Washington, DC: AICR; 2007.
5. Tjepkema M. *Adult Obesity*. Ottawa, ON : Statistique Canada; 2006. (Rapports sur la santé, 17(3), 82-003-XIE).
6. Santé Canada. *Canadian Guidelines for Body Weight Classification in Adults*. Ottawa, Ontario: Health Canada; 2003. [http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/weights-poids/guide-ld-adult/weight\\_book\\_tc-livres\\_des\\_poids\\_tm-eng.php](http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/weights-poids/guide-ld-adult/weight_book_tc-livres_des_poids_tm-eng.php). Consulté le 31 août 2012.
7. Organisation mondiale de la santé. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. *World Health Organ Tech Rep Ser*. 2000;894:i-253. PM:11234459.
8. Katzmarzyk PT. The Canadian obesity epidemic, 1985-1998. [Editorial]. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*. 16 avril 2002;166(8):1039-1040.
9. Tremblay MS, Katzmarzyk PT, Willms JD. Temporal trends in overweight and obesity in Canada, 1981-1996. *International Journal of Obesity & Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity*. Avril 2002; 26(4):538-543.
10. Guo SS, Wu W, Chumlea WC, Roche AF. Predicting overweight and obesity in adulthood from body mass index values in childhood and adolescence. *American Journal of Clinical Nutrition*. Septembre 2002;76(3):653-658.
11. Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, et Dietz WH. Predicting Obesity in Young Adulthood from Childhood and Parental Obesity. [Article]. *New England Journal of Medicine*. 25 Septembre 1997;337(13):869-873.

<b>Taux de tabagisme</b> (Ensemble d'indicateurs : Politique)	
<b>Définition</b>	Pourcentage de la population âgée de 12 ans ou plus qui a déclaré fumer quotidiennement ou à l'occasion.
<b>Méthode de calcul</b>	<p><b>Numérateur</b></p> <p>Nombre de personnes dans le dénominateur qui ont déclaré fumer à l'heure actuelle, soit quotidiennement, soit à l'occasion.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes dans le dénominateur</li> <li>• Personnes présentant l'une des caractéristiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>– fume quotidiennement</li> <li>– fume à l'occasion</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
	<p><b>Dénominateur</b></p> <p>Nombre de répondants âgés de 12 ans ou plus.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes âgées d'au moins 12 ans</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
<b>Source des données</b>	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes <sup>1</sup>
<b>Remarques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les fumeurs occasionnels comprennent les anciens fumeurs quotidiens qui consomment maintenant du tabac à l'occasion<sup>2</sup>.</li> <li>• Cet indicateur ne tient pas compte du nombre de cigarettes fumées<sup>2</sup>.</li> </ul>
<b>Interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux faible pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> </ul> <p><b>Analyse plus poussée</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cet indicateur peut être restreint aux personnes âgées de 12 à 19 ans afin de mesurer le taux de tabagisme chez les jeunes.</li> </ul>
<b>Justification de l'indicateur</b>	On sait depuis longtemps que le tabagisme est l'une des principales causes évitables de morbidité et de mortalité au Canada et qu'il est responsable de nombreuses maladies, y compris le cancer, les maladies du cœur et les accidents vasculaires cérébraux <sup>3</sup> . Selon les estimations, environ 16,7 % de la population du Canada (ou 4,7 millions de personnes) fumaient en 2010. On s'attend à ce que la moitié de ces fumeurs soient malades ou meurent à cause du tabagisme <sup>4</sup> .

**Taux de tabagisme  
(Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)**

	<p>Les fumeurs représentent 85 % des nouveaux cas de cancer du poumon au Canada<sup>5, 6</sup> et 37 000 décès sont attribuables chaque année au tabagisme<sup>7</sup>. Le fardeau économique du tabagisme est important, puisqu'on estime à 17 milliards de dollars son coût social annuel et à 4,4 milliards de dollars ses coûts directs en soins de santé<sup>8</sup>.</p> <p>Le taux de tabagisme au Canada a diminué de façon drastique au cours des 50 dernières années; aujourd'hui, moins de 20 % des Canadiens fument, par rapport à 50 % en 1965. Toutefois, la tendance à la baisse semble avoir ralenti ces dernières années, et les adultes de 20 à 24 ans affichent le taux de tabagisme le plus élevé<sup>4</sup>. En 2010, 20 % des hommes et 14 % des femmes ont déclaré faire usage du tabac; 3,7 millions de Canadiens ont déclaré fumer quotidiennement et la consommation quotidienne moyenne s'élevait à 15 cigarettes<sup>4</sup>.</p> <p>Le tabagisme continue de présenter un risque important et évitable pour la santé des Canadiens. La réduction du tabagisme demeure l'une des plus importantes interventions de santé publique au Canada. En faisant la promotion du renoncement au tabac, les dispensateurs de SSP jouent un rôle crucial dans la réduction de la morbidité et de la mortalité associées à ce comportement à risque pour la santé.</p>
<p><b>Références</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Statistique Canada. Canadian Community Health Survey. <a href="http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/3226-eng.htm">www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/3226-eng.htm</a>. Consulté le 1<sup>er</sup> août 2012.</li> <li>2. Statistique Canada. Health Profile, June 2012: Definitions, sources and symbols. <a href="http://www12.statcan.gc.ca/health-sante/82-228/help-aide/DQ-QD04.cfm?Lang=E">http://www12.statcan.gc.ca/health-sante/82-228/help-aide/DQ-QD04.cfm?Lang=E</a>. Dernière modification en 2011. Consulté le 31 août 2012.</li> <li>3. U.S.Department of Health and Human Services. <i>The Health Consequences of Smoking: a Report of the Surgeon General</i>. Atlanta, Georgia: Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2004. <a href="http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2004/chapters.htm">http://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/sgr/sgr_2004/chapters.htm</a>. Consulté le 4 septembre 2012.</li> <li>4. Reid J, Hammond D, et Burkhalter R. <i>Tobacco Use in Canada: Patterns and Trends, 2012 Edition</i>. Waterloo, ON : Propel Centre for Population Health Impact, University of Waterloo; 2012. <a href="http://www.tobaccoreport.ca/2012/TobaccoUseinCanada_2012.pdf">http://www.tobaccoreport.ca/2012/TobaccoUseinCanada_2012.pdf</a>.</li> </ol>

**Taux de tabagisme**  
(Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)

5. Gaudette LA, Altmayer CA, Wysocki M, et Gao R. *Cancer Incidence and Mortality Across Canada*. Ottawa, Ontario: Statistique Canada; 1998. (Rapports sur la santé, 10(1), 82-003-XIB).
6. Surgeon General. *Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress*. Washington, DC : US Government Printing Office; 1989.
7. Baliunas D, Patra J, Rehm J, Popova S, Kaiserman M, et Taylor B. Smoking-attributable mortality and expected years of life lost in Canada 2002: conclusions for prevention and policy. *Chronic Diseases in Canada*. 2007;27(4):154-162.
8. Rehm J., Baliunas D., Brochu S., et al. *The Costs of Substance Abuse in Canada 2002*. Ottawa, ON : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies; 2006.

**Taux de consommation de fruits et légumes**  
(Ensemble d'indicateurs : Politique)

<b>Définition</b>	Pourcentage de la population âgée de 12 ans ou plus qui a déclaré consommer des fruits et légumes cinq fois par jour ou plus.	
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b>	<p>Nombre de personnes dans le dénominateur qui ont déclaré consommer des fruits et légumes cinq fois par jour ou plus.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes dans le dénominateur</li> <li>• Personnes ayant déclaré consommer des fruits et légumes cinq fois par jour ou plus</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
	<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre de répondants âgés de 12 ans ou plus.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes âgées d'au moins 12 ans</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
<b>Source des données</b>	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes <sup>1</sup>	
<b>Remarques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cette mesure sert à la classification des personnes selon le nombre total de fois où elles consomment des fruits et légumes chaque jour (fréquence), et non selon la quantité de fruits et légumes qu'elles consomment quotidiennement<sup>2</sup>.</li> </ul>	
<b>Interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux élevé pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> </ul>	
<b>Justification de l'indicateur</b>	<p>Selon les recommandations du guide <i>Bien manger avec le Guide alimentaire canadien 2011</i>, les personnes de 4 ans ou plus devraient consommer quotidiennement de 5 à 10 portions de fruits et légumes<sup>3</sup>. Des recherches indiquent qu'une alimentation riche en fruits et légumes peut contribuer à prévenir les maladies cardiovasculaires<sup>4</sup> et certains types de cancer<sup>5</sup>, en plus de faciliter le maintien d'un poids santé et de réduire les risques d'obésité<sup>6</sup>. En outre, une alimentation pauvre en fruits et légumes a été associée à d'autres comportements à risque pour la santé, comme l'inactivité physique, le tabagisme et l'alcoolisme<sup>7</sup>.</p> <p>Une étude récente révèle que plus de la moitié des Canadiens de 12 ans ou plus consomment moins de cinq portions de fruits et légumes par jour, soit la quantité minimale recommandée. Quarante-trois pour cent des</p>	

## Taux de consommation de fruits et légumes (Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)

Canadiens de plus de 12 ans ont déclaré consommer chaque jour cinq portions ou plus de fruits et légumes, et les femmes le font plus fréquemment que les hommes (environ 50 % et 36 % respectivement)<sup>8</sup>.

En 2004, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : nutrition recueillait exclusivement, pour la première fois depuis le début des années 1970, des données sur les habitudes alimentaires des Canadiens. L'enquête a révélé que chez les enfants de 4 à 8 ans, 7 sur 10 consommaient moins de cinq portions de fruits et légumes quotidiennement et chez les enfants de 9 à 13 ans, 62 % des filles et 68 % des garçons ne répondaient pas aux recommandations minimales du Guide alimentaire canadien<sup>9</sup>.

La consommation insuffisante de fruits et légumes constitue une préoccupation majeure en matière de santé publique et dépend de nombreux facteurs, notamment l'accessibilité et le coût de ces aliments, l'éducation et les compétences telles que la préparation des repas. Des données laissent penser que cet indicateur de santé représente un bon indice de la qualité de l'alimentation<sup>9</sup>. Le dispensateur de soins de santé primaires est la personne toute désignée pour encourager ses patients à adopter des habitudes de vie et d'alimentation qui contribuent à leur assurer une santé optimale et à prévenir la maladie.

### Références

1. Statistique Canada. Canadian Community Health Survey. [www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/3226-eng.htm](http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/3226-eng.htm). Consulté le 1<sup>er</sup> août 2012.
2. Santé Canada. *Technical Specifications for Additional Indicators: In Federal Report on Comparable Health Indicators*. 2006. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2006-fed-comp-indicat/tech-eng.php>. Consulté le 31 août 2012.
3. Santé Canada. *Eating Well With Canada's Food Guide*. Ottawa, ON : Santé Canada; 2011.
4. Hung HC, Joshipura KJ, Jiang R, et al. Fruit and Vegetable Intake and Risk of Major Chronic Disease. [Article]. *Journal of the National Cancer Institute*. 3 novembre 2004;96(21):1577-1584.
5. World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective*. Washington, DC : AICR; 2007.
6. Hall JN, Moore S, Harper SB, Lynch JW. Global variability in fruit and vegetable consumption. *American Journal of Preventive Medicine*. Mai 2009;36(5):402-409.

Taux de consommation de fruits et légumes  
(Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)

7. Pérez CE. *Fruit and Vegetable Consumption*. Ottawa, Ontario: Statistics Canada; 2002. (Health Reports, Vol. 13, No. 3, 82-003-XIE).
  8. Statistique Canada. *Fruit and Vegetable Consumption*. Ottawa, ON : Statistique Canada; 2011. <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2011001/article/11461-eng.htm>. Consulté le 31 août 2012. (Feuillets d'information sur la santé 82-625-X).
  9. Garriguet D. *Canadians' Eating Habits*. Ottawa, ON : Statistique Canada; 2007. (Rapports sur la santé, 18(2), 82-003-XIE).
-

<b>Taux d'activité physique (Ensemble d'indicateurs : Politique)</b>	
<b>Définition</b>	Pourcentage de la population âgée de 12 ans ou plus qui a déclaré pratiquer des activités physiques de façon modérée ou active durant leurs loisirs.
<b>Méthode de calcul</b>	<p><b>Numérateur</b></p> <p>Nombre de personnes dans le dénominateur qui ont déclaré pratiquer des activités physiques de façon modérée ou active durant leurs loisirs.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes dans le dénominateur</li> <li>• Personnes ayant déclaré pratiquer des activités physiques de l'une des façons suivantes durant leurs loisirs, selon leurs réponses aux questions sur la fréquence, la durée et l'intensité de leur participation à des activités physiques durant leurs loisirs : <ul style="list-style-type: none"> <li>– activités physiques pratiquées de façon active durant les loisirs</li> <li>– activités physiques pratiquées de façon modérée durant les loisirs</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
	<p><b>Dénominateur</b></p> <p>Nombre de répondants âgés de 12 ans ou plus.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes âgées d'au moins 12 ans</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
<b>Source des données</b>	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes <sup>1</sup>
<b>Remarques</b>	<p><b>Définition des termes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les répondants sont classés comme actifs, modérément actifs ou inactifs selon un indice d'activité physique quotidienne moyenne pratiquée au cours des trois mois précédant la date du sondage. Pour chaque activité physique pratiquée par le répondant, on calcule la dépense énergétique quotidienne moyenne en multipliant le nombre de fois où l'activité a été pratiquée par la durée moyenne de l'activité et par son coût énergétique (kilocalories par kilogramme de poids corporel par heure). Pour calculer l'indice, on fait la somme de la dépense énergétique quotidienne moyenne de toutes les activités. Les répondants sont classés comme suit : 3,0 kcal/kg/jour ou plus = actifs; de 1,5 à 2,9 kcal/kg/jour = modérément actifs; moins de 1,5 kcal/kg/jour = inactifs<sup>2</sup>.</li> </ul>

Taux d'activité physique (Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)	
<b>Interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux élevé pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> </ul> <p><b>Analyse plus poussée</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il est possible de restreindre cet indicateur aux adultes de 18 ans ou plus et aux enfants de 12 à 17 ans afin de le préciser davantage.</li> </ul>
<b>Justification de l'indicateur</b>	<p>Des recherches indiquent que l'activité physique régulière est bonne pour la santé et représente une importante mesure préventive contre de nombreuses maladies. En effet, on associe l'activité physique régulière à une réduction des risques de maladies cardiovasculaires, d'ostéoporose, de diabète, d'obésité, d'hypertension et de certains types de cancer. On l'associe également à une diminution des risques de certaines maladies mentales, comme la dépression, le stress et l'anxiété<sup>3-8</sup>. En outre, le manque d'activité physique a des conséquences économiques qui se sont chiffrées, en 2001, à 5,3 milliards de dollars, soit 2,6 % de l'ensemble des coûts des soins de santé au Canada<sup>9</sup>.</p> <p>Les tendances en matière d'activité physique au Canada ont fait l'objet de plusieurs enquêtes. Entre autres, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2005 répartissait les répondants comme actifs, modérément actifs ou inactifs, selon la fréquence autodéclarée de leur participation à des activités physiques durant leurs loisirs. Selon ces mesures, à peine plus de la moitié (52 %) des Canadiens âgés de 12 ans ou plus pratiquent des activités physiques de façon active ou modérée durant leurs loisirs<sup>4</sup>.</p> <p>Au Canada, les premières lignes directrices en matière d'activité physique pour les adultes, les enfants et les jeunes ont été établies entre 1998 et 2002. Dans le but d'aider les Canadiens à adopter des modes de vie plus sains, l'Agence de la santé publique du Canada a appuyé la Société canadienne de physiologie de l'exercice durant l'examen des preuves scientifiques concernant l'activité physique et l'élaboration de nouvelles lignes directrices<sup>10</sup>. Celles-ci recommandent 150 minutes (ou 2,5 heures) par semaine d'activité physique modérée à vigoureuse pour les adultes de 18 ans ou plus et 60 minutes par jour pour les enfants de 5 à 17 ans.</p> <p>Compte tenu de l'augmentation de l'excès de poids et de l'obésité chez les adultes et les enfants, le fait que la moitié des Canadiens seulement aient déclaré pratiquer des activités physiques – et que l'activité physique présente des avantages pour la prévention de la maladie – prouve que l'activité physique est une préoccupation majeure en matière de santé publique. Comme c'est le cas pour les autres facteurs qui influent sur la santé, les dispensateurs de soins de santé primaires jouent un rôle clé en incitant leurs patients à pratiquer des activités physiques.</p>

**Taux d'activité physique**  
**(Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)**

**Références**

1. Statistique Canada. Canadian Community Health Survey. [www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/3226-eng.htm](http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/3226-eng.htm). Consulté le 1<sup>er</sup> août 2012.
2. Statistique Canada. Health Profile, June 2012: Definitions, sources and symbols. <http://www12.statcan.gc.ca/health-sante/82-228/help-aide/DQ-QD04.cfm?Lang=E>. Dernière modification en 2011. Consulté le 31 août 2012.
3. Kesaniemi A, Dandforth E, Jensen MD, Kopelman PG, Lefebvre P, et Reeder BA. Dose-response issues concerning physical activity and health: an evidence-based symposium. *Medicine & Science in Sports & Exercise*. Juin 2001;33(6):S351-S358.
4. Gilmour H. *Physically Active Canadians*. Ottawa, ON : Statistique Canada; 2007. (Rapports sur la santé, 18(3), 82-003-XWE).
5. Pate RR, Pratt M, Blair SN, et al. Physical Activity and Public Health: A Recommendation From the Centers for Disease Control and Prevention and the American College of Sports Medicine. [Article]. *JAMA*. 1<sup>er</sup> février 1995;273(5):402-407.
6. U.S. Department of Health and Human Services Centers for Disease Control and Prevention National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General*. Atlanta, GA : U.S. Department of Health and Human Services; 1996.
7. Warburton DE, Charlesworth S, Ivey A, Nettlefold L, et Bredin SS. A systematic review of the evidence for Canada's Physical Activity Guidelines for Adults. *International Journal of Behavioral Nutrition & Physical Activity*. 2010;7:39.
8. World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. *Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective*. Washington, DC : AICR; 2007.
9. Katzmarzyk PT, Janssen I. The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Canada: an update. *Canadian Journal of Applied Physiology*. Février 2004;29(1):90-115.
10. Agence de la santé publique du Canada. Government of Canada supports new physical activity guidelines: News Release. [http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2011/2011\\_0124-eng.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/media/nr-rp/2011/2011_0124-eng.php). Dernière mise à jour en 2011. Consulté le 31 août 2012.

**Intégration de systèmes d'information et de communication par les dispensateurs de SSP  
(Ensemble d'indicateurs : Politique)**

<b>Définition</b>	Pourcentage des dispensateurs de soins de santé primaires (SSP) qui utilisent des systèmes électroniques pour exécuter leurs tâches professionnelles.	
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b>	<p>Nombre de personnes dans le dénominateur qui ont déclaré utiliser actuellement des dossiers électroniques pour consigner leurs notes cliniques sur les patients et les consulter, de même qu'au moins deux des outils suivants pour les soins aux patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• système de prise de rendez-vous;</li> <li>• rappels électroniques pour les soins recommandés aux patients;</li> <li>• avertissements électroniques visant les effets indésirables des médicaments prescrits ou les interactions entre les médicaments;</li> <li>• interface électronique avec les pharmacies et les pharmaciens externes;</li> <li>• interface électronique avec les services externes de laboratoire et d'imagerie diagnostique;</li> <li>• interface électronique avec d'autres systèmes externes (p. ex. ceux d'hôpitaux, d'autres cliniques) pour l'accès aux renseignements sur les patients ou l'échange de renseignements.</li> </ul> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes dans le dénominateur</li> <li>• Personnes qui ont déclaré utiliser actuellement des dossiers électroniques pour consigner leurs notes cliniques sur les patients et les consulter</li> <li>• Personnes qui ont déclaré utiliser actuellement au moins deux des outils suivants dans le cadre des soins aux patients :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– système de prise de rendez-vous;</li> <li>– rappels électroniques pour les soins recommandés aux patients;</li> <li>– avertissements électroniques visant les effets indésirables des médicaments prescrits ou les interactions entre les médicaments;</li> </ul> </li> </ul>

**Intégration de systèmes d'information et de communication par les dispensateurs de SSP  
(Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)**

		<ul style="list-style-type: none"> <li>– interface électronique avec les pharmacies et les pharmaciens externes;</li> <li>– interface électronique avec les services externes de laboratoire et d'imagerie diagnostique;</li> <li>– interface électronique avec d'autres systèmes externes (p. ex. ceux d'hôpitaux, d'autres cliniques) pour l'accès aux renseignements sur les patients ou l'échange de renseignements.</li> </ul> <p><b>Exclusions</b> Aucune</p>
	<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre de dispensateurs de SSP qui ont déclaré dispenser des soins aux patients.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispensateurs de SSP</li> <li>• Personnes ayant déclaré dispenser des soins aux patients</li> </ul> <p><b>Exclusions</b> Aucune</p>
<b>Source des données</b>	Sondage national des médecins <sup>1</sup>	
<b>Remarques</b>	<p><b>Définition des termes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les systèmes d'information électronique permettent l'échange de renseignements sur les patients et les clients en SSP entre les établissements de SSP et les laboratoires, les hôpitaux et d'autres établissements. Ils comprennent par exemple <ul style="list-style-type: none"> <li>– les systèmes de gestion des patients;</li> <li>– les registres;</li> <li>– les systèmes d'information sur les médicaments;</li> <li>– les systèmes d'examen d'imagerie diagnostique;</li> <li>– les systèmes de surveillance de la santé publique;</li> <li>– les systèmes de prise de rendez-vous.</li> </ul> </li> </ul>	

**Intégration de systèmes d'information et de communication par les dispensateurs de SSP (Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)**

	<p><b>Qualité des données</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Étant donné la faiblesse du taux de réponse au Sondage national des médecins 2010 (environ 19 % chez les médecins de famille), l'ICIS ne recommande pas la déclaration d'indicateurs calculés à partir des données tirées du sondage. Toutefois, cela n'interdit pas aux chercheurs d'utiliser les sources de données locales pour calculer ces indicateurs de SSP. Si les changements apportés lors de cycles ultérieurs parviennent à faire augmenter le taux de réponse, le Sondage national des médecins pourra être considéré comme une source de données susceptibles d'être déclarées.</li> <li>• Le Sondage national des médecins utilise un échantillon composé de médecins canadiens. Par conséquent, les résultats de cet indicateur se limitent aux médecins en SSP.</li> </ul>
<p><b>Interprétation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux élevé pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> </ul>
<p><b>Justification de l'indicateur</b></p>	<p>Au Canada, un dossier médical électronique (DME) en SSP correspond au dossier médical d'un patient, qui contient de l'information sur les interactions entre le dispensateur et le patient. Un dossier de santé électronique (DSE) est un dossier à vie sur la santé et les antécédents médicaux d'une personne. Il comprend généralement des données sur les interactions de cette personne avec les hôpitaux, les dispensateurs, les pharmacies et les laboratoires<sup>2</sup>.</p> <p>L'un des engagements pris lors des accords sur la santé des premiers ministres en 2003 et 2004 était d'accélérer l'élaboration et la mise en œuvre des DSE au Canada. Un sondage international mené en 2009 a révélé que 37 % des médecins en SSP au Canada utilisent les DES, contre 23 % en 2006<sup>2</sup>. Malgré ces progrès, le Canada affichait le plus faible taux d'utilisation des DSE par les dispensateurs des SSP parmi les 11 pays participants au sondage. Les chiffres de 2011 montrent que la moitié des Canadiens possédaient un DSE pouvant être utilisé par les dispensateurs de soins de santé autorisés, contre 22 % l'année précédente. Inforoute santé du Canada s'efforce d'appuyer et d'accélérer l'adoption des DME et d'autres technologies d'information sur la santé. Il espère en outre que tous les Canadiens seront dotés d'un DSE d'ici 2016<sup>2</sup>.</p> <p>Le rapport de progrès 2011 du Conseil canadien de la santé sur les accords de santé des premiers ministres souligne que même si l'un des objectifs principaux de l'utilisation des DSE est d'améliorer les soins aux patients, ces dossiers constituent également un outil important de</p>

### Intégration de systèmes d'information et de communication par les dispensateurs de SSP (Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)

	<p>mesure des objectifs du système de santé, comme la qualité, l'accessibilité et l'efficacité des soins<sup>3</sup>. Bien que l'utilisation des DME et des DSE par les dispensateurs de SSP varie au Canada et a une portée parfois limitée, l'utilisation de ces technologies se trouve à un stade relativement précoce et pourrait se heurter à des difficultés liées à leur mise en œuvre dans un contexte de SSP<sup>4, 5</sup>.</p>
<p><b>Références</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association médicale canadienne, et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. National Physician Survey. <a href="http://www.nationalphysiciansurvey.ca/nps/">http://www.nationalphysiciansurvey.ca/nps/</a>. Consulté le 1<sup>er</sup> août 2012.</li> <li>2. Allin S, Watson D, et The Commonwealth Fund. <i>The Canadian Health Care System, 2011: In International Profiles of Health Care Systems, 2011</i>. Washington, DC : The Commonwealth Fund; 2011.</li> <li>3. Conseil canadien de la santé. <i>Progress Report 2011: Health Care Renewal in Canada</i>. Toronto, ON : le Conseil; 2011.</li> <li>4. Terry AL, Stewart M, Thind A, et al. <i>Primary Health Care Electronic Medical Records: Gaps in Knowledge and Research in Canada</i>. Instituts de recherche sur la santé du Canada; 2010.</li> <li>5. Association médicale canadienne. <i>Toward Patient-Centred Care: Digitizing Health Care Delivery</i>. Ottawa, ON : Association médicale canadienne; 2010.</li> </ol>

<b>Nombre de dispensateurs de SSP</b> <b>(Ensemble d'indicateurs : Politique)</b>		
<b>Définition</b>	Nombre de dispensateurs de soins de santé primaires (SSP) en exercice par 100 000 habitants, par type de dispensateur de SSP.	
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b>	<p>Nombre de dispensateurs de SSP actifs.</p> <p>1) Mesure du nombre de médecins :</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecins dont le code d'activité médicale est « actif »</li> <li>• Médecins appartenant à la catégorie « médecin de famille »</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecins militaires et semi-retraités</li> </ul> <p>2) Mesure du nombre d'infirmières et d'infirmiers :</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Infirmières et infirmiers dont le statut d'emploi correspond à « Travail »</li> <li>• Infirmières et infirmiers œuvrant dans l'un des milieux de travail suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>– postes infirmiers</li> <li>– centre de soins communautaires</li> <li>– cabinet de médecin ou unité de soins à la famille</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
	<b>Dénominateur</b>	<p>Population divisée par 100 000.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Résidents du Canada</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
<b>Source des données</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numérateur : Base de données médicales Scott's<sup>1</sup> et Base de données sur les infirmières et les infirmiers<sup>2</sup>, Institut canadien d'information sur la santé</li> <li>• Dénominateur : recensement</li> </ul>	

## Nombre de dispensateurs de SSP (Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)

<b>Remarques</b>	<p><b>Définition des termes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Au sein de la base de données, les médecins en exercice sont ceux dont le code d'activité médicale correspond à « actif »<sup>3</sup>.</li> <li>• Les médecins en exercice sont ceux qui dispensent des soins aux patients et ceux dont la formation en médecine est essentielle à l'exercice de leurs fonctions<sup>3</sup>.</li> <li>• Chez les infirmières, l'activité est déterminée par l'élément de données Statut d'emploi, qui comprend les dispensateurs travaillant à temps plein, à temps partiel ou de façon occasionnelle, ainsi que ceux qui travaillent, mais dont le statut d'emploi est « sans précision »<sup>4-6</sup>.</li> </ul> <p><b>Qualité des données</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conformément à la politique de l'ICIS sur le respect de la vie privée et la confidentialité, les données incluent uniquement les médecins inscrits auprès d'un ordre provincial ou territorial ou qui ont accepté que les renseignements les concernant soient publiés dans les Répertoires Scott's. En 2010, 1,5 % des enregistrements de médecins actifs (ce qui comprend les médecins de famille et les spécialistes) ont été exclus des analyses en raison d'une demande de non-publication<sup>7</sup>.</li> </ul>
<b>Interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il s'agit d'une mesure contextuelle appuyant les autres indicateurs de SSP et questions de recherche.</li> </ul> <p><b>Analyse plus poussée</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il est possible de restreindre cet indicateur de manière à mesurer le nombre d'infirmières des différentes catégories : toutes les infirmières autorisées, y compris les infirmières praticiennes, les infirmières praticiennes uniquement, ainsi que les infirmières psychiatriques autorisées.</li> <li>• Il est possible de restreindre cet indicateur de manière à mesurer le nombre de dispensateurs de SSP travaillant à temps plein par opposition à ceux ne travaillant pas à temps plein.</li> </ul>
<b>Justification de l'indicateur</b>	<p>L'accès à un dispensateur de SSP a été associé à une amélioration de l'état de santé général et à une diminution de l'ensemble des coûts du système de santé<sup>8</sup>. Les patients qui ont un dispensateur de SSP habituel jouissent d'un accès accru aux tests diagnostiques et à d'autres services de santé<sup>9</sup>. Les Canadiens qui ont accès aux équipes de SSP interdisciplinaires reçoivent un large éventail de services et jouissent souvent d'une continuité et d'une coordination accrues des soins<sup>10, 11</sup>. Puisque la majorité des Canadiens accèdent au système de</p>

**Nombre de dispensateurs de SSP  
(Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)**

	<p>santé par leur dispensateur de SSP, il est important de surveiller les effectifs de dispensateurs aux fins de planification des ressources humaines de la santé et de l'utilisation.</p> <p>L'Organisation de coopération et de développement économiques, l'Association médicale canadienne et l'ICIS se sont tous appuyés sur les ratios de médecins par rapport à la population pour mesurer le nombre de médecins<sup>7, 12, 13</sup>. Ces ratios sont utiles pour évaluer les effectifs de médecins dans la population, mais ils ne permettent pas de décrire précisément la population de dispensateurs ou de patients<sup>12</sup>. Les avantages et désavantages liés à l'utilisation des ratios de médecins par rapport à la population s'appliquent également à la mesure du nombre de dispensateurs de SSP autres que les médecins.</p>
<p><b>Références</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Institut canadien d'information sur la santé. Scott's Medical Database. <a href="http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/document/spending+and+health+workforce/workforce/physicians/hhrdata_smdb">http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/document/spending+and+health+workforce/workforce/physicians/hhrdata_smdb</a>. Consulté le 1<sup>er</sup> août 2012.</li> <li>2. Institut canadien d'information sur la santé. Nursing Database. <a href="http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/document/spending+and+health+workforce/workforce/other+providers/ndb_metadata">http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/document/spending+and+health+workforce/workforce/other+providers/ndb_metadata</a>. Consulté le 1<sup>er</sup> août 2012.</li> <li>3. Institut canadien d'information sur la santé. <i>Appendix C: In Supply, Distribution and Migration of Canadian Physicians, 2010</i>. Ottawa, ON : ICIS; 2011.</li> <li>4. Institut canadien d'information sur la santé. <i>Registered Nurses Data Dictionary and Processing Manual, Version 12.0</i>. Ottawa, ON : ICIS; 2011.</li> <li>5. Institut canadien d'information sur la santé. <i>Licensed Practical Nurses Data Dictionary and Processing Manual, Version 11.0</i>. Ottawa, ON : ICIS; 2011.</li> <li>6. Institut canadien d'information sur la santé. <i>Registered Psychiatric Nurses Data Dictionary and Processing Manual, Version 10.0</i>. Ottawa, ON : ICIS; 2011.</li> <li>7. Institut canadien d'information sur la santé. <i>Supply, Distribution and Migration of Canadian Physicians, 2010</i>. Ottawa, ON : ICIS; 2011.</li> <li>8. Glazier RH. Balancing equity issues in health systems: perspectives of primary healthcare. [Revue] [29 réf.]. <i>Healthcarepapers</i>. 2007;8:Spec-45.</li> </ol>

Nombre de dispensateurs de SSP  
(Ensemble d'indicateurs : Politique) (suite)

9. Santé Canada. *Healthy Canadians-A Federal Report on Comparable Health Indicators 2010*. Ottawa, ON : Santé Canada; 2011. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2010-fed-comp-indicat/index-eng.php>. Consulté le 4 septembre 2012.
10. Barrett J, Curran V, Glynn L, et Godwin M. *CHSRF Synthesis: Interprofessional Collaboration and Quality Primary Healthcare*. Ottawa, ON : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé; 2007.
11. Khan S, McIntosh C, Sanmartin C, Watson D, et Leeb K. *Primary Health Care Teams and Their Impact on Processes and Outcomes of Care*. Ottawa, ON : Statistique Canada; 2008.
12. Buske L. *Projections of Physician Supply in Canada*. Ottawa, ON : Association médicale canadienne; 2007.
13. Organisation de coopération et de développement économiques. *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*. Paris, France : OECD Publishing; 2011.



## Annexe 5 : Spécifications techniques relatives aux indicateurs prioritaires destinés aux dispensateurs de soins de santé primaires



**Services de SSP qui répondent aux besoins des clients ou des patients  
(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires)**

<b>Définition</b>	Pourcentage des patients âgés de 18 ans ou plus qui ont déclaré que les services dispensés à l'endroit où ils reçoivent des soins de santé primaires (SSP) répondent à leurs besoins.	
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b>	<p>Nombre de personnes dans le dénominateur qui ont déclaré que les services dispensés à l'endroit où elles reçoivent des SSP ont répondu à leurs besoins concernant la prise en charge de leurs problèmes de santé au cours des 12 derniers mois.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes dans le dénominateur</li> <li>• Personnes ayant déclaré que l'endroit où elles reçoivent des SSP a dispensé tous les services dont elles avaient besoin pour la prise en charge de leurs problèmes de santé au cours des 12 derniers mois</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
	<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre de clients ou de patients de 18 ans ou plus qui reçoivent des SSP.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clients ou patients qui reçoivent des SSP</li> <li>• Personnes âgées d'au moins 18 ans</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes ayant déclaré ne pas avoir besoin de soutien pour des problèmes de santé</li> </ul>
<b>Source des données</b>	Outils d'enquête fondée sur la pratique des SSP au Canada : composante « patient » <sup>1</sup>	
<b>Remarques</b>	<p><b>Définition des termes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un client ou patient qui reçoit des SSP est une personne qui a été en contact avec le dispensateur au moins une fois durant l'année précédente et qui a un dossier avec ce dispensateur depuis au moins deux ans.</li> <li>• On considère que les services ont répondu aux besoins d'un patient si celui-ci a répondu par l'affirmative à la question de savoir si l'endroit où il reçoit des SSP a dispensé tous les services nécessaires à la prise en charge de ses problèmes de santé au cours des 12 derniers mois.</li> </ul>	

**Services de SSP qui répondent aux besoins des clients ou des patients  
(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)**

<b>Interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux élevé pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> </ul>
<b>Justification de l'indicateur</b>	<p>Le rapport sur les indicateurs comparables de la santé 2010 de Santé Canada énumère plusieurs avantages que procure une satisfaction à l'égard des services de santé, notamment un respect accru des traitements ainsi que des recommandations faites par les dispensateurs de soins, une probabilité plus élevée que les patients consultent un médecin et un plus grand bien-être psychologique<sup>2</sup>. En 2009, 81 % des Canadiens qui ont reçu des services de santé s'en sont dits satisfaits, contre 10 % d'insatisfaits<sup>2</sup>.</p> <p>Pour la plupart des Canadiens, le premier point de contact pour obtenir des soins médicaux est leur dispensateur de SSP ou leur médecin de famille. Les SSP peuvent comprendre les soins de routine ou continus que le patient reçoit de son dispensateur habituel, des soins urgents pour un problème de santé ou accident mineur, les soins aux mères et aux enfants, les soins en santé mentale, l'aiguillage vers des services à domicile, la promotion de la santé et les soins en fin de vie. Selon un sondage réalisé en 2009, les facteurs suivants sont importants pour les Canadiens dans le cadre des SSP : accès aux SSP, intégralité et coordination des soins, communication interpersonnelle, soins axés sur les patients et continuité des soins<sup>3</sup>. Le même sondage révèle que 76 % des Canadiens adultes qui ont consulté leur médecin habituel au cours de l'année précédente ont qualifié les soins reçus d'excellents ou de très bons, et ont éprouvé une grande satisfaction à l'égard du système de SSP. Plus du quart des répondants ont déclaré que des infirmières participaient régulièrement à leurs soins et 16 % ont indiqué la participation d'autres professionnels de la santé<sup>3</sup>.</p> <p>Cet indicateur mesure la satisfaction des patients à l'égard des différents services de SSP qui leur sont offerts à l'endroit où ils reçoivent habituellement ce type de services, et peut servir à suivre l'évolution des caractéristiques du système de SSP, y compris le recours de plus en plus fréquent à des équipes interdisciplinaires. Ces équipes peuvent dispenser des services de santé spécialisés, adaptés aux besoins particuliers d'une communauté<sup>4</sup>.</p>

**Services de SSP qui répondent aux besoins des clients ou des patients  
(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)****Références**

1. Institut canadien d'information sur la santé. Primary Health Care: Pan-Canadian Primary Health Care Survey Questions and Tools. <http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/types+of+care/primary+health/cihi006583>. Dernière modification en 2011. Consulté le 5 septembre 2012.
2. Santé Canada. *Healthy Canadians-A Federal Report on Comparable Health Indicators 2010*. Ottawa, ON : Santé Canada; 2011. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/index-eng.php>. Consulté le 4 septembre 2012.
3. Institut canadien d'information sur la santé. *Experiences With Primary Health Care in Canada*. Ottawa, ON : ICIS; 2009.
4. Nolte J. *Enhancing Interdisciplinary Collaboration in Primary Health Care in Canada*. Ottawa, ON : The Conference Board of Canada; 2005.

**Temps d'attente pour obtenir des soins immédiats pour un problème de santé mineur  
(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires)**

<b>Définition</b>	Pourcentage des patients âgés de 18 ans ou plus qui ont déclaré avoir obtenu un rendez-vous le jour même ou le lendemain avec leur dispensateur de soins de santé primaires (SSP) afin de recevoir des soins immédiats pour un problème de santé mineur.	
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b>	<p>Nombre de personnes dans le dénominateur qui ont déclaré avoir obtenu un rendez-vous le jour même ou le lendemain avec leur dispensateur de SSP afin de recevoir des soins immédiats pour un problème de santé mineur.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes dans le dénominateur</li> <li>• Personnes ayant déclaré avoir obtenu un rendez-vous le jour même ou le lendemain</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
	<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre de répondants âgés de 18 ans ou plus.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes âgées d'au moins 18 ans</li> <li>• Personnes ayant déclaré avoir consulté un dispensateur de SSP pour obtenir des soins immédiats en raison d'un problème de santé mineur</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
<b>Source des données</b>	Outils d'enquête fondée sur la pratique des SSP au Canada : section à l'intention des patients <sup>1</sup>	
<b>Remarques</b>	<p><b>Définition des termes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les problèmes de santé mineurs qui peuvent nécessiter des soins immédiats comprennent la fièvre, les vomissements, les maux de tête importants, les entorses à la cheville, les brûlures mineures, les coupures, l'irritation cutanée, les éruptions cutanées inexplicables et autres problèmes de santé ou blessures qui ne mettent pas la vie du patient en danger<sup>2</sup>.</li> <li>• Le nombre de jours pour obtenir un rendez-vous est calculé selon les jours ouvrables.</li> </ul>	
<b>Interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux élevé pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> </ul>	

**Temps d'attente pour obtenir des soins immédiats pour un problème de santé mineur  
(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)**

**Justification de  
l'indicateur**

Pour la plupart des Canadiens, le premier point de contact pour obtenir des soins médicaux est leur dispensateur de SSP. Des études montrent que l'accès accru à un dispensateur de SSP est un gage d'amélioration de l'état de santé et de diminution de l'ensemble des coûts du système de santé<sup>3</sup>. L'accessibilité aux SSP est un indicateur important du degré de difficulté pour la population à interagir avec le système de santé.

Les soins immédiats nécessaires pour traiter un problème de santé mineur peuvent être décrits comme les soins urgents pour des problèmes comme la fièvre, les vomissements, les maux de tête importants, les entorses à la cheville, les brûlures mineures, les coupures, l'irritation cutanée, les éruptions cutanées inexplicables et autres problèmes de santé ou blessures à la suite d'un accident mineur qui ne mettent pas la vie du patient en danger<sup>2</sup>. L'Enquête canadienne sur l'expérience des soins de santé primaires de 2008 a révélé que 27 % des adultes sondés avaient sollicité des soins immédiats pour un problème de santé mineur au cours de l'année précédente. De ce nombre, 21 % avaient eu de la difficulté à recevoir des soins<sup>4</sup>. Le temps d'attente moyen pour obtenir des soins immédiats était de trois heures. Parmi ceux qui souhaitaient recevoir des soins immédiats, 85 % ont obtenu un rendez-vous le jour même, 11 % en 2 à 7 jours et 4 % en plus de 7 jours<sup>4</sup>. Une autre étude montre que les longs temps d'attente constituent le principal obstacle à l'obtention de soins urgents et que les Canadiens qui ont un dispensateur de SSP sont tout aussi susceptibles de connaître des problèmes d'accès aux soins que ceux qui n'en ont pas<sup>5</sup>.

Les temps d'attente excessifs font l'objet d'une surveillance fréquente afin de mesurer la performance du système et les contraintes liées au service. Il a été démontré que l'obtention d'un rendez-vous le jour même, ou modèle de rendez-vous accélérés (ouverts), constitue un moyen efficace de réduire les temps d'attente et d'améliorer l'accès aux soins<sup>6, 7</sup>. Des études montrent en effet que cette façon de faire peut améliorer la capacité de pratique et la continuité des SSP, en plus d'accroître la satisfaction des patients<sup>7</sup>.

Temps d'attente pour obtenir des soins immédiats pour un problème de santé mineur  
(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé. Primary Health Care: Pan-Canadian Primary Health Care Survey Questions and Tools. <http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/types+of+care/primary+health/cihi006583>. Dernière modification en 2011. Consulté le 5 septembre 2012.
2. Santé Canada. *Healthy Canadians-A Federal Report on Comparable Health Indicators 2010*. Ottawa, ON : Santé Canada; 2011. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2010-fed-comp-indicat/index-eng.php>. Consulté le 4 septembre 2012.
3. Glazier RH. Balancing equity issues in health systems: perspectives of primary healthcare. [Revue] [29 réf.]. *Healthcarepapers*. 2007;8:Spec-45.
4. Institut canadien d'information sur la santé. *Experiences With Primary Health Care in Canada*. Ottawa, ON : ICIS; 2009.
5. Sanmartin C, Ross N. Experiencing difficulties accessing first-contact health services in Canada: Canadians without regular doctors and recent immigrants have difficulties accessing first-contact healthcare services. Reports of difficulties in accessing care vary by age, sex and region. *Healthcare Policy*. Janvier 2006;1(2):103-119.
6. Murray M, Berwick DM. Advanced access: reducing waiting and delays in primary care. *JAMA*. 26 février 2003;289(8):1035-1040.
7. Le Collège des médecins de famille du Canada et l'Association médicale canadienne. *...And Still Waiting: Exploring Primary Care Wait Times in Canada*. Partenariat sur les temps d'attente en soins primaires; 2008. Document de travail.

Vaccination infantile (Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires)	
<b>Définition</b>	Pourcentage des membres de la population âgés de sept ans qui ont reçu les vaccins d'immunisation recommandés.
<b>Méthode de calcul</b>	<p><b>Numérateur</b></p> <p>Nombre de personnes dans le dénominateur qui ont reçu les premiers vaccins d'immunisation conformément au calendrier de vaccination recommandé.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes dans le dénominateur</li> <li>• Personnes qui ont reçu tous les vaccins énumérés dans le calendrier de vaccination recommandé par le Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI) ou chez qui les vaccins non reçus étaient contre-indiqués</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
	<p><b>Dénominateur</b></p> <p>Nombre de clients ou de patients de sept ans qui reçoivent des soins de santé primaires (SSP).</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clients ou patients qui reçoivent des SSP</li> <li>• Personnes âgées de sept ans</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
<b>Source des données</b>	Dossier médical électronique
<b>Remarques</b>	<p><b>Définition des termes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un client ou patient qui reçoit des SSP est une personne qui a été en contact avec le dispensateur au moins une fois durant l'année précédente et qui a un dossier avec ce dispensateur depuis au moins deux ans.</li> <li>• Le calendrier de vaccination recommandé par le CCNI est publié dans le Guide canadien d'immunisation<sup>1</sup>.</li> </ul>
<b>Interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux élevé pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> </ul> <p><b>Analyse plus poussée</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il est possible de modifier cet indicateur de manière à mesurer chaque vaccin séparément et, ainsi, examiner le taux d'immunisation associé à chacun.</li> </ul>

**Vaccination infantile**

(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)

**Justification de l'indicateur**

La vaccination infantile est une mesure de santé publique efficace et bien établie qui permet de protéger la plupart des enfants contre certaines maladies infectieuses et de sauver des vies. Grâce aux vaccins, il est possible de contrôler un grand nombre de maladies infectieuses autrefois courantes au Canada, comme la diphtérie, la rougeole, les oreillons, la coqueluche, la polio, la rubéole, le tétanos et les maladies infectieuses causées par *Hæmophilus influenzae* de type b (Hib)<sup>1</sup>.

Pour garantir une protection maximale, le CCNI suggère fortement de procéder à une immunisation systématique selon un calendrier recommandé<sup>2</sup>. Il existe un certain nombre de variations entre les calendriers provinciaux et territoriaux de vaccination; cet indicateur suit les recommandations du CCNI et décrit le calendrier recommandé pour les enfants de sept ans qui ont reçu tous leurs premiers vaccins<sup>2</sup>.

Le CCNI recommande d'administrer aux enfants les vaccins suivants, selon le nombre de doses et l'intervalle indiqué dans la politique provinciale ou territoriale en vigueur : vaccin contre la diphtérie et le tétanos combiné au vaccin acellulaire contre la coqueluche et au vaccin inactivé contre la polio (DCaT-VPI); vaccin conjugué contre *Hæmophilus influenzae* de type b (Hib); vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons (RRO); vaccin contre la varicelle (Var); vaccin contre l'hépatite B (HB); vaccin conjugué contre le pneumocoque 7-valent (Pneu-C-7); vaccin conjugué contre le méningocoque de séro groupe C (Men-C)<sup>1</sup>.

**Références**

1. Comité consultatif national de l'immunisation. *Canadian Immunization Guide (CIG) 2006*. Agence de la santé publique du Canada; 2006. [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/pdf/cig-gci-2006\\_e.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/pdf/cig-gci-2006_e.pdf). Consulté le 14 février 2012.
2. Gold R et Martell A. *Childhood Immunizations. Canadian Guide to Clinical Preventive Health Care*. Ottawa : Santé Canada; 1994. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/clinic-clinique/pdf/s3c33e.pdf>. Consulté le 14 février 2012.

<b>Dépistage du cancer du côlon</b> (Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires)	
<b>Définition</b>	Pourcentage des patients âgés de 50 à 74 ans à qui on a prescrit un examen de dépistage du cancer du côlon.
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b> Nombre de personnes dans le dénominateur à qui on a prescrit un examen de dépistage du cancer du côlon dans un délai approprié.  <b>Inclusions</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes dans le dénominateur</li> <li>• Personnes à qui on a prescrit au moins un des examens de dépistage suivants :               <ul style="list-style-type: none"> <li>– recherche de sang occulte dans les selles (FOBT) au cours des 24 derniers mois</li> <li>– sigmoïdoscopie au cours des cinq dernières années</li> <li>– colonoscopie au cours des 10 dernières années</li> </ul> </li> </ul> <b>Exclusions</b> Aucune
	<b>Dénominateur</b> Nombre de clients ou de patients de 50 à 74 ans qui reçoivent des soins de santé primaires (SSP).  <b>Inclusions</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clients ou patients qui reçoivent des SSP</li> <li>• Personnes âgées de 50 à 74 ans</li> </ul> <b>Exclusions</b> Aucune
<b>Source des données</b>	Dossier médical électronique
<b>Remarques</b>	<b>Définition des termes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un client ou patient qui reçoit des SSP est une personne qui a été en contact avec le dispensateur au moins une fois durant l'année précédente et qui a un dossier avec ce dispensateur depuis au moins deux ans.</li> <li>• Une recherche de sang occulte dans les selles (FOBT) est l'examen d'au moins un échantillon de selles dans le but de détecter tout saignement gastro-intestinal, qui peut indiquer la présence d'un cancer du côlon.</li> </ul>

<b>Dépistage du cancer du côlon</b> <b>(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)</b>	
<b>Interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux élevé pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> <li>• Cet indicateur tient compte uniquement des personnes à qui on a prescrit un examen de dépistage du cancer du côlon, selon l'information enregistrée dans le dossier médical électronique. Il n'indique pas si l'examen de dépistage a eu lieu ou non (p. ex. refus du patient).</li> </ul>
<b>Justification de l'indicateur</b>	<p>Chez les hommes et les femmes combinés, le cancer du côlon est le troisième type de cancer le plus courant au Canada et la deuxième cause de décès lié au cancer la plus courante. On estime que le cancer du côlon a touché 22 200 Canadiens en 2011 et que 8 900 de ces personnes en sont décédées<sup>1</sup>. Comme pour de nombreuses formes de cancer, l'incidence du cancer du côlon et les taux de mortalité qui s'y rapportent grimpent rapidement chez les personnes de plus de 50 ans<sup>1</sup>. Des essais cliniques et des analyses documentaires systématiques révèlent que le dépistage au moyen de la FOBT réduit la mortalité attribuable au cancer du côlon<sup>2-4</sup>.</p> <p>En 2001, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs a établi des lignes directrices en matière de dépistage du cancer du côlon<sup>5</sup> et, en 2002, le Comité national sur le dépistage du cancer colorectal de Santé Canada a émis des recommandations relatives au dépistage parmi la population<sup>6</sup>, notamment que les personnes de 50 à 74 ans présentant un risque modéré de développer la maladie subissent un examen par FOBT tous les deux ans. En outre, il serait justifié d'inclure une sigmoïdoscopie flexible dans les examens périodiques de santé chez les personnes asymptomatiques de plus de 50 ans et un examen par coloscopie chez les personnes à risque modéré<sup>5, 7</sup>.</p> <p>Le Comité national a également recommandé l'intégration du dépistage et de l'évaluation continue dans les programmes provinciaux structurés; à l'automne 2010, huit provinces exécutaient déjà de tels programmes (complets ou expérimentaux) et deux autres en avaient annoncé la création prochaine<sup>1</sup>.</p> <p>Les résultats de l'Enquête sur le dépistage du cancer du côlon au Canada illustrent bien l'importance du dispensateur de SSP dans le dépistage de cette forme de cancer. Ils indiquent en effet qu'un patient accepte beaucoup plus facilement de se soumettre à un examen de dépistage après en avoir discuté avec son médecin<sup>8</sup>.</p>

## Dépistage du cancer du côlon (Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)

### Références

1. Comité directeur des statistiques sur le cancer de la Société canadienne du cancer. *Canadian Cancer Statistics 2011*. Toronto, ON : Société canadienne du Cancer; 2011.  
[www.cancer.ca/statistics](http://www.cancer.ca/statistics).
2. Edwards BK, Ward E, Kohler BA, et al. Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2006, featuring colorectal cancer trends and impact of interventions (risk factors, screening, and treatment) to reduce future rates. *Cancer*. 1<sup>er</sup> février 2010; 116(3):544-573. PM:19998273.
3. Jorgensen OD, Kronborg O, Fenger C. A randomised study of screening for colorectal cancer using faecal occult blood testing: results after 13 years and seven biennial screening rounds. *Gut*. Janvier 2002;50(1):29-32. PM:11772963.
4. Mandel JS, Church TR, Ederer F, Bond JH. Colorectal cancer mortality: effectiveness of biennial screening for fecal occult blood. *J Natl Cancer Inst*. 3 mars 1999;91(5):434-437. PM:10070942.
5. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Colorectal Cancer Screening. [http://www.canadiantaskforce.ca/recommendations/2001\\_03\\_eng.html](http://www.canadiantaskforce.ca/recommendations/2001_03_eng.html). Consulté le 8 février 2012.
6. Comité national sur le dépistage du cancer colorectal. *Technical Report for the National Committee on Colorectal Cancer Screening*. 2002. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ncccs-cndcc>. Consulté le 8 février 2012.
7. Colorectal cancer screening: Recommendation statement from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. *CMAJ*. 2001;165(2):206-208. <http://www.cmaj.ca/content/165/2/206.full>.
8. Partenariat canadien contre le cancer. *Colorectal Cancer Screening*. 2010. [http://www.cancerview.ca/idc/groups/public/documents/webcontent/rl\\_cancer\\_1crcscreen.pdf](http://www.cancerview.ca/idc/groups/public/documents/webcontent/rl_cancer_1crcscreen.pdf).

<b>Dépistage du cancer du sein</b> <b>(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires)</b>	
<b>Définition</b>	Pourcentage des patientes âgées de 50 à 74 ans à qui on a prescrit une mammographie.
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b> Nombre de personnes dans le dénominateur à qui on a prescrit une mammographie au cours des 36 derniers mois.  <b>Inclusions</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes dans le dénominateur</li> <li>• Personnes à qui on a prescrit une mammographie au cours des 36 derniers mois</li> </ul> <b>Exclusions</b> Aucune
	<b>Dénominateur</b> Nombre de clientes ou de patientes de 50 à 74 ans qui reçoivent des soins de santé primaires (SSP).  <b>Inclusions</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clients ou patients qui reçoivent des SSP</li> <li>• Personnes de sexe féminin</li> <li>• Personnes âgées de 50 à 74 ans</li> </ul> <b>Exclusions</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes qui ont subi une mastectomie bilatérale</li> </ul>
<b>Source des données</b>	Dossier médical électronique
<b>Remarques</b>	<b>Définition des termes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un client ou patient qui reçoit des SSP est une personne qui a été en contact avec le dispensateur au moins une fois durant l'année précédente et qui a un dossier avec ce dispensateur depuis au moins deux ans.</li> </ul>
<b>Interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux élevé pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> <li>• Cet indicateur tient compte uniquement des personnes à qui on a prescrit une mammographie, selon l'information enregistrée dans le dossier médical électronique. Il n'indique pas si la mammographie a eu lieu ou non (p. ex. refus de la patiente).</li> </ul>

**Dépistage du cancer du sein**  
**(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)**

**Justification de l'indicateur**

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez les femmes canadiennes (environ 23 400 nouveaux cas en 2011)<sup>1</sup>; il représente plus de 30 % de tous les nouveaux diagnostics de cancer chez les femmes de 20 à 69 ans et 20 % chez les femmes de 70 ans ou plus. Une Canadienne sur neuf sera atteinte du cancer du sein et une sur vingt-sept en mourra<sup>2</sup>.

La détection précoce du cancer du sein est importante pour accroître les options de traitement et améliorer les résultats chez les femmes atteintes. Au Canada, la mortalité liée au cancer du sein connaît une diminution constante, en particulier chez les femmes de moins de 60 ans. En général, cette diminution est attribuable aux progrès réalisés en matière de dépistage, notamment grâce à la mise en place de programmes organisés de dépistage, à la hausse des taux de participation, à l'amélioration de la qualité des mammographies et au perfectionnement des modes de traitement<sup>2</sup>.

En 2011, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs a recommandé l'adoption de nouvelles lignes directrices en matière de dépistage pour les femmes de 40 à 74 ans présentant un risque modéré de développer un cancer du sein (c'est-à-dire, qui n'en ont jamais été atteintes, qui ne comptent aucun cas de cancer du sein parmi leurs parents de premier degré, chez qui aucune mutation des gènes BRCA1 et BRCA2 n'a été observée et dont la paroi thoracique n'a jamais été exposée à la radiation)<sup>3</sup>. Ces lignes directrices suggèrent un dépistage de routine tous les deux ou trois ans chez les femmes de 50 à 74 ans<sup>3, 4</sup>.

Le dispensateur de SSP joue un rôle essentiel dans la détection du cancer du sein au début de sa progression en recommandant des examens de dépistage à ses patientes et en surveillant les résultats de ces examens.

**Références**

1. Comité directeur des statistiques sur le cancer de la Société canadienne du cancer. *Canadian Cancer Statistics 2011*. Toronto, ON : Société canadienne du Cancer; 2011. [www.cancer.ca/statistics](http://www.cancer.ca/statistics).
2. Société canadienne du cancer /Institut national du cancer du Canada. *Canadian Cancer Statistics 2007*. Toronto, ON : Société canadienne du cancer; 2007.
3. Tonelli M, Gorber SC, Joffres M, et al. Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40-74 years. *CMAJ*. 22 novembre 2011;183(17):1991-2001. PM:22106103.
4. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Screening for Breast Cancer. [http://www.canadiantaskforce.ca/recommendations/2011\\_01\\_eng.html](http://www.canadiantaskforce.ca/recommendations/2011_01_eng.html). Consulté le 8 février 2012.

<b>Dépistage du cancer du col de l'utérus</b> <b>(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires)</b>	
<b>Définition</b>	Pourcentage des patientes âgées de 18 à 69 ans qui ont subi un test de Papanicolaou.
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b> Nombre de personnes dans le dénominateur qui ont subi un test de Papanicolaou au cours des 36 derniers mois.  <b>Inclusions</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes dans le dénominateur</li> <li>• Personnes qui ont subi un test de Papanicolaou au cours des 36 derniers mois</li> </ul> <b>Exclusions</b> Aucune
	<b>Dénominateur</b> Nombre de clientes ou de patientes de 18 à 69 ans qui reçoivent des soins de santé primaires (SSP)  <b>Inclusions</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clients ou patients qui reçoivent des SSP</li> <li>• Personnes de sexe féminin</li> <li>• Personnes âgées de 18 à 69 ans</li> </ul> <b>Exclusions</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes qui ont subi une hystérectomie</li> </ul>
<b>Source des données</b>	Dossier médical électronique
<b>Remarques</b>	<b>Définition des termes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un client ou patient qui reçoit des SSP est une personne qui a été en contact avec le dispensateur au moins une fois durant l'année précédente et qui a un dossier avec ce dispensateur depuis au moins deux ans.</li> </ul>
<b>Interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux élevé pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> </ul>

**Dépistage du cancer du col de l'utérus**  
**(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)**

**Justification de l'indicateur**

Même si l'incidence du cancer du col de l'utérus a chuté de façon drastique au Canada depuis l'arrivée du test de Papanicolaou (Pap) en 1949<sup>1</sup>, les effets de la maladie sont toujours bien présents; on estime à 1 300 le nombre de nouveaux cas en 2011 et 350 le nombre de femmes qui sont décédées de la maladie<sup>2</sup>.

Des recherches indiquent que le dépistage du cancer du col de l'utérus permet de détecter les lésions précancéreuses avant leur progression au stade de cancer invasif<sup>3, 4</sup>. En outre, des études ont révélé que les femmes ayant reçu un diagnostic de cancer invasif du col de l'utérus étaient moins susceptibles d'avoir subi un examen de dépistage au cours des cinq années précédant le diagnostic ou n'avaient pas fait l'objet d'un suivi adéquat après un test Pap aux résultats anormaux<sup>4</sup>. Ces conclusions soulignent l'importance du dépistage et du suivi par les dispensateurs de SSP dans la réduction de l'incidence de la maladie et de la mortalité qui y est associée.

Des lignes directrices en matière de dépistage du cancer du col de l'utérus au Canada ont été établies en 1989 et font l'objet d'une évaluation par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs<sup>5</sup>. Les lignes directrices de Santé Canada recommandent un examen de dépistage chez les femmes de 18 ans ou plus ou qui deviennent actives sexuellement, suivi d'un second examen un an plus tard. Si les résultats sont satisfaisants, les lignes directrices recommandent un dépistage tous les trois ans jusqu'à l'âge de 69 ans<sup>6</sup>.

Les dispensateurs de SSP jouent un rôle de premier plan dans le dépistage du cancer du col de l'utérus chez leurs patientes en effectuant des tests Pap selon les lignes directrices et en surveillant les résultats de ces tests.

**Références**

1. Comité directeur des statistiques sur le cancer de la Société canadienne du cancer. *Canadian Cancer Statistics 2008*. Toronto, ON : Société canadienne du Cancer; 2008.
2. Comité directeur des statistiques sur le cancer de la Société canadienne du cancer. *Canadian Cancer Statistics 2011*. Toronto, ON : Société canadienne du Cancer; 2011.  
[www.cancer.ca/statistics](http://www.cancer.ca/statistics).
3. Ng E, Wilkins R, Fung MF, Berthelot JM. Cervical cancer mortality by neighbourhood income in urban Canada from 1971 to 1996. *CMAJ*. 11 mai 2004;170(10):1545-1549. PM:15136547.
4. Spence AR, Goggin P, Franco EL. Process of care failures in invasive cervical cancer: systematic review and meta-analysis. *Prev Med*. Août 2007;45(2-3):93-106. PM:17651792.

Dépistage du cancer du col de l'utérus  
(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)

5. Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. Current Task Force recommendations. [http://www.canadiantaskforce.ca/recommendations\\_current\\_eng.html](http://www.canadiantaskforce.ca/recommendations_current_eng.html). Consulté le 8 février 2012.
  6. Santé Canada. It's Your Health. Screening for Cervical Cancer. <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/diseases-maladies/cervical-uterus-eng.php>. Consulté le 8 février 2012.
-

**Arrêt du tabagisme conseillé en SSP**

(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires)

<b>Définition</b>	Pourcentage de patients fumeurs de 12 ans ou plus à qui on a offert de l'aide ou de l'information particulière pour cesser de fumer.	
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b>	<p>Nombre de personnes dans le dénominateur à qui on a offert de l'aide ou de l'information particulière pour cesser de fumer au cours des 15 derniers mois.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes dans le dénominateur</li> <li>• Personnes à qui on a offert de l'information sur l'arrêt du tabagisme au cours des 15 derniers mois</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
	<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre de clients ou de patients fumeurs de 12 ans ou plus qui reçoivent des soins de santé primaires (SSP).</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clients ou patients qui reçoivent des SSP</li> <li>• Personnes âgées d'au moins 12 ans</li> <li>• Personnes qui fument</li> <li>• Personnes qui ont consulté leur dispensateur de SSP au cours des 15 derniers mois</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes qui utilisent le tabac autrement que pour le fumer</li> </ul>
<b>Source des données</b>	Dossier médical électronique	
<b>Remarques</b>	<p><b>Définition des termes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un client ou patient qui reçoit des SSP est une personne qui a été en contact avec le dispensateur au moins une fois durant l'année précédente et qui a un dossier avec ce dispensateur depuis au moins deux ans.</li> <li>• Un fumeur désigne une personne qui fume à l'heure actuelle, selon l'information enregistrée dans son dossier médical électronique (DME).</li> </ul>	
<b>Interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cet indicateur tient compte uniquement des personnes dont le DME indique une intervention relative à l'abandon du tabac. Il n'indique pas si l'intervention a eu lieu ou non (p. ex. refus du patient).</li> <li>• Un taux élevé pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> </ul>	

**Arrêt du tabagisme conseillé en SSP**

(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)

**Justification de l'indicateur**

On sait depuis longtemps que le tabagisme est l'une des principales causes évitables de morbidité et de mortalité au Canada. En 2010, les fumeurs représentaient 16,7 % de la population canadienne (soit quelque 4,7 millions de personnes)<sup>1</sup>. Environ la moitié d'entre eux tomberont malades ou mourront du tabagisme<sup>1</sup>. Les fumeurs constituent 85 % de tous les nouveaux cas de cancer du poumon au Canada<sup>2,3</sup>. En 2002, 37 000 décès ont été attribués au tabagisme<sup>4</sup>. Son fardeau économique est important, puisqu'on estime à 17 milliards de dollars le coût social annuel du tabagisme et à 4,4 milliards de dollars ses coûts directs en soins de santé<sup>5</sup>.

Bien que la prévalence du tabagisme au Canada n'ait jamais été aussi faible, la tendance à la baisse observée au cours des 10 dernières années semble avoir ralenti. Les jeunes adultes (de 20 à 24 ans) affichent toujours le taux de tabagisme le plus élevé<sup>1</sup>. En 2001, le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs a recommandé que les dispensateurs de SSP incluent dans leur relation thérapeutique des conseils sur le renoncement au tabac en vue de réduire le taux de tabagisme au sein de la population<sup>6</sup>. Selon un rapport récent, près des deux tiers des personnes qui ont essayé de renoncer au tabac ont reçu de l'aide; par exemple, 40 % d'entre elles ont eu recours à une thérapie de remplacement de la nicotine<sup>1</sup>.

La réduction du tabagisme demeure l'une des plus importantes interventions de santé publique au Canada. En faisant la promotion du renoncement au tabac, les dispensateurs de SSP jouent un rôle crucial dans la réduction de la morbidité et de la mortalité associées à ce comportement à risque pour la santé.

**Références**

1. Reid J, Hammond D, and Burkhalter R. *Tobacco Use in Canada: Patterns and Trends, 2012 Edition*. Waterloo, ON: Propel Centre for Population Health Impact, University of Waterloo; 2012. [http://www.tobaccoreport.ca/2012/TobaccoUseinCanada\\_2012.pdf](http://www.tobaccoreport.ca/2012/TobaccoUseinCanada_2012.pdf).
2. Gaudette LA, Altmayer CA, Wysocki M, Gao RN. Cancer incidence and mortality across Canada. *Health Rep*. 1998;10(1):51-66. PM:9836886.
3. Surgeon General. *Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress*. Washington, DC : US Government Printing Office; 1989.
4. Baliunas D, Patra J, Rehm J, Popova S, Kaiserman M, Taylor B. Smoking-attributable mortality and expected years of life lost in Canada 2002: conclusions for prevention and policy. *Chronic Dis Can*. 2007;27(4):154-162. PM:17623561.

## Arrêt du tabagisme conseillé en SSP

(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)

5. Rehm J, Baliunas D, Brochu S, Fischer B, Gnam W, and Patra J. *The Costs of Substance Abuse in Canada, 2002*. Ottawa, ON : Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies; 2006. <http://www.ccsa.ca/2006%20CCSA%20Documents/ccsa-011332-2006.pdf>.
6. Elford R., MacMillan H. Wathen C., et Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs. *Counseling for Risky Health Habits: A Conceptual Framework for Primary Care Practitioners*. London, ON : Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs; 2001.

**Vaccin contre la grippe pour les personnes âgées de 65 ans et plus  
(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires)**

<b>Définition</b>	Pourcentage des patients âgés de 65 ans et plus qui ont reçu un vaccin contre la grippe.	
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b>	<p>Nombre de personnes dans le dénominateur qui ont reçu un vaccin contre la grippe au cours des 12 derniers mois.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes dans le dénominateur</li> <li>• Personnes qui ont reçu un vaccin contre la grippe au cours des 12 derniers mois</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
	<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre de clients ou de patients de 65 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires (SSP).</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clients ou patients qui reçoivent des SSP</li> <li>• Personnes âgées d'au moins 65 ans</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
<b>Source des données</b>	Dossier médical électronique	
<b>Remarques</b>	<b>Définition des termes</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un client ou patient qui reçoit des SSP est une personne qui a été en contact avec le dispensateur au moins une fois durant l'année précédente et qui a un dossier avec ce dispensateur depuis au moins deux ans.</li> </ul> <p><b>Qualité des données</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cet indicateur ne tient pas compte des personnes qui ont reçu un vaccin contre la grippe ailleurs qu'auprès de leur dispensateur de SSP habituel, à moins que ce dernier n'en ait été informé et que l'information n'ait été enregistrée dans le dossier médical électronique.</li> </ul>	
<b>Interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux élevé pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> </ul>	

**Vaccin contre la grippe pour les personnes âgées de 65 ans et plus  
(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)**

<p><b>Justification de l'indicateur</b></p>	<p>Chaque année, des éclosions de grippe se produisent au Canada, habituellement vers la fin de l'automne et en hiver; elles sont causées par des virus de grippe A et B. Jusqu'à 20 000 Canadiens sont hospitalisés annuellement à cause de la grippe<sup>1</sup>. On estime qu'entre 4 000 et 8 000 personnes, des aînés pour la plupart, meurent d'une pneumonie ou de complications liées à la pneumonie chaque année<sup>2</sup>. La grippe est très courante chez les enfants, mais les aînés (65 ans et plus) et les personnes atteintes d'affections chroniques sont plus susceptibles d'éprouver de graves symptômes ou de mourir de la maladie<sup>1</sup>.</p> <p>L'incidence de la grippe connaît d'importantes variations d'une année à l'autre, selon la force des souches grippales et la vulnérabilité de la population. Parmi les facteurs qui servent à déterminer la prévalence de la maladie au cours d'une année donnée, mentionnons la variation antigénique, le degré de correspondance entre les vaccins et les souches grippales en circulation et le taux de vaccination au sein de la population<sup>3</sup>.</p> <p>Afin de réduire la morbidité et la mortalité associées à la grippe, le Comité consultatif national de l'immunisation conseille d'axer les programmes de vaccination sur la population à risque élevé de complications liées à la grippe, y compris les personnes de 65 ans ou plus. Il recommande également une immunisation annuelle<sup>1</sup>.</p> <p>Des études démontrent que le vaccin contre la grippe est très efficace, puisqu'il prévient la maladie chez environ 50 % des personnes de 65 ans ou plus<sup>4,5</sup> et réduit les cas de pneumonie, le nombre d'hospitalisations et le nombre de décès chez les aînés<sup>6,7</sup>.</p> <p>Plusieurs vaccins contre la grippe sont actuellement disponibles, et les dispensateurs de SSP doivent tenir compte des recommandations relatives aux différents groupes d'âge, aux voies d'administration et aux dosages pour les vaccins autorisés. Ils trouveront ces renseignements dans le <i>Relevé des maladies transmissibles au Canada</i> ainsi que dans la Déclaration sur la vaccination antigrippale de l'année courante<sup>1</sup>.</p>
<p><b>Références</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Une déclaration d'un comité consultatif (DCC) et Comité consultatif national de l'immunisation (CCNI). <i>Statement on Seasonal Influenza Vaccine for 2011-2012. Canada Communicable Disease Report</i>. Ottawa, ON : Agence de la santé publique du Canada; 2011. <a href="http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/11vol37/acs-dcc-5/index-eng.php">http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/11vol37/acs-dcc-5/index-eng.php</a>.</li> <li>2. Schanzer DL, Tam TW, Langley JM, Winchester BT. Influenza-attributable deaths, Canada 1990-1999. <i>Epidemiol Infect</i>. Octobre 2007;135(7):1109-1116. PM:17306052.</li> </ol>

Vaccin contre la grippe pour les personnes âgées de 65 ans et plus  
(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)

3. Comité consultatif national de l'immunisation. *Canadian Immunization Guide (CIG) 2006*. Agence de la santé publique du Canada; 2006. [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/pdf/cig-gci-2006\\_e.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/pdf/cig-gci-2006_e.pdf). Consulté le 14 février 2012.
4. Govaert TM, Thijs CT, Masurel N, Sprenger MJ, Dinant GJ, Knottnerus JA. The efficacy of influenza vaccination in elderly individuals. A randomized double-blind placebo-controlled trial. *JAMA*. 7 décembre 1994;272(21):1661-1665. PM:7966893.
5. Praditsuwan R, Assantachai P, Wasi C, Puthavatana P, Kositanont U. The efficacy and effectiveness of influenza vaccination among Thai elderly persons living in the community. *J Med Assoc Thai*. Février 2005;88(2):256-264. PM:15962680.
6. Nichol KL, Nordin JD, Nelson DB, Mullooly JP, Hak E. Effectiveness of influenza vaccine in the community-dwelling elderly. *N Engl J Med*. 4 octobre 2007;357(14):1373-1381. PM:17914038.
7. Rivetti D, Jefferson T, Thomas R, et al. Vaccines for preventing influenza in the elderly. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(3):CD004876. PM:16856068.

**Test de dépistage des problèmes congénitaux**  
 (Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires)

<b>Définition</b>	Pourcentage des patients âgés de trois ans qui ont subi des tests de dépistage de problèmes congénitaux de déplacement de la hanche, de vue et d'audition.	
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b>	<p>Nombre de personnes dans le dénominateur qui ont subi des tests de dépistage pour des problèmes congénitaux de déplacement de la hanche, de vue et d'audition.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes dans le dénominateur</li> <li>• Personnes ayant subi des tests de dépistage de problèmes congénitaux de déplacement de la hanche</li> <li>• Personnes ayant subi des tests de dépistage de problèmes de vue</li> <li>• Personnes ayant subi des tests de dépistage de problèmes d'audition</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
	<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre de clients ou de patients de trois ans qui reçoivent des soins de santé primaires (SSP).</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clients ou patients qui reçoivent des SSP</li> <li>• Personnes âgées de trois ans</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
<b>Source des données</b>	Dossier médical électronique	
<b>Remarques</b>	<p><b>Définition des termes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un client ou patient qui reçoit des SSP est une personne qui a été en contact avec le dispensateur au moins une fois durant l'année précédente et qui a un dossier avec ce dispensateur depuis au moins deux ans.</li> </ul>	

Test de dépistage des problèmes congénitaux (Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)	
<b>Interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Un taux élevé pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> </ul> <p><b>Analyse plus poussée</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Il est possible de modifier cet indicateur de manière à mesurer chaque activité de dépistage séparément et, ainsi, examiner les taux associés à chacune.</li> </ul>
<b>Justification de l'indicateur</b>	<p>La détection et le traitement précoces de problèmes physiologiques chez les nourrissons, comme des problèmes de vue, d'audition et une luxation congénitale de la hanche, peuvent influencer considérablement les résultats associés à ces affections. La perte de l'audition est un trouble congénital courant qui touche jusqu'à 3 nourrissons pour 1 000 naissances vivantes<sup>1</sup>; de 5 % à 10 % des enfants d'âge préscolaire sont aux prises avec une déficience visuelle qui, si elle n'est pas prise en charge, peut nuire à l'acuité visuelle<sup>2</sup>.</p> <p>Des recherches indiquent que la détection d'une déficience auditive profonde au cours de la première année de vie peut grandement diminuer les problèmes d'élocution et d'apprentissage qui en résultent<sup>3</sup>. De plus, les tests réalisés pour trouver les causes de l'amblyopie peuvent contribuer à détecter cette affection et permettre son traitement précoce<sup>4</sup>. Une étude sur la luxation congénitale de la hanche révèle que les nourrissons chez qui le trouble a été diagnostiqué à la naissance subissent un moins grand nombre de chirurgies et connaissent de meilleurs résultats que ceux chez qui le diagnostic a été posé plus tard au cours de la première année de vie<sup>5</sup>.</p> <p>Selon le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP), il est possible de réduire le fardeau de la maladie si la luxation congénitale de la hanche est traitée durant le premier mois de vie, si l'alignement des yeux est corrigé avant l'âge de 24 mois et si les interventions à l'aide de prothèses auditives et d'une formation spéciale débutent avant l'âge de trois ans. Le GECSSP recommande de procéder à des examens répétés des hanches, des yeux et de l'ouïe, surtout au cours de la première année (recommandation A)<sup>3, 6</sup>.</p> <p>En outre, les dispensateurs de SSP peuvent exercer une grande influence sur le bien-être des enfants canadiens avec la planification de consultations régulières des nourrissons. Adopté en Ontario, le bilan de santé amélioré à 18 mois peut constituer un excellent modèle de surveillance et de promotion des principaux indicateurs de la santé et du bien-être infantiles. À cette fin, le Groupe de travail de la petite enfance de la Société canadienne de pédiatrie a encouragé en 2011, dans un document de principes, l'adoption d'un bilan de santé amélioré à 18 mois dans la totalité des provinces et des territoires, étayé par des lignes directrices standards<sup>7</sup>.</p>

**Test de dépistage des problèmes congénitaux  
(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)**

**Références**

1. Patel H, Feldman M. Universal newborn hearing screening. *Paediatr Child Health*. May, 2011;16(5):301-310. PM:22547950.
2. Vision screening in infants, children and youth. *Paediatr Child Health*. April, 2009;14(4):246-251. PM:20357924.
3. Feldman W. Well-Baby Care in the First 2 Years of Life. *Pediatric Preventive Care*. 1994;258-266. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/clinic-clinique/pdf/s2c24e.pdf>.
4. Vision screening in infants, children and youth. *Paediatr Child Health*. April, 2009;14(4):246-251. PM:20357924.
5. Dunn PM, Evans RE, Thearle MJ, Griffiths HE, Witherow PJ. Congenital dislocation of the hip: early and late diagnosis and management compared 2. *Arch Dis Child*. May, 1985;60(5):407-414. PM:4015144.
6. Patel H. Preventive health care, 2001 update: screening and management of developmental dysplasia of the hip in newborns. *CMAJ*. June 12, 2001;164(12):1669-1677. PM:11450209.
7. Williams R, Clinton J. Getting it right at 18 months: In support of an enhanced well-baby visit. *Paediatr Child Health*. 2011;16(10):647-650. <http://www.cps.ca/en/documents/position/enhanced-well-baby-visit>.

<b>Mesure de la tension artérielle</b> <b>(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires)</b>	
<b>Définition</b>	Pourcentage des patients âgés de 18 ans ou plus qui ont fait mesurer leur tension artérielle par leur dispensateur de soins de santé primaires (SSP).
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b> Nombre de personnes dans le dénominateur qui ont fait mesurer leur tension artérielle par leur dispensateur de SSP au cours des 15 derniers mois.  <b>Inclusions</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes dans le dénominateur</li> <li>• Personnes qui ont fait mesurer leur tension artérielle par leur dispensateur de SSP au cours des 15 derniers mois</li> </ul> <b>Exclusions</b> Aucune
	<b>Dénominateur</b> Nombre de clients ou de patients de 18 ans ou plus qui reçoivent des SSP.  <b>Inclusions</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clients ou patients qui reçoivent des SSP</li> <li>• Personnes âgées d'au moins 18 ans</li> </ul> <b>Exclusions</b> Aucune
<b>Source des données</b>	Dossier médical électronique
<b>Remarques</b>	<b>Définition des termes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un client ou patient qui reçoit des SSP est une personne qui a été en contact avec le dispensateur au moins une fois durant l'année précédente et qui a un dossier avec ce dispensateur depuis au moins deux ans.</li> </ul>
<b>Interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux élevé pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> </ul>

## Mesure de la tension artérielle

(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)

<b>Justification de l'indicateur</b>	<p>La tension artérielle élevée ou hypertension est un facteur de risque de maladies du cœur, de maladies cérébrovasculaires et autres maladies vasculaires<sup>1-5</sup>. Il s'agit également d'une cause importante d'invalidité et on la considère comme le principal facteur de risque de décès dans le monde, auquel on attribue quelque 7,5 millions de décès par année<sup>6</sup>.</p> <p>Lors de l'Enquête canadienne sur la santé cardio-vasculaire, menée de 1985 à 1992, on a pris des mesures directes de la tension artérielle partout au Canada et estimé à 22 % la prévalence de l'hypertension chez les Canadiens<sup>7</sup>. Depuis, des efforts considérables ont été déployés au pays pour accroître la prévention et la prise en charge et pour sensibiliser davantage la population à cette maladie<sup>8</sup>. Même si des améliorations ont été observées quant au diagnostic et au traitement de l'hypertension depuis la mise en place du Programme éducatif canadien sur l'hypertension<sup>9-11</sup>, il reste encore beaucoup à accomplir pour alléger le fardeau de la maladie<sup>12</sup>.</p> <p>La mesure de la tension artérielle par les dispensateurs de SSP est essentielle au diagnostic et au traitement de l'hypertension. En outre, elle constitue un outil de première ligne pour réduire la morbidité et la mortalité liées à l'hypertension.</p>
<b>Références</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Haider AW, Larson MG, Franklin SS, Levy D. Systolic blood pressure, diastolic blood pressure, and pulse pressure as predictors of risk for congestive heart failure in the Framingham Heart Study. <i>Ann Intern Med.</i> 7 janvier 2003;138(1):10-16. PM:12513039.</li> <li>Kannel WB, D'Agostino RB, Silbershatz H, Belanger AJ, Wilson PW, Levy D. Profile for estimating risk of heart failure. <i>Arch Intern Med.</i> 14 janvier 1999;159(11):1197-1204. PM:10371227.</li> <li>Lawes CM, Vander HS, Rodgers A. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. <i>Lancet.</i> 3 mai 2008; 371(9623):1513-1518. PM:18456100.</li> <li>Lee DS, Massaro JM, Wang TJ, et al. Antecedent blood pressure, body mass index, and the risk of incident heart failure in later life. <i>Hypertension.</i> Novembre 2007;50(5):869-876. PM:17893376.</li> <li>Lloyd-Jones DM, Larson MG, Leip EP, et al. Lifetime risk for developing congestive heart failure: the Framingham Heart Study. <i>Circulation.</i> 10 décembre 2002;106(24):3068-3072. PM:12473553.</li> </ol>

Mesure de la tension artérielle

(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)

6. Organisation mondiale de la Santé. *Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks*. Genève : Presse de l'Organisation mondiale de la Santé; 2009. [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalHealthRisks\\_report\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf).
7. Joffres MR, Ghadirian P, Fodor JG, Petrasovits A, Chockalingam A, Hamet P. Awareness, treatment, and control of hypertension in Canada. *Am J Hypertens*. Octobre 1997;10(10 Pt 1):1097-1102. PM:9370379.
8. Campbell NR. Hypertension prevention and control in Canada. *J Am Soc Hypertens*. Mars 2008;2(2):97-105. PM:20409891.
9. Campbell NR, McAlister FA, Brant R, et al. Temporal trends in antihypertensive drug prescriptions in Canada before and after introduction of the Canadian Hypertension Education Program. *J Hypertens*. Août 2003;21(8):1591-1597. PM:12872055.
10. Campbell NR, Tu K, Brant R, Duong-Hua M, McAlister FA. The impact of the Canadian Hypertension Education Program on antihypertensive prescribing trends. *Hypertension*. Janvier 2006;47(1):22-28. PM:16344380.
11. Onysko J, Maxwell C, Eliasziw M, Zhang JX, Johansen H, Campbell NR. Large increases in hypertension diagnosis and treatment in Canada after a healthcare professional education program. *Hypertension*. Novembre 2006;48(5):853-860. PM:16982958.
12. Wilkins K., Campbell N. R., Joffres M. R., et al. *Blood Pressure in Canadian Adults*. Ottawa, ON : Statistique Canada; mars 2010. <http://www.statcan.gc.ca/healthreports>. Consulté le 26 juillet 2012. 82-003-XPE.

**Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints de coronaropathie  
(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires)**

<b>Définition</b>	<p>Pourcentage des patients âgés de 18 ans et plus qui sont atteints de coronaropathie et qui ont subi tous les tests suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• établissement du profil lipidique à jeun;</li> <li>• mesure de la tension artérielle;</li> <li>• dépistage de l'obésité ou du surpoids.</li> </ul>	
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b>	<p>Nombre de clients ou de patients qui reçoivent des soins de santé primaires (SSP) et qui ont subi tous les tests suivants au cours des 12 derniers mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• établissement du profil lipidique à jeun;</li> <li>• mesure de la tension artérielle;</li> <li>• dépistage de l'obésité ou du surpoids.</li> </ul> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes dans le dénominateur</li> <li>• Personnes dont le profil lipidique a été établi au cours des 12 derniers mois</li> <li>• Personnes qui ont fait mesurer leur tension artérielle par leur dispensateur de SSP au cours des 12 derniers mois</li> <li>• Personnes qui répondent à au moins un des critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>– mesure du poids corporel par leur dispensateur de SSP au cours des 12 derniers mois</li> <li>– mesure du tour de taille par leur dispensateur de SSP au cours des 12 derniers mois</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
	<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre de clients ou de patients de 18 ans ou plus qui reçoivent des SSP et qui sont atteints de coronaropathie.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clients ou patients qui reçoivent des SSP</li> <li>• Personnes âgées d'au moins 18 ans</li> <li>• Personnes ayant reçu un diagnostic de coronaropathie</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>

Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints de coronaropathie (Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)

<b>Source des données</b>	Dossier médical électronique
<b>Remarques</b>	<p><b>Définition des termes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un client ou patient qui reçoit des SSP est une personne qui a été en contact avec le dispensateur au moins une fois durant l'année précédente et qui a un dossier avec ce dispensateur depuis au moins deux ans.</li> <li>• Coronaropathie (avec ou sans angine) : Les exemples incluent des clients ou des patients qui ont subi un infarctus du myocarde ou une revascularisation, qui sont atteints d'athérosclérose coronarienne démontrée par angiographie ou qui présentent des signes d'ischémie myocardique probants détectés par des techniques non invasives<sup>1</sup>.</li> <li>• L'établissement du profil lipidique complet à jeun consiste en une série d'analyses sanguines effectuées après un jeûne de 14 heures et qui aident les dispensateurs de SSP à déterminer le traitement d'une personne à risque. Le profil lipidique comprend un test de cholestérol total, de cholestérol à lipoprotéines de haute densité (HDL), de cholestérol à lipoprotéines de faible densité (LDL) et de triglycérides. Le rapport d'analyse peut également indiquer le rapport cholestérol total-cholestérol HDL ou une évaluation du risque fondée sur les résultats du profil lipidique, de l'âge, du sexe et d'autres facteurs de risque<sup>2</sup>.</li> <li>• Le dépistage de l'obésité ou du surpoids peut inclure les mesures suivantes :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– l'indice de masse corporelle (IMC), une méthode d'évaluation du poids qui prend en considération la taille et que l'on obtient en divisant le poids par la taille au carré<sup>3</sup>;</li> <li>– le rapport taille-hanches : bien que l'IMC soit un indicateur d'obésité, sa capacité à prédire le risque d'événements cardiovasculaires présente certaines limites. Des études ont montré que la mesure du rapport taille-hanches permet de prédire le risque cardiovasculaire. L'obésité, en particulier l'adiposité abdominale, vient assombrir le pronostic des clients et des patients atteints de maladie cardiovasculaire<sup>4</sup>.</li> </ul> </li> </ul>

## Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints de coronaropathie (Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)

<p><b>Interprétation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux élevé pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> </ul> <p><b>Analyse plus poussée</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• L'indicateur peut être modifié pour mesurer chacun des tests séparément afin de permettre l'analyse des taux associés à chaque test.</li> <li>• L'indicateur peut également être modifié pour augmenter la période de tests au-delà de 12 mois afin de connaître le temps nécessaire à l'exécution de tous les tests.</li> </ul>
<p><b>Justification de l'indicateur</b></p>	<p>La coronaropathie est la forme la plus courante de maladie du cœur. Elle survient lorsque les artères qui transportent le sang jusqu'au cœur sont obstruées par de la plaque, une substance formée de dépôts gras, comme du cholestérol. Au fil du temps, une athérosclérose, ou resserrement des artères, se forme. La coronaropathie peut causer de l'angine et constitue une cause importante de graves problèmes de santé, comme les crises cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux.</p> <p>En 2008, les maladies du cœur représentaient la deuxième principale cause de décès au Canada, comptant pour 21 % de tous les décès, auxquels il faut ajouter ceux par accident vasculaire cérébral (6 %) <sup>5</sup>. Environ 1,6 million de Canadiens souffrent d'une maladie du cœur ou vivent avec les effets d'un accident vasculaire cérébral. Les maladies du cœur deviennent plus fréquentes avec l'âge et touchent environ 15 % des Canadiens de 65 à 74 ans et 23 % de ceux de 75 ans et plus <sup>5, 6</sup>. La prévalence des maladies du cœur devrait augmenter au Canada au cours des 10 prochaines années, en raison surtout du mode de vie de plus en plus sédentaire et des taux croissants de surpoids, d'obésité et de diabète <sup>7</sup>.</p> <p>Selon des études épidémiologiques, les principaux facteurs de risque modifiables de coronaropathie sont le tabagisme, le diabète sucré, le cholestérol (évalué selon le cholestérol total, le cholestérol LDL et le niveau d'apolipoprotéine B), la tension artérielle ainsi que le surpoids et l'obésité <sup>8, 9</sup>. Le fait de ne pas consommer la quantité recommandée de fruits et de légumes, l'inactivité physique et le stress figurent également au nombre des facteurs de risque <sup>6, 7</sup>.</p> <p>En procédant au dépistage des facteurs de risque modifiables de coronaropathie et en mettant en œuvre des mesures de prévention secondaires, les dispensateurs de SSP jouent un rôle essentiel dans la réduction du risque de décès prématuré et d'incapacité chez les Canadiens atteints de coronaropathie.</p>

Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints de coronaropathie (Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)

Références

1. Institute for Clinical Systems Improvement (ICS). Stable Coronary Artery Disease. [http://www.icsi.org/coronary\\_artery\\_disease/coronary\\_artery\\_disease\\_\\_stable\\_.html](http://www.icsi.org/coronary_artery_disease/coronary_artery_disease__stable_.html). Dernière modification en 2011. Consulté en juillet 2012.
2. American Association for Clinical Chemistry. Lipid Profile. <http://labtestsonline.org/understanding/analytes/lipid/tab/glance>. Dernière modification le 4 janvier 2009. Consulté en juillet 2012.
3. Hux J. E., Booth G.L., Slaughter P. M., et Laupacis A. *Diabetes in Ontario: An ICES Practice Atlas*. Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2003. [http://www.ices.on.ca/file/DM\\_Intro.pdf](http://www.ices.on.ca/file/DM_Intro.pdf). Consulté en juillet 2012.
4. Dagenais GR, Yi Q, Mann JF, Bosch J, Pogue J, Yusuf S. Prognostic impact of body weight and abdominal obesity in women and men with cardiovascular disease. *Am Heart J*. Janvier 2005;149(1):54-60. PM:15660034.
5. Statistique Canada. *Leading Causes of Death in Canada*. 2008. <http://www.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=84-215-X&lang=eng>. (84-215-XWE).
6. Agence de la santé publique du Canada. *Tracking Heart Disease & Stroke in Canada – 2009*. 2009. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2009/cvd-avc/pdf/cvd-avs-2009-eng.pdf>.
7. 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*. Octobre 2009;25(10):567-579. PM:19812802.
8. Smith SC, Jr., Allen J, Blair SN, et al. AHA/ACC guidelines for secondary prevention for patients with coronary and other atherosclerotic vascular disease: 2006 update: endorsed by the National Heart, Lung, and Blood Institute. *Circulation*. Le 16 mai 2006;113(19):2363-2372. PM:16702489.
9. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. Le 11 septembre 2004;364(9438):937-952. PM:15364185.

**Dépistage chez les adultes atteints de diabète**  
 (Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires)

<b>Définition</b>	<p>Pourcentage des patients âgés de 18 ans ou plus qui sont atteints de diabète sucré et qui ont subi tous les tests suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• évaluation du taux d'hémoglobine A1c (HbA1c);</li> <li>• établissement du profil lipidique complet à jeun;</li> <li>• dépistage de la néphropathie (p. ex. rapport albumine-créatinine, microalbuminurie);</li> <li>• examen des pieds;</li> <li>• mesure de la tension artérielle;</li> <li>• dépistage de l'obésité ou du surpoids.</li> </ul>	
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b>	<p>Nombre de personnes dans le dénominateur qui ont subi tous les tests suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• au moins deux évaluations du taux d'hémoglobine HbA1c au cours des 12 derniers mois;</li> <li>• établissement du profil lipidique complet à jeun au cours des 36 derniers mois;</li> <li>• dépistage de la néphropathie (p. ex. rapport albumine-créatinine, microalbuminurie) au cours des 12 derniers mois;</li> <li>• examen des pieds au cours des 12 derniers mois;</li> <li>• mesure de la tension artérielle au cours des 12 derniers mois;</li> <li>• dépistage de l'obésité ou du surpoids au cours des 12 derniers mois.</li> </ul> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes dans le dénominateur</li> <li>• Personnes qui ont subi au moins deux évaluations du taux d'hémoglobine HbA1c au cours des 12 derniers mois</li> <li>• Personnes dont le profil lipidique a été établi au cours des 36 derniers mois</li> <li>• Personnes qui ont subi un dépistage de la néphropathie au cours des 12 derniers mois</li> <li>• Personnes qui ont subi un examen des pieds par leur dispensateur de soins de santé primaires (SSP) au cours des 12 derniers mois</li> <li>• Personnes qui ont fait mesurer leur tension artérielle par leur dispensateur de SSP au cours des 12 derniers mois</li> </ul>

Dépistage chez les adultes atteints de diabète (Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes qui répondent à au moins un des critères suivants :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– mesure de leur poids corporel par leur dispensateur de SSP au cours des 12 derniers mois</li> <li>– mesure de leur tour de taille par leur dispensateur de SSP au cours des 12 derniers mois</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Exclusions</b> Aucune</p>
<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre de clients ou de patients âgés de 18 ans ou plus qui reçoivent des SSP et qui sont atteints de diabète sucré.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clients ou patients qui reçoivent des SSP</li> <li>• Personnes âgées d'au moins 18 ans</li> <li>• Personnes avec diagnostic de diabète sucré</li> </ul> <p><b>Exclusions</b> Aucune</p>
<b>Source des données</b>	Dossier médical électronique
<b>Remarques</b>	<p><b>Définition des termes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un client ou patient qui reçoit des SSP est une personne qui a été en contact avec le dispensateur au moins une fois durant l'année précédente et qui a un dossier avec ce dispensateur depuis au moins deux ans.</li> <li>• L'établissement du profil lipidique complet à jeun consiste en une série d'analyses sanguines effectuées après un jeûne de 14 heures et qui aident les dispensateurs de SSP à déterminer le traitement d'une personne à risque. Le profil lipidique comprend un test de cholestérol total, de cholestérol à lipoprotéines de haute densité (HDL), de cholestérol à lipoprotéines de faible densité (LDL) et de triglycérides. Le rapport d'analyse peut également indiquer le rapport cholestérol total-cholestérol HDL ou une évaluation du risque fondée sur les résultats du profil lipidique, de l'âge, du sexe et d'autres facteurs de risque<sup>1</sup>.</li> </ul>

## Dépistage chez les adultes atteints de diabète (Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'évaluation du taux d'hémoglobine A1c (également appelée test HbA1c ou A1c, ou hémoglobine glyquée ou glycosylée) est une analyse en laboratoire qui permet de connaître le taux moyen de glucose sur une période de deux à trois mois<sup>2</sup></li> <li>• Le dépistage de l'obésité ou du surpoids peut inclure les mesures suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>– l'indice de masse corporelle (IMC), une méthode d'évaluation du poids qui prend en considération la taille et que l'on obtient en divisant le poids par la taille au carré<sup>2</sup>;</li> <li>– le rapport taille-hanches : bien que l'IMC soit un indicateur d'obésité, sa capacité à prédire le risque d'événements cardiovasculaires présente certaines limites. Des études ont montré que la mesure du rapport taille-hanches permet de prédire le risque cardiovasculaire. L'obésité, en particulier l'adiposité abdominale, vient assombrir le pronostic des clients et des patients atteints de maladie cardiovasculaire<sup>3</sup>.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux élevé pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> </ul> <p><b>Analyse plus poussée</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cet indicateur peut être modifié pour mesurer chacun des tests séparément afin de permettre l'analyse des taux associés à chaque test.</li> </ul>
<b>Justification de l'indicateur</b>	<p>Le diabète sucré correspond à un groupe de maladies caractérisées par une augmentation du taux de glucose dans le sang (la glycémie). Quatre-vingt-dix pour cent des personnes souffrant de diabète présentent un diabète de type 2, lequel se caractérise par l'incapacité du pancréas à produire de l'insuline en quantité suffisante ou par l'incapacité de l'organisme à utiliser efficacement l'insuline produite. Le diabète de type 2 se développe généralement à l'âge adulte. Les 10 pour cent restants sont atteints de diabète de type 1, lequel se développe pendant l'enfance ou l'adolescence et est lié à l'incapacité du pancréas à produire de l'insuline. Le diabète peut entraîner de graves complications et la mort, mais les personnes qui en souffrent peuvent collaborer avec leur dispensateur de SSP pour prendre en charge la maladie et réduire le risque de complications.</p> <p>On estime à 2,4 millions (6,8 %) le nombre de Canadiens atteints de diabète<sup>4</sup>. La prévalence de cette maladie est en hausse au Canada, en particulier chez les jeunes, une situation qui s'explique en partie par l'augmentation des taux de surpoids et d'obésité. Selon un rapport publié récemment, les Canadiens diabétiques sont 3 fois plus susceptibles d'être hospitalisés en raison d'une maladie cardiovasculaire, 12 fois plus</p>

**Dépistage chez les adultes atteints de diabète  
(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)**

susceptibles d'être hospitalisés en raison d'une insuffisance rénale au stade terminal et 20 fois plus susceptibles d'être hospitalisés en raison de l'amputation non traumatique d'un membre inférieur que ceux ne souffrant pas de diabète<sup>4</sup>.

Les principaux facteurs de risque de complications chez les adultes atteints de diabète sont le surpoids ou l'obésité, surtout autour de la ceinture abdominale, une glycémie élevée, l'hypertension, un taux de cholestérol élevé et l'inactivité physique. De plus, les risques de maladie cardiovasculaire augmentent de façon marquée chez la plupart des adultes diabétiques<sup>5</sup>.

Les mesures de prévention secondaire peuvent contribuer à éviter les complications liées au diabète. Les lignes directrices recommandent une prise en charge très active chez les personnes diabétiques et l'application des mesures de prévention suivantes : contrôle de la tension artérielle, évaluation du taux d'hémoglobine HbA1c tous les trois mois aux fins de contrôle et de maintien de la glycémie avec suivi régulier du patient au besoin, établissement du profil lipidique à jeun, dépistage des néphropathies, examens des pieds et prise en charge du diabète sucré sur le plan des habitudes de vie, ce qui inclut le maintien d'un poids santé et l'activité physique quotidienne<sup>5, 6</sup>.

**Références**

1. American Association for Clinical Chemistry. Lipid Profile. <http://labtestsonline.org/understanding/analytes/lipid/tab/glance>. Dernière modification le 14 janvier 2009. Consulté en juillet 2012.
2. Hux J. E., Booth G.L., Slaughter P. M., et Laupacis A. *Diabetes in Ontario: An ICES Practice Atlas*. Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2003. [http://www.ices.on.ca/file/DM\\_Intro.pdf](http://www.ices.on.ca/file/DM_Intro.pdf). Consulté en juillet 2012.
3. Dagenais GR, Yi Q, Mann JF, Bosch J, Pogue J, Yusuf S. Prognostic impact of body weight and abdominal obesity in women and men with cardiovascular disease. *Am Heart J*. Janvier 2005;149(1):54-60. PM:15660034.
4. Agence de la santé publique du Canada. *Diabetes in Canada: Facts and Figures From a Public Health Perspective*. 2011. <http://www.phac-aspc.gc.ca/cd-mc/publications/diabetes-diabete/facts-figures-faits-chiffres-2011/pdf/facts-figures-faits-chiffres-eng.pdf>.

Dépistage chez les adultes atteints de diabète  
(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)

5. Association canadienne du diabète. Canadian Diabetes Association 2008 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. *Canadian Journal of Diabetes*. 2008;32(Supplément 1) <http://www.diabetes.ca/files/cpg2008/cpg-2008.pdf>.
6. Guidelines and Protocols Advisory Committee. *Diabetes Care*. Medical Services Commission, British Columbia Ministry of Health; le 1<sup>er</sup> septembre 2010. <http://www.bcguidelines.ca/pdf/diabetes.pdf>.

**Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints d'hypertension  
(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires)**

<b>Définition</b>	<p>Pourcentage des patients âgés de 18 ans et plus qui sont atteints d'hypertension et qui ont subi tous les tests suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• évaluation du taux de glycémie à jeun;</li> <li>• mesure de la tension artérielle;</li> <li>• dépistage de l'obésité ou du surpoids.</li> </ul>	
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b>	<p>Nombre de personnes dans le dénominateur qui ont subi tous les tests suivants au cours des 12 derniers mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• évaluation du taux de glycémie à jeun;</li> <li>• mesure de la tension artérielle;</li> <li>• dépistage de l'obésité ou du surpoids.</li> </ul> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes dans le dénominateur</li> <li>• Personnes qui ont fait mesurer leur tension artérielle par leur dispensateur de soins de santé primaires (SSP) au cours des 12 derniers mois</li> <li>• Personnes qui répondent à au moins un des critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>– mesure de leur poids corporel par leur dispensateur de SSP au cours des 12 derniers mois</li> <li>– mesure de leur tour de taille par leur dispensateur de SSP au cours des 12 derniers mois</li> </ul> </li> <li>• Personnes qui répondent à au moins un des critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>– évaluation du taux de glycémie au cours des 12 derniers mois</li> <li>– diagnostic de diabète sucré</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
	<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre de clients ou de patients de 18 ans ou plus qui reçoivent des SSP et qui sont atteints d'hypertension.</p>

**Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints d'hypertension  
(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)**

	<p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clients ou patients qui reçoivent des SSP</li> <li>• Personnes âgées d'au moins 18 ans</li> <li>• Personnes ayant reçu un diagnostic d'hypertension</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Femmes enceintes</p>
<b>Source des données</b>	Dossier médical électronique
<b>Remarques</b>	<p><b>Définition des termes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un client ou patient qui reçoit des SSP est une personne qui a été en contact avec le dispensateur au moins une fois durant l'année précédente et qui a un dossier avec ce dispensateur depuis au moins deux ans.</li> <li>• L'établissement du profil lipidique complet à jeun consiste en une série d'analyses sanguines effectuées après un jeûne de 14 heures et qui aident les dispensateurs de SSP à déterminer le traitement d'une personne à risque. Le profil lipidique comprend un test de cholestérol total, de cholestérol HDL, de cholestérol LDL et de triglycérides. Le rapport d'analyse peut également indiquer le rapport cholestérol total-cholestérol HDL ou une évaluation du risque fondée sur les résultats du profil lipidique, de l'âge, du sexe et d'autres facteurs de risque<sup>1</sup>.</li> <li>• L'évaluation du taux d'hémoglobine A1c (également appelée test HbA1c ou A1c, ou hémoglobine glyquée ou glycosylée) est une analyse en laboratoire qui permet de connaître le taux moyen de glucose sur une période de deux à trois mois<sup>2</sup>.</li> <li>• Le dépistage de l'obésité ou du surpoids peut inclure les mesures suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>– l'indice de masse corporelle (IMC), une méthode d'évaluation du poids qui prend en considération la taille et que l'on obtient en divisant le poids par la taille au carré<sup>2</sup>;</li> <li>– le rapport taille-hanches : bien que l'IMC soit un indicateur d'obésité, sa capacité à prédire le risque d'événements cardiovasculaires présente certaines limites. Des études ont montré que la mesure du rapport taille-hanches permet de prédire le risque cardiovasculaire. L'obésité, en particulier l'adiposité abdominale, vient assombrir le pronostic des clients et des patients atteints de maladie cardiovasculaire<sup>3</sup>.</li> </ul> </li> </ul>

Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints d'hypertension (Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)

<p><b>Interprétation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux élevé pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> </ul> <p><b>Analyse plus poussée</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cet indicateur peut être modifié pour mesurer chacun des tests séparément afin de permettre l'analyse des taux associés à chaque test.</li> </ul>
<p><b>Justification de l'indicateur</b></p>	<p>La tension artérielle élevée, ou hypertension, est un facteur de risque de maladies du cœur, de maladies cérébrovasculaires et autres maladies vasculaires<sup>4-8</sup>. Il s'agit également d'une cause importante d'invalidité et on la considère comme le principal facteur de risque de décès dans le monde, auquel on attribue quelque 7,5 millions de décès par an<sup>9</sup>.</p> <p>Selon une étude récente, basée sur les résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009, le pourcentage d'adultes canadiens atteints d'hypertension est estimé à 19 %<sup>10</sup>. Malgré d'importantes améliorations au chapitre du diagnostic et du traitement de l'hypertension au Canada, des résultats récents laissent croire que cette maladie n'est pas maîtrisée chez 34 % des adultes qui en sont atteints<sup>10</sup>.</p> <p>Environ 90 % des Canadiens atteints d'hypertension présentent d'autres risques de maladies cardiovasculaires<sup>11</sup>. Les lignes directrices 2011 du Programme éducatif canadien sur l'hypertension recommandent de procéder au dépistage et à l'évaluation des facteurs de risque modifiables afin de promouvoir un mode de vie sain et de prévenir les maladies cardiovasculaires. Ces mesures de prévention secondaire incluent l'analyse des urines, l'évaluation de la tension artérielle, l'analyse de la composition chimique du sang (potassium, sodium et créatinine), l'évaluation de la glycémie à jeun, le test de cholestérol total à jeun, le test de cholestérol à lipoprotéines de haute densité (HDL), de cholestérol à lipoprotéines de faible densité (LDL) et de triglycérides à jeun, la réduction de la consommation de sodium, l'arrêt du tabagisme, la réduction de l'obésité abdominale et le maintien d'un poids santé<sup>12</sup>.</p> <p>Un dépistage complet et la prise en charge d'autres facteurs de risque, outre l'hypertension, peuvent réduire de moitié le risque de maladies cardiovasculaires. Les dispensateurs de SSP jouent un rôle essentiel dans l'évaluation et la prise en charge de ces facteurs de risque supplémentaires chez les Canadiens atteints d'hypertension susceptibles de développer une maladie cardiovasculaire.</p>

Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints d'hypertension  
(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)

Références

1. American Association for Clinical Chemistry. Lipid Profile. <http://labtestsonline.org/understanding/analytes/lipid/tab/glance>. Dernière modification le 4 janvier 2009. Consulté en juillet 2012.
2. Hux J. E., Booth G.L., Slaughter P. M., and Laupacis A. *Diabetes in Ontario: An ICES Practice Atlas*. Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2003. [http://www.ices.on.ca/file/DM\\_Intro.pdf](http://www.ices.on.ca/file/DM_Intro.pdf). Consulté en juillet 2012.
3. Dagenais GR, Yi Q, Mann JF, Bosch J, Pogue J, Yusuf S. Prognostic impact of body weight and abdominal obesity in women and men with cardiovascular disease. *Am Heart J*. Janvier 2005;149(1):54-60. PM:15660034.
4. Haider AW, Larson MG, Franklin SS, Levy D. Systolic blood pressure, diastolic blood pressure, and pulse pressure as predictors of risk for congestive heart failure in the Framingham Heart Study. *Ann Intern Med*. Le 7 janvier 2003;138(1):10-16. PM:12513039.
5. Kannel WB, D'Agostino RB, Silbershatz H, Belanger AJ, Wilson PW, Levy D. Profile for estimating risk of heart failure. *Arch Intern Med*. Le 14 janvier 1999;159(11):1197-1204. PM:10371227.
6. Lawes CM, Vander HS, Rodgers A. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *Lancet*. Le 3 mai 2008; 371(9623):1513-1518. PM:18456100.
7. Lee DS, Massaro JM, Wang TJ, et al. Antecedent blood pressure, body mass index, and the risk of incident heart failure in later life. *Hypertension*. Novembre 2007;50(5):869-876. PM:17893376.
8. Lloyd-Jones DM, Larson MG, Leip EP, et al. Lifetime risk for developing congestive heart failure: the Framingham Heart Study. *Circulation*. Le 10 décembre 2002;106(24):3068-3072. PM:12473553.
9. Organisation mondiale de la Santé. *Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks*. Genève : Presse de l'Organisation mondiale de la Santé; 2009. [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GlobalHealthRisks\\_report\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf).

Dépistage des facteurs de risque modifiables chez les adultes atteints d'hypertension  
(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)

10. Wilkins K., Campbell N. R., Joffres M. R., et al. *Blood Pressure in Canadian Adults*. Ottawa, ON : Statistique Canada; Mars 2010. <http://www.statcan.gc.ca/healthreports>. Consulté le 26 juillet 2012. (82-003-XPE).
  11. Khan N, Chockalingam A, Campbell NR. Lack of control of high blood pressure and treatment recommendations in Canada. *Canadian Journal of Cardiology*. Juin 2002;18(6):657-661.
  12. *2012 Canadian Recommendations for the Management of Hypertension*. Programme éducatif canadien sur l'hypertension; 2012. [http://www.hypertension.ca/images/2012\\_CHEPFullRecommendations\\_EN\\_HCP1009.pdf](http://www.hypertension.ca/images/2012_CHEPFullRecommendations_EN_HCP1009.pdf). Consulté le 16 juillet 2012.
-

<b>Traitement de la dyslipidémie</b> <b>(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires)</b>	
<b>Définition</b>	<p>Pourcentage des patients âgés de 18 ans ou plus qui souffrent de coronaropathie avérée avec taux élevé de cholestérol à lipoprotéines à faible densité (LDL) et qui ont reçu des conseils sur leur mode de vie ou des médicaments hypolipidémiants.</p>
<b>Méthode de calcul</b>	<p><b>Numérateur</b></p> <p>Nombre de personnes dans le dénominateur qui ont reçu des conseils sur leur mode de vie ou des médicaments hypolipidémiants au cours des 12 derniers mois.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes dans le dénominateur</li> <li>• Personnes qui ont reçu des conseils sur leur mode de vie au cours des 12 derniers mois</li> <li>• Personnes qui répondent à au moins un des critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>– personnes auxquelles un médicament hypolipémiant a été prescrit au cours des 12 derniers mois</li> <li>– personnes qui présentent une contre-indication aux médicaments hypolipémiants</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
	<p><b>Dénominateur</b></p> <p>Nombre de clients ou de patients de 18 ans et plus qui reçoivent des soins de santé primaires (SSP) qui souffrent de coronaropathie avérée avec taux élevé de cholestérol LDL (c.-à-d. supérieur à 2,0 mmol/L).</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clients ou patients qui reçoivent des SSP</li> <li>• Personnes âgées d'au moins 18 ans</li> <li>• Personnes qui ont reçu un diagnostic de coronaropathie</li> <li>• Personnes dont le taux de cholestérol LDL est supérieur à 2,0 mmol/L</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
<b>Source des données</b>	Dossier médical électronique

**Traitement de la dyslipidémie  
(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)**

<p><b>Remarques</b></p>	<p><b>Définition des termes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un client ou patient qui reçoit des SSP est une personne qui a été en contact avec le dispensateur au moins une fois durant l'année précédente et qui a un dossier avec ce dispensateur depuis au moins deux ans.</li> <li>• Coronaropathie (avec ou sans angine) : Les exemples incluent des clients ou des patients qui ont subi un infarctus du myocarde ou une revascularisation, qui sont atteints d'athérosclérose coronarienne démontrée par angiographie ou qui présentent des signes d'ischémie myocardique probants détectés par des techniques non invasives<sup>1</sup>.</li> <li>• LDL : type de lipoprotéines qui transportent le cholestérol dans le sang. Leur présence n'est pas souhaitable, car elles produisent des dépôts de cholestérol sur les parois des vaisseaux sanguins et contribuent au durcissement des artères et aux maladies du cœur. C'est pourquoi le cholestérol LDL est souvent appelé mauvais cholestérol. L'analyse du taux de cholestérol LDL permet de déterminer sa concentration dans le sang<sup>2</sup>.</li> <li>• Les médicaments hypolipémiants englobent les classes de médicaments suivants : les statines, les chélateurs des acides biliaires et les inhibiteurs de l'absorption du cholestérol, les fibrates et la niacine<sup>3</sup>.</li> <li>• Les conseils sur le mode de vie relatifs au traitement de la dyslipidémie incluent de l'information sur l'arrêt du tabagisme; l'adoption d'une alimentation faible en sodium et en sucres simples avec remplacement des gras saturés et trans par des gras non saturés, et riche en fruits et légumes; des restrictions caloriques en vue d'atteindre et de maintenir un poids santé; des exercices modérés à vigoureux pendant 30 à 60 minutes tous les jours de la semaine (de préférence) et une gestion psychologique du stress<sup>3</sup>.</li> </ul>
<p><b>Interprétation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux élevé pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> </ul>

## Traitement de la dyslipidémie

(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)

### Justification de l'indicateur

En 2008, les maladies cardiovasculaires représentaient la deuxième principale cause de décès au Canada, comptant pour 21 % de tous les décès, auxquels il faut ajouter ceux par accident vasculaire cérébral (6 %)<sup>4</sup>. Environ huit millions de Canadiens souffrent d'une maladie du cœur ou d'une maladie touchant les vaisseaux sanguins, ou présentent des risques d'accident vasculaire cérébral. La coronaropathie est la forme la plus courante de maladie cardiovasculaire<sup>5</sup>. Le principal facteur de risque lié à la maladie cardiovasculaire est un taux élevé de cholestérol, plus précisément de cholestérol LDL<sup>6</sup>.

Les lignes directrices canadiennes mettent l'accent sur le risque global de maladie cardiovasculaire au moyen de l'échelle d'évaluation du risque de Framingham<sup>6</sup>. En 2009, les lignes directrices ont fusionné les cibles de traitement des patients qui présentent des risques modérés et élevés et recommandent pour ces deux catégories de patients des valeurs cibles de lipides de moins de 2,0 mmol/L **ou** une réduction de 50 % du taux de cholestérol LDL pré-traitement. De plus, chez les hommes de 50 ans ou plus et les femmes de 60 ans ou plus appartenant à la catégorie de risque modéré, pour qui le taux de cholestérol LDL n'indique pas encore la nécessité d'un traitement, la protéine C-réactive à grande sensibilité (hsCRP) peut être utilisée pour l'évaluation des risques. Chez ces patients, un traitement est indiqué lorsque le taux de hsCRP est supérieur à 2 mg/L<sup>3</sup>.

Pour les personnes à risque élevé, les lignes directrices recommandent un traitement pharmacologique accompagné d'une modification des habitudes de vie. Pour les personnes présentant un risque modéré, les lignes directrices recommandent une modification des habitudes de vie, suivie d'un traitement médicamenteux si les cibles ne sont pas atteintes<sup>3</sup>. Les changements recommandés au mode de vie, qui s'appliquent également à la prévention précoce de l'athérosclérose et des lésions vasculaires, incluent l'arrêt du tabagisme, une alimentation saine, une réduction de la consommation de gras saturés et de sucres raffinés, une réduction du poids corporel et le maintien d'un poids santé, de l'activité physique quotidienne et une gestion du stress<sup>3</sup>.

Le dispensateur de SSP remplit un rôle essentiel auprès des Canadiens qui souffrent de dyslipidémie et de coronaropathie, non seulement en ce qui a trait au diagnostic et au traitement pharmacologique, mais également pour recommander aux patients des changements de mode de vie indispensables à la prise en charge efficace de ces maladies et pour les soutenir dans leur démarche.

Traitement de la dyslipidémie  
(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)

Références

1. Institute for Clinical Systems Improvement (ICS). Stable Coronary Artery Disease. [http://www.icsi.org/coronary\\_artery\\_disease/coronary\\_artery\\_disease\\_\\_stable\\_.html](http://www.icsi.org/coronary_artery_disease/coronary_artery_disease__stable_.html). Dernière modification en 2011. Consulté en juillet 2012.
2. American Association for Clinical Chemistry. LDL Cholesterol. <http://labtestsonline.org/understanding/analytes/ldl>. Dernière modification le 10 février 2012. Consulté le 27 août 2012.
3. 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*. Octobre 2009;25(10):567-579. PMID:19812802.
4. Statistique Canada. *Leading Causes of Death in Canada*. 2008. <http://www.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=84-215-X&lang=eng>. (84-215-XWE).
5. Institut de recherche en santé du Canada. Health Research - Investing in Canada's Future 2003-2004. <http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/24939.html>. Dernière modification le 7 mai 2012. Consulté le 27 août 2012.
6. Lau D. Gupta M. Pearson G. New Canadian Guidelines for the Diagnosis and Management of Dyslipidemia, 2009 Update. [http://www.canadianhealthcarenetwork.ca/files/2010/02/Dyslipidemia\\_Guidelines\\_Feb2010.pdf](http://www.canadianhealthcarenetwork.ca/files/2010/02/Dyslipidemia_Guidelines_Feb2010.pdf). Dernière modification le 9 février 2010. Consulté le 27 août 2012.

**Traitement d'un infarctus aigu du myocarde**  
**(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires)**

<b>Définition</b>	Pourcentage des patients qui ont subi un infarctus aigu du myocarde (IAM) et auxquels un médicament bêtabloquant est actuellement prescrit.	
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b>	<p>Nombre de personnes dans le dénominateur auxquelles un médicament bêtabloquant est actuellement prescrit.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes dans le dénominateur</li> <li>• Personnes répondant à au moins un des critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>– personnes auxquelles un médicament bêtabloquant a été prescrit au cours des 12 derniers mois</li> <li>– personnes qui présentent une contre-indication aux médicaments bêtabloquants</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
	<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre de clients ou de patients qui reçoivent des soins de santé primaires et qui ont subi un IAM au cours des 12 à 24 derniers mois.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clients ou patients qui reçoivent des SSP</li> <li>• Personnes qui ont subi un IAM au cours des 12 à 24 derniers mois</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
<b>Source des données</b>	Dossier médical électronique	
<b>Remarques</b>	<p><b>Définition des termes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un client ou patient qui reçoit des SSP est une personne qui a été en contact avec le dispensateur au moins une fois durant l'année précédente et qui a un dossier avec ce dispensateur depuis au moins deux ans.</li> </ul>	
<b>Interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux élevé pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> </ul>	

**Traitement d'un infarctus aigu du myocarde  
(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)**

<p><b>Justification de l'indicateur</b></p>	<p>Une crise cardiaque, ou accident vasculaire cérébral, est un événement potentiellement mortel qui survient lorsque les artères coronaires qui transportent le sang jusqu'aux muscles du cœur sont soudainement bloquées. Une section du muscle cardiaque peut être endommagée ou mourir en raison de l'irrigation insuffisante. Les crises cardiaques constituent l'une des principales causes de morbidité et de mortalité au Canada<sup>1</sup>. En 2008-2009, plus de 66 000 Canadiens ont été hospitalisés en raison d'une crise cardiaque, et environ 3,4 % d'entre eux ont subi plus d'une crise cardiaque en un an<sup>2</sup>.</p> <p>Les patients qui ont fait une crise cardiaque et ceux atteints d'une maladie cardiovasculaire avérée présentent un risque de récurrence très élevé<sup>3</sup>. Des lignes directrices fondées sur des données probantes recommandent la prise de bêtabloquants comme traitement de première ligne contre l'hypertension chez les patients qui ont subi un IAM et ceux souffrant d'une coronaropathie et d'angine. Un traitement à base d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) est recommandé aux patients qui sont atteints de diabète sucré ou qui présentent des antécédents d'IAM, surtout s'il y a dysfonctionnement systolique ventriculaire gauche<sup>4, 5</sup>.</p> <p>Malgré la diffusion à grande échelle des lignes directrices pour la prise en charge des patients victimes d'un IAM, beaucoup de patients ne reçoivent pas le traitement recommandé. De 1997 à 2000, les taux de prescription de bêtabloquants dans les 30 jours suivant l'obtention du congé de l'hôpital chez les patients âgés victimes d'un IAM étaient inférieurs à 50 % dans certaines régions du Canada<sup>6, 7</sup>.</p> <p>Les dispensateurs de SSP jouent un rôle essentiel pour la santé et la survie des patients victimes d'un IAM après l'obtention de leur congé de l'hôpital. Il est nécessaire d'entreprendre un traitement pharmacologique ou de poursuivre le traitement existant, et d'en faire le suivi pour prévenir les récurrences ou les complications.</p>
<p><b>Références</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Statistique Canada. <i>Leading Causes of Death in Canada</i>. 2008. <a href="http://www.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=84-215-X&amp;lang=eng">http://www.statcan.gc.ca/bsolc/olc-cel/olc-cel?catno=84-215-X&amp;lang=eng</a>. (84-215-XWE).</li> <li>2. Institut canadien d'information sur la santé. <i>Health Indicators 2010</i>. Ottawa, ON : ICIS; 2010. <a href="https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?pc=PCC140">https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?pc=PCC140</a>.</li> <li>3. Organisation mondiale de la Santé. <i>Prevention of Cardiovascular Disease: Pocket Guidelines for Assessment and Management of Cardiovascular Risk</i>. Genève : Presse de l'OMS; 2007.</li> </ol>

**Traitement d'un infarctus aigu du myocarde  
(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)**

4. Tobe SWM, Stone JAM, Brouwers MP, et al. Harmonization of guidelines for the prevention and treatment of cardiovascular disease: the C-CHANGE Initiative. [Miscellaneous Article]. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*. Le 18 octobre 2011; 183(15):e1135-e1150.
5. The Cleveland Clinic. Disease Management Project. <http://www.clevelandclinicmeded.com/medicalpubs/diseasemanagement/cardiology/coronary-artery-disease/>. Dernière modification le 1<sup>er</sup> août 2010. Consulté le 27 août 2012.
6. Pilote L, Beck CA, Karp I, et al. Secondary prevention after acute myocardial infarction in four Canadian provinces, 1997-2000. *Canadian Journal of Cardiology*. Janvier 2004;20(1):61-67.
7. Beck CAM, Richard HM, Tu JVM, Pilote LMMP. Administrative Data Feedback for Effective Cardiac Treatment: AFFECT, A Cluster Randomized Trial. [Article]. *JAMA*. Le 20 juillet 2005;294(3): 309-317.

Traitement de l'anxiété (Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires)		
<b>Définition</b>	Pourcentage de patients âgés de 18 ans ou plus qui ont reçu un diagnostic de trouble panique ou de trouble anxieux généralisé et qui se sont vu offrir un traitement ou qui ont été orientés vers un dispensateur de soins de santé mentale.	
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b>	Nombre de personnes dans le dénominateur qui se sont vu offrir un traitement ou qui ont été orientées vers un dispensateur de soins de santé mentale au cours des 12 derniers mois.  <b>Inclusions</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes dans le dénominateur</li> <li>• Personnes qui ont reçu au moins un des éléments suivants de leur dispensateur de soins de santé primaires (SSP) au cours des 12 derniers mois :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– une ordonnance d'anxiolytiques</li> <li>– une orientation vers un dispensateur de soins de santé mentale</li> <li>– une offre de traitement non pharmacologique (interventions psychologiques : entraide individuelle autonome, entraide individuelle guidée et groupes de psychoéducation)</li> </ul> </li> </ul> <b>Exclusions</b> Aucune
	<b>Dénominateur</b>	Nombre de clients ou de patients de 18 ans ou plus qui reçoivent des SSP et qui présentent un diagnostic de trouble panique ou de trouble anxieux généralisé.  <b>Inclusions</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clients ou patients qui reçoivent des SSP</li> <li>• Personnes âgées d'au moins 18 ans</li> <li>• Personnes ayant reçu au moins un des diagnostics suivants :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– trouble panique</li> <li>– trouble anxieux généralisé</li> </ul> </li> </ul> <b>Exclusions</b> Aucune
<b>Source des données</b>	Dossier médical électronique	

**Traitement de l'anxiété****(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)**

<b>Remarques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un client ou patient qui reçoit des SSP est une personne qui a été en contact avec le dispensateur au moins une fois durant l'année précédente et qui a un dossier avec ce dispensateur depuis au moins deux ans.</li> <li>• Dispensateur de soins de santé mentale : Dispensateur de soins qui possède une expertise en santé mentale (p. ex. un psychologue, un psychiatre, un ergothérapeute, une infirmière autorisée en psychiatrie ou un travailleur social).</li> </ul>
<b>Interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux élevé pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> </ul>
<b>Justification de l'indicateur</b>	<p>Les troubles anxieux comptent parmi les problèmes de santé mentale les plus courants, mais leur prévalence est souvent sous-estimée en raison de leur nature chronique et invalidante<sup>1-4</sup>. Des données laissent penser que de 10 à 29 % des Canadiens souffriront d'un trouble anxieux au cours de leur vie<sup>5</sup>.</p> <p>Les troubles anxieux peuvent causer un état de grande détresse chez les patients et leur famille et entraînent des coûts économiques considérables pour la société, ce qui entraîne une surutilisation des services médicaux psychiatriques et non psychiatriques, une diminution de la productivité et un risque accru de suicide par rapport à la population en général<sup>4, 5</sup>. Le trouble panique est une maladie chronique caractérisée par des crises de panique récurrentes et inattendues, auxquelles succède un état d'inquiétude excessive lié à l'éventualité d'une autre crise, aux conséquences des crises et à des changements comportementaux connexes. Le trouble anxieux généralisé est un trouble anxieux chronique caractérisé par un état d'inquiétude persistant, excessif et difficile à maîtriser. Ces deux troubles peuvent être traités au moyen d'interventions psychologiques et pharmacologiques, seules ou combinées.</p> <p>La plupart des Canadiens accèdent au système de santé par leur dispensateur de SSP, et des études laissent penser qu'un patient sur cinq à douze se présente chez son dispensateur avec des symptômes s'apparentant à ceux d'un trouble anxieux<sup>5</sup>. Les dispensateurs de SSP jouent un rôle essentiel en détectant les symptômes d'anxiété chez leurs patients, en diagnostiquant un trouble anxieux et, souvent, en offrant un traitement.</p>

Traitement de l'anxiété  
(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)

Références

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision*. Arlington, Virginia: American Psychiatric Association; 2000
2. Antony M. and Swinson R. *Anxiety Disorders and Their Treatment: A Critical Review of the Evidence-Based Literature*. Ottawa, ON : Santé Canada; 1996. [www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/pdf/anxiety\\_review.pdf](http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/pdf/anxiety_review.pdf).
3. Kessler RCP, Berglund PM, Demler OM, Jin RM, Walters EEM. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. [Article]. *Archives of General Psychiatry*. Juin 2005;62(6):593-602.
4. Stein MBM, Sherbourne CDP, Craske MGP, et al. Quality of Care for Primary Care Patients With Anxiety Disorders. [Article]. *American Journal of Psychiatry*. Décembre 2004;161(12):2230-2237.
5. Clinical practice guidelines. Management of anxiety disorders. *Can J Psychiatry*. Juillet 2006;51(8 Suppl 2):9S-91S. PM:16933543.

**Ressources offertes en SSP pour l'autogestion de problèmes chroniques**  
**(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires)**

<b>Définition</b>	<p>Pourcentage des patients âgés de 18 ans ou plus aux prises avec des problèmes de santé chroniques et qui se sont vu offrir par leur dispensateur de soins de santé primaires (SSP) au moins une des ressources suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• plan de traitement</li> <li>• recours à des groupes ou programmes de soutien et d'entraide</li> </ul>	
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b>	<p>Nombre de personnes dans le dénominateur qui ont déclaré s'être vu offrir par leur dispensateur de SSP au moins une des ressources suivantes au cours des six derniers mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• plan de traitement</li> <li>• recours à des groupes ou programmes de soutien et d'entraide</li> </ul> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• personnes dans le dénominateur</li> <li>• personnes ayant déclaré au moins une des ressources suivantes au cours des six derniers mois : <ul style="list-style-type: none"> <li>– aide à l'élaboration d'un plan de traitement</li> <li>– encouragement à suivre une séance de groupe ou un cours précis pour mieux composer avec un problème chronique</li> <li>– encouragement à participer à des programmes communautaires susceptibles de l'aider à gérer son problème chronique</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
	<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre de personnes âgées de 18 ans ou plus aux prises avec au moins un problème de santé chronique.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clients ou patients qui reçoivent des SSP</li> <li>• Personnes âgées d'au moins 18 ans</li> <li>• Personnes ayant déclaré avoir au moins un problème de santé chronique</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>

**Ressources offertes en SSP pour l'autogestion de problèmes chroniques  
(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)**

<b>Source des données</b>	Outils d'enquête fondée sur la pratique des SSP au Canada : composante « patient » <sup>1</sup>
<b>Remarques</b>	<p><b>Définition des termes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un client ou patient qui reçoit des SSP est une personne qui a été en contact avec le dispensateur au moins une fois durant l'année précédente et qui a un dossier avec ce dispensateur depuis au moins deux ans.</li> <li>• On considère que les ressources pour l'autogestion ont été offertes lorsque les patients ont répondu par l'affirmative aux questions portant sur les ressources pour l'autogestion.</li> <li>• Les problèmes de santé chroniques comprennent ceux énumérés dans le sondage.</li> <li>• Les groupes de soutien et d'entraide sont des groupes de petite taille, autonomes et ouverts, dont les membres se réunissent régulièrement et dont l'activité principale est l'entraide. Ces groupes sont gérés par les membres et n'incluent pas un animateur professionnel<sup>2</sup>.</li> <li>• L'autogestion fait référence aux tâches qu'une personne doit accomplir pour bien vivre avec une ou plusieurs affections chroniques, soit avoir la confiance nécessaire pour gérer le volet médical et émotionnel de leurs affections ainsi que les intervenants<sup>3</sup>.</li> </ul>
<b>Interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux élevé pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> </ul> <p><b>Analyse plus poussée</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cet indicateur peut être modifié afin de mesurer séparément les ressources pour l'autogestion et celles pour les groupes et programmes d'entraide.</li> </ul>
<b>Justification de l'indicateur</b>	<p>Pour environ neuf millions de Canadiens, soit 33 % de la population, vivre avec un problème de santé chronique fait partie de leur réalité quotidienne<sup>4</sup>. En outre, on s'attend à ce que le nombre de personnes atteintes de maladies chroniques augmente en raison du vieillissement de la population et de la hausse des facteurs de risque comme l'excès de poids ou l'obésité et l'inactivité physique<sup>5</sup>.</p> <p>La plupart des Canadiens aux prises avec des problèmes de santé chroniques ont un dispensateur de SSP habituel. Des recherches indiquent que ces personnes utilisent le système de santé plus souvent et de façon plus intensive, et que l'intensité d'utilisation augmente en fonction du nombre de comorbidités chroniques<sup>4, 6</sup>. Les personnes</p>

## Ressources offertes en SSP pour l'autogestion de problèmes chroniques (Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)

atteintes de problèmes de santé chroniques au Canada représentent environ 51 % des visites aux dispensateurs de SSP (médecins de famille ou omnipraticiens), 55 % des visites aux spécialistes, 66 % des consultations en soins infirmiers et 72 % des nuits passées à l'hôpital<sup>4</sup>.

Des recherches indiquent également qu'encourager la participation des patients à leurs propres soins peut améliorer les résultats pour la santé, y compris une éventuelle stabilisation, voire une atténuation des problèmes de santé chroniques et une réduction des risques de complications<sup>7</sup>. L'autogestion peut également améliorer le fonctionnement des patients, réduire la douleur et diminuer les coûts des soins de santé<sup>8</sup>. Par exemple, il est prouvé que la sensibilisation à l'autogestion chez les patients atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique entraîne une réduction des taux d'hospitalisation<sup>9</sup>.

Les groupes d'entraide jouent un rôle de plus en plus important dans l'autogestion des problèmes de santé chroniques<sup>10</sup>. Ces groupes bénévoles sont habituellement composés de personnes atteintes de la même maladie qui se soutiennent mutuellement. Souvent accessibles par Internet, ces groupes sont très utiles aux personnes à mobilité réduite.

En outre, l'autogestion des problèmes de santé chroniques augmente les connaissances générales des patients, car elle leur enseigne la résolution de problèmes, augmente leur autoefficacité, leur fournit de l'information et leur permet d'acquérir des compétences techniques<sup>11, 12</sup>. Grâce aux organismes de SSP qui offrent des ressources faciles d'accès, les patients peuvent comprendre et gérer plus facilement les processus morbides, les options de traitement et les pratiques de soins personnels qui leur sont offertes<sup>13</sup>.

### Références

1. Institut canadien d'information sur la santé. Primary Health Care: Pan-Canadian Primary Health Care Survey Questions and Tools. <http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/types+of+care/primary+health/cihi006583>. Dernière modification en 2011. Consulté le 5 septembre 2012.
2. Santé Canada. *Supporting Self-Care: the Contribution of Nurses and Physicians - An Exploratory Study*. Ottawa, ON : Santé Canada; 1997.
3. Institute of Medicine of the National Academies. *The 1st Annual Crossing the Quality Chasm Summit: A Focus on Communities*. Washington, DC : The National Academies Press; 2004

Ressources offertes en SSP pour l'autogestion de problèmes chroniques  
(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)

4. Broemeling AM, Watson DE, Prebtani F. Population patterns of chronic health conditions, co-morbidity and healthcare use in Canada: implications for policy and practice. *Healthc Q*. 2008;11(3):70-76. PM:18536538.
5. Organisation mondiale de la Santé. *Facing the Facts: The Impact of Chronic Disease in Canada In: Preventing Chronic Diseases: a Vital Investment*. Genève, Suisse : Presse de l'OMS; 2005. [www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/media/CANADA.pdf](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/media/CANADA.pdf). Consulté le 6 septembre 2012.
6. Institut canadien d'information sur la santé. *Seniors and the Health Care System: What Is the Impact of Multiple Chronic Conditions?* Ottawa, ON : ICIS; 2011.
7. Lorig KRD, Holman HRM. Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. [Article]. *Annals of Behavioral Medicine*. Août 2003;26(1):1-7.
8. Hibbard JH. Engaging health care consumers to improve the quality of care. *Medical Care*. Janvier 2003;41(1:Suppl):Suppl-70.
9. Effing T, Monninkhof EM, van der Valk PD, et al. Self-management education for patients with chronic obstructive pulmonary disease. [Revue] [81 réf.][Mise à jour du Cochrane Database Syst Rev. 2003;(1):CD002990; PMID: 12535447]. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4):CD002990, 2007. 2007;(4):CD002990.
10. Bhuyan KK. Health promotion through self-care and community participation: elements of a proposed programme in the developing countries. [Revue] [84 réf.]. *BMC Public Health*. 16 avril 2004;4:11.
11. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, et Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. [Références]. *JAMA: Journal of the American Medical Association*. Novembre 2002;(19):2469-2474.
12. Coleman MT, Newton KS. Supporting self-management in patients with chronic illness. *Am Fam Physician*. 15 octobre 2005; 72(8):1503-1510. PM:16273817.
13. Organisation mondiale de la Santé. *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*. Genève, Suisse: Organisation mondiale de la Santé; 2002.

**Moyenne d'efficacité du travail de l'équipe de dispensateurs de SSP  
(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires)**

<b>Définition</b>	<p>Cote moyenne de l'efficacité du travail de l'équipe fondée sur les facteurs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vision;</li> <li>• participation ouverte;</li> <li>• orientation vers la tâche;</li> <li>• soutien à l'innovation.</li> </ul>	
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b>	<p>Cote totale de l'efficacité du travail de l'équipe fondée sur les facteurs suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vision;</li> <li>• participation ouverte;</li> <li>• orientation vers la tâche;</li> <li>• soutien à l'innovation.</li> </ul> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Résultat pour la question sur la façon dont les membres de l'équipe communiquent au sujet des patients et de la pratique</li> <li>• Résultat pour la question sur le degré de compréhension des autres membres de l'équipe du champ d'activité du répondant</li> <li>• Résultat pour la question sur la compréhension du répondant de son rôle au sein de l'équipe</li> <li>• Résultat pour la question sur la compréhension du répondant du rôle des autres membres de l'équipe</li> <li>• Résultat pour la question sur la fréquence des réunions d'équipe</li> <li>• Résultat pour la question sur la façon dont les membres de l'équipe collaborent afin d'établir des objectifs et des plans de traitement des patients</li> <li>• Résultat pour la question sur la satisfaction du répondant par rapport à sa participation aux décisions au sein de l'équipe</li> <li>• Résultat pour la question concernant la façon dont les collègues du répondant lui communiquent des idées utiles et l'aident concrètement à faire son travail le mieux possible</li> </ul>

**Moyenne d'efficacité du travail de l'équipe de dispensateurs de SSP  
(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Résultat pour la question sur la volonté des membres de l'équipe à remettre en question leurs pratiques</li> <li>• Résultat pour la question sur l'évolution du cabinet vers de nouvelles façons de faire et d'organiser le travail</li> <li>• Résultat pour la question sur la difficulté de modifier les pratiques parce que les dispensateurs sont trop occupés à voir des patients</li> </ul> <p><b>Exclusions</b> Aucune</p>
	<p><b>Dénominateur</b></p> <p>Nombre de dispensateurs de soins de santé primaires (SSP) d'une même équipe ayant répondu au questionnaire.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispensateurs de SSP</li> <li>• Répondants faisant partie d'une même équipe</li> </ul> <p><b>Exclusions</b> Aucune</p>
<b>Source des données</b>	Outils d'enquête fondée sur la pratique des SSP au Canada : section à l'intention des fournisseurs de soins <sup>1</sup>
<b>Remarques</b>	<p><b>Cote d'efficacité du travail de l'équipe de dispensateurs de SSP</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les réponses aux 10 premières questions sur l'efficacité du travail de l'équipe sont indiquées sur une échelle de cinq points :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Pas satisfait du tout ou fortement en désaccord = 1</li> <li>– Pas très satisfait ou plutôt en désaccord = 2</li> <li>– Moyen ou indécis = 3</li> <li>– Assez satisfait ou plutôt en accord = 4</li> <li>– Très satisfait ou fortement en accord = 5</li> </ul> </li> <li>• La 11<sup>e</sup> et dernière question sur l'efficacité du travail de l'équipe (concernant la difficulté de faire des changements dans le cabinet parce que les dispensateurs sont très occupés à recevoir des patients) est cotée sur une échelle de cinq points :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Fortement en accord = 1</li> <li>– Plutôt en accord = 2</li> <li>– Indécis = 3</li> </ul> </li> </ul>

Moyenne d'efficacité du travail de l'équipe de dispensateurs de SSP  
(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Plutôt en désaccord = 4</li> <li>– Fortement en désaccord = 5</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pour calculer la cote d'efficacité du travail de l'équipe pour l'organisme répondant, il faut diviser la somme des résultats de toutes les questions par le nombre de questions (11).</li> </ul> <p><b>Définition des termes</b></p> <p>Un client ou patient qui reçoit des SSP est une personne qui a été en contact avec le dispensateur au moins une fois durant l'année précédente et qui a un dossier avec ce dispensateur depuis au moins deux ans.</p>
<p><b>Interprétation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une note moyenne élevée pour cet indicateur peut être interprétée comme un résultat positif.</li> </ul>
<p><b>Justification de l'indicateur</b></p>	<p>En 2000, les premiers ministres ont convenu de promouvoir la mise sur pied d'équipes de SSP afin d'appuyer les efforts de promotion de la santé, de prévention des maladies et de prise en charge des maladies chroniques au Canada. Cet engagement a été réitéré dans le cadre de l'Accord sur la santé de 2004, où l'on proposait comme objectif que la moitié des Canadiens aient accès à des équipes interdisciplinaires d'ici 2011<sup>2</sup>.</p> <p>Des recherches indiquent que les équipes de SSP assurent des soins plus complets et mieux coordonnés que les milieux de SSP ne reposant pas sur le travail en équipe. En outre, les équipes de SSP entraînent une augmentation de la satisfaction des patients ainsi qu'une diminution des visites aux services d'urgence et des hospitalisations<sup>3</sup>. Il a également été démontré que les équipes de SSP font croître la satisfaction des dispensateurs et réduisent les temps d'attente<sup>4</sup>. En comparaison des milieux de SSP ne reposant pas sur le travail en équipe, les équipes de SSP offrent une gamme de services élargie et utilisent les ressources plus efficacement<sup>4</sup>.</p> <p>Une étude de 2007 sur la collaboration interdisciplinaire en SSP a démontré qu'un éventail d'outils existe pour évaluer l'efficacité des équipes de SSP<sup>4</sup>. Puisque le modèle des équipes de SSP est relativement nouveau au Canada, un mécanisme d'évaluation standard n'a toujours pas été mis sur pied. Les auteurs de l'étude ont souligné l'importance de définir les rôles (p. ex. médecin/infirmière, médecin/diététiste, médecin/pharmacien) et la portée de la pratique, ainsi que d'assurer l'uniformité de la pratique au sein des équipes interdisciplinaires<sup>4</sup>.</p>

**Moyenne d'efficacité du travail de l'équipe de dispensateurs de SSP  
(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)**

Les recherches indiquent que l'efficacité d'une équipe interdisciplinaire repose sur une direction claire, une compréhension commune de la collectivité, des objectifs communs, la participation des patients, une approche axée sur le patient, la santé de la population, la qualité des soins et des services, une bonne adéquation entre les services et les dispensateurs, la confiance, le respect et la communication efficace<sup>4</sup>. Dans les organismes où l'équipe est perçue comme très efficace, cela peut se traduire par de meilleurs résultats chez les patients atteints de maladies chroniques<sup>5</sup>.

L'une des façons de mesurer l'efficacité d'une équipe consiste à évaluer le climat au sein de l'équipe à l'aide d'un instrument appelé « inventaire de climat d'équipe »<sup>6</sup>. Le climat au sein de l'équipe se définit comme la perception commune de l'état d'un organisme (c.-à-d. ses politiques, pratiques et procédures)<sup>7</sup>. Les organismes où le climat est défavorable risquent de présenter une forte proportion d'employés qui prévoient quitter l'organisation, ainsi qu'un fort taux de roulement<sup>8</sup>. Le climat au sein de l'équipe peut être évalué entre autres à l'aide de questions visant à mesurer quatre facteurs : la vision, la participation ouverte, la focalisation sur les tâches et le soutien à l'innovation<sup>7</sup>. Cet indicateur permet de calculer une note globale à partir des traits d'une équipe efficace relevés dans la documentation et d'instruments d'enquête qui intègrent l'inventaire de climat d'équipe<sup>7,9</sup>. Les questions des Outils d'enquête fondée sur la pratique des SSP au Canada : composante « dispensateur »<sup>1</sup> ont été élaborées précisément pour les équipes de SSP.

L'accès à des équipes interdisciplinaires en SSP favorise de toute évidence la santé des Canadiens. Il est essentiel d'évaluer l'efficacité de ces équipes pour mieux comprendre cette pratique émergente dans le domaine des SSP.

**Références**

1. Institut canadien d'information sur la santé. Primary Health Care: Pan-Canadian Primary Health Care Survey Questions and Tools. <http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/types+of+care/primary+health/cihi006583>. Dernière modification en 2011. Consulté le 5 septembre 2012.
2. Santé Canada. First Minister's Meeting on the Future of Health Care 2004: A 10-year plan to strengthen health care. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/delivery-prestation/fptcollab/2004-fmm-rpm/index-eng.php>. Dernière modification en 2006. Consulté le 5 septembre 2012.

Moyenne d'efficacité du travail de l'équipe de dispensateurs de SSP  
 (Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)

3. Khan S, McIntosh C, Sanmartin C, Watson D, et Leeb K. *Primary Health Care Teams and Their Impact on Processes and Outcomes of Care*. Ottawa, ON : Statistique Canada; 2008.
4. Barrett J, Curran V, Glynn L, et Godwin M. *CHSRF Synthesis: Interprofessional Collaboration and Quality Primary Healthcare*. Ottawa, ON : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé; 2007.
5. Shortell SM, Marsteller JA, Lin M, et al. The Role of Perceived Team Effectiveness in Improving Chronic Illness Care. [Références]. *Medical Care*. Novembre 2004;(11):1040-1048.
6. Loo R. Assessing “team climate” in project teams. *International Journal of Project Management*. 2003;21:511-517.
7. Anderson NR, West MA. Measuring climate for work group innovation: development and validation of the team climate inventory. *Journal of Organizational Behavior*. Mai 1998;(3): 235-258.
8. Kivimaki M, Vanhala A, Pentti J, et al. Team climate, intention to leave and turnover among hospital employees: prospective cohort study. *BMC Health Services Research*. 2007;7:170.
9. Kivimaki M, Elovainio M. A shorter version of the Team Climate Inventory: Development and psychometric properties. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. Juin 1999;(2): 241-246.

**Contrôle de la tension artérielle en cas d'hypertension  
(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires)**

<b>Définition</b>	Pourcentage des patients âgés de 18 ans ou plus qui sont atteints d'hypertension depuis au moins 12 mois et qui font l'objet de vérifications de la tension artérielle.	
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b>	<p>Nombre de personnes dans le dénominateur qui ont fait l'objet de vérifications de la tension artérielle au cours des 12 derniers mois.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes dans le dénominateur</li> <li>• Personnes qui ont fait mesurer leur tension artérielle par leur dispensateur de soins de santé primaires (SSP) au cours des 12 derniers mois</li> <li>• Patients sans diagnostic de diabète sucré :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– la valeur de la plus récente mesure de leur tension artérielle était inférieure à 140/90</li> </ul> </li> <li>• Patients avec diagnostic de diabète sucré :             <ul style="list-style-type: none"> <li>– la valeur de la plus récente mesure de leur tension artérielle était inférieure à 130/80</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
	<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre de clients ou de patients âgés de 18 ans ou plus qui reçoivent des SSP et qui sont atteints d'hypertension depuis au moins 12 mois.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clients ou patients qui reçoivent des SSP</li> <li>• Personnes âgées d'au moins 18 ans</li> <li>• Personnes qui ont reçu un diagnostic d'hypertension il y a au moins 12 mois</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Femmes enceintes</li> </ul>
<b>Source des données</b>	Dossier médical électronique	

**Contrôle de la tension artérielle en cas d'hypertension  
(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)**

<b>Remarques</b>	<p><b>Définition des termes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un client ou patient qui reçoit des SSP est une personne qui a été en contact avec le dispensateur au moins une fois durant l'année précédente et qui a un dossier avec ce dispensateur depuis au moins deux ans.</li> <li>• Personnes ne souffrant pas de diabète sucré : la vérification de la tension artérielle lors de la dernière visite chez un dispensateur de SSP a donné un résultat inférieur à 140/90 mm Hg<sup>1</sup>.</li> <li>• Personnes souffrant de diabète sucré : la vérification de la tension artérielle lors de la dernière visite chez un dispensateur de SSP a donné un résultat inférieur à 130/80 mm Hg<sup>1</sup>.</li> </ul>
<b>Interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux élevé pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> </ul>
<b>Justification de l'indicateur</b>	<p>La tension artérielle élevée, ou hypertension, est un facteur de risque de maladies du cœur, de maladies cérébrovasculaires et autres maladies vasculaires<sup>2-6</sup>. Il s'agit également d'une cause importante d'invalidité et on la considère comme le principal facteur de risque de décès dans le monde, auquel on attribue quelque 7,5 millions de décès par an<sup>7</sup>.</p> <p>Selon une étude récente, basée sur les résultats de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé de 2007-2009, le pourcentage d'adultes canadiens atteints d'hypertension est estimé à 19 %<sup>8</sup>. Malgré d'importantes améliorations au chapitre du diagnostic et du traitement de l'hypertension au Canada, des résultats récents laissent entendre que cette maladie n'est pas maîtrisée chez 34 % des adultes qui en sont atteints<sup>8</sup>.</p> <p>En présence d'un diagnostic d'hypertension, un résultat inférieur à 140/90 mm Hg chez les personnes qui ne souffrent pas de diabète sucré ou à 130/80 mm Hg chez celles qui en souffrent correspond à une tension artérielle sous contrôle<sup>1</sup>. Des données indiquent que la modification des habitudes de vie conjuguée à la prise d'hypertenseurs est généralement nécessaire pour atteindre les valeurs recommandées chez les patients atteints d'hypertension<sup>1</sup>. Des études ont également montré que l'interaction d'un patient avec un dispensateur de SSP a un effet positif sur les facteurs liés au mode de vie qui peuvent abaisser la tension artérielle, comme une alimentation saine, de l'activité physique régulière, une consommation modérée d'alcool, une réduction de la consommation de sodium et une réduction du stress<sup>1,9</sup>.</p>

**Contrôle de la tension artérielle en cas d'hypertension  
(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)**

	<p>On estime que le tiers des manifestations des maladies coronariennes chez les hommes et plus de la moitié chez les femmes pourraient être prévenues au moyen d'un contrôle efficace de la tension artérielle chez les patients souffrant d'hypertension<sup>10</sup>. Les dispensateurs de SSP jouent un rôle essentiel en matière de contrôle de la tension artérielle chez les patients atteints d'hypertension au Canada, non seulement en ce qui a trait au diagnostic et au traitement de la maladie, mais également pour évaluer si le patient respecte les recommandations relatives au mode de vie et à la pharmacothérapie lors des soins cliniques de routine.</p>
<p><b>Références</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 2012 Canadian Recommendations for the Management of Hypertension. Canadian Hypertension Education Program; 2012. <a href="http://www.hypertension.ca/images/2012_CHEPFullRecommendations_EN_HCP1009.pdf">http://www.hypertension.ca/images/2012_CHEPFullRecommendations_EN_HCP1009.pdf</a>. Consulté le 16 juillet 2012.</li> <li>2. Haider AW, Larson MG, Franklin SS, Levy D. Systolic blood pressure, diastolic blood pressure, and pulse pressure as predictors of risk for congestive heart failure in the Framingham Heart Study. <i>Ann Intern Med.</i> Le 7 janvier 2003;138(1):10-16. PM:12513039.</li> <li>3. Kannel WB, D'Agostino RB, Silbershatz H, Belanger AJ, Wilson PW, Levy D. Profile for estimating risk of heart failure. <i>Arch Intern Med.</i> Le 14 juin 1999;159(11):1197-1204. PM:10371227.</li> <li>4. Lawes CM, Vander HS, Rodgers A. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. <i>Lancet.</i> Le 3 mai 2008; 371(9623):1513-1518. PM:18456100.</li> <li>5. Lee DS, Massaro JM, Wang TJ, et al. Antecedent blood pressure, body mass index, and the risk of incident heart failure in later life. <i>Hypertension.</i> Novembre 2007;50(5):869-876. PM:17893376.</li> <li>6. Lloyd-Jones DM, Larson MG, Leip EP, et al. Lifetime risk for developing congestive heart failure: the Framingham Heart Study. <i>Circulation.</i> Le 10 décembre 2002;106(24):3068-3072. PM:12473553.</li> <li>7. World Health Organization. <i>Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks</i>. Genève : Presse de l'Organisation mondiale de la Santé; 2009. <a href="http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf">http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf</a>.</li> </ol>

**Contrôle de la tension artérielle en cas d'hypertension  
(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)**

8. Wilkins K., Campbell N. R., Joffres M. R., et al. *Blood Pressure in Canadian Adults*. Ottawa, ON : Statistique Canada; Mars 2010. <http://www.statcan.gc.ca/healthreports>. Consulté le 26 juillet 2012. (82-003-XPE).
  9. Ashenden R, Silagy C, Weller D. A systematic review of the effectiveness of promoting lifestyle change in general practice. *Fam Pract*. Avril 1997;14(2):160-176. PM:9137956.
  10. Wong ND, Thakral G, Franklin SS, et al. Preventing heart disease by controlling hypertension: impact of hypertensive subtype, stage, age, and sex. *Am Heart J*. Mai 2003;145(5):888-895. PM:12766749.
-

**Répétition inutile de tests médicaux par des dispensateurs de SSP  
(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires)**

<b>Définition</b>	Pourcentage des dispensateurs de soins de santé primaires (SSP) qui ont repris des tests médicaux au cours du dernier mois parce que les premiers résultats étaient indisponibles.	
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b>	<p>Nombre de personnes dans le dénominateur qui ont repris des tests médicaux au cours du dernier mois parce que les premiers résultats étaient indisponibles.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes dans le dénominateur</li> <li>• Personnes ayant déclaré avoir repris des tests ou des interventions au cours du dernier mois parce que les premiers résultats étaient indisponibles</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
	<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre de dispensateurs de SSP répondants.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispensateurs de SSP</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
<b>Source des données</b>	Outils d'enquête fondée sur la pratique des SSP au Canada : section à l'intention des fournisseurs de soins <sup>1</sup>	
<b>Remarques</b>	Sans objet	
<b>Interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux faible pour cet indicateur est interprété comme un résultat positif.</li> </ul>	
<b>Justification de l'indicateur</b>	<p>La répétition inappropriée de tests médicaux perturbe le patient et entraîne des coûts inutiles pour le système de santé<sup>2</sup>.</p> <p>Pour la plupart des Canadiens, le premier point de contact pour obtenir des soins médicaux est le milieu de SSP; la majorité d'entre eux déclarent d'ailleurs avoir un médecin de famille habituel<sup>3</sup>. On estime que 4,2 millions de Canadiens de 12 à 74 ans sont atteints d'au moins une condition propice aux soins ambulatoires, environ 46 % souffrant d'hypertension, 43 % de maladie du cœur, 36 % de diabète, 30 % d'asthme et 16 % de maladie pulmonaire obstructive chronique<sup>4</sup>. De ce nombre, 161 000 personnes (3,8 %) ont déclaré avoir été hospitalisées</p>	

### Répétition inutile de tests médicaux par des dispensateurs de SSP (Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)

au moins une fois sur une période de quatre ans<sup>4</sup>. Les patients atteints d'affections chroniques ont plus fréquemment recours au système de santé et exigent un éventail élargi de services de santé. Au fil de la prestation de ces services, les renseignements qui les concernent doivent être ajoutés au dossier de SSP du patient auprès de son dispensateur habituel.

Lors d'un sondage sur l'expérience des Canadiens avec le système de SSP, la plupart des adultes qui ont consulté un médecin au moins une fois au cours des 12 derniers mois ont déclaré que leur médecin n'a pas répété de tests inutilement (92 %), et la majorité (84 %) d'entre eux ont indiqué que les résultats de leurs tests étaient disponibles au moment de leur visite<sup>5</sup>.

L'échange d'information dans le milieu des SSP est essentiel à la continuité et à l'intégralité des soins, qui peuvent être affectées si les résultats des tests ne sont pas disponibles au point de service<sup>6</sup>.

#### Références

1. Institut canadien d'information sur la santé. Primary Health Care: Pan-Canadian Primary Health Care Survey Questions and Tools. <http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/types+of+care/primary+health/cihi006583>. Dernière modification en 2011. Consulté le 5 septembre 2012.
2. Fyke KJ. *Caring for Medicare: Sustaining a Quality System*. Regina, SK: Saskatchewan Health; 2001. [www.health.gov.sk.ca/mc\\_dp\\_commission\\_on\\_medicare-bw.pdf](http://www.health.gov.sk.ca/mc_dp_commission_on_medicare-bw.pdf).
3. Santé Canada. *Healthy Canadians-A Federal Report on Comparable Health Indicators 2010*. Ottawa, ON : Santé Canada; 2011. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/index-eng.php>. Consulté le 4 septembre 2012.
4. Sanmartin C, Khanand S, et l'équipe de recherche sur les DLAS. *Hospitalizations for Ambulatory Care Sensitive Conditions (ACSC): The Factors That Matter*. Statistics Canada: 2011. <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-622-x/82-622-x2011007-eng.pdf>. Consulté le 22 février 2012. 82-622-X - N° 007.
5. Conseil canadien de la santé. *Canadian Survey of Experiences With Primary Health Care in 2007: A Data Supplement to: Fixing the Foundation: An Update on Primary Health Care and Home Care Renewal in Canada*. Toronto, ON : le Conseil; 2008.
6. Reid R, Haggerty J, et McKendry R. *Defusing the Confusion: Concepts and Measures of Continuity of Healthcare*. Ottawa, ON : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé; 2002.

**Maintien d'une liste des médicaments et des problèmes en SSP  
(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires)**

<b>Définition</b>	Pourcentage des organismes de soins de santé primaires (SSP) qui disposent d'une politique prévoyant la consignation d'une liste à jour des médicaments et des problèmes des clients ou patients dans les dossiers cliniques.	
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b>	<p>Nombre d'organismes dans le dénominateur qui ont déclaré disposer d'une politique prévoyant la consignation d'une liste à jour des médicaments et des problèmes des clients ou patients dans les dossiers cliniques.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organismes dans le dénominateur</li> <li>• Organismes répondants ayant déclaré disposer d'une politique écrite ou de documents associés à la politique prévoyant la consignation d'une liste à jour des médicaments et des problèmes des clients ou patients dans les dossiers cliniques</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
	<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre d'organismes de SSP répondants.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organismes de SSP</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
<b>Source des données</b>	Outils d'enquête fondée sur la pratique des SSP au Canada : section à l'intention des organismes <sup>1</sup>	
<b>Remarques</b>	<p><b>Définition des termes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les organismes de SSP sont des organisations où au moins un médecin de famille, un omnipraticien ou une infirmière praticienne partage des ressources humaines, financières ou matérielles (p. ex. des bureaux) avec d'autres professionnels de la santé dans le but de dispenser des services de SSP à une grande population.</li> <li>• La politique peut consister en une politique écrite ou des documents afférents (comme des processus documentés).</li> </ul>	
<b>Interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux élevé pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> </ul>	

## Maintien d'une liste des médicaments et des problèmes en SSP (Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)

### Justification de l'indicateur

Les listes de médicaments et des problèmes en SSP énumèrent de façon sommaire les renseignements essentiels sur le patient, dont des éléments cruciaux relatifs à ses antécédents médicaux. De telles listes sont importantes, car elles offrent un aperçu complet de tous les problèmes de santé et des médicaments du patient en un seul endroit rapidement accessible, généralement en tête du dossier du patient.

D'abord conçue par Lawrence Weed dans les années 1960, la liste des problèmes est un élément bien établi du dossier médical et constitue encore aujourd'hui un aspect important des dossiers de santé électroniques<sup>2</sup>.

Les listes des problèmes et des médicaments favorisent la continuité des soins et constituent un moyen de communication essentiel entre les médecins traitants et les autres professionnels de la santé. Les listes des problèmes et des médicaments à jour facilitent la prévention des erreurs et permettent aux cliniciens de gagner du temps en évitant la répétition de renseignements essentiels dans leurs notes d'évolution<sup>3</sup>.

Les listes des problèmes peuvent être adaptées aux besoins de la pratique. Idéalement, elles contiennent les renseignements suivants : identification du patient; renseignements sur le patient et sa famille, dont l'emploi, les événements marquants et les antécédents médicaux familiaux; maladies passées, blessures, accidents et interventions chirurgicales; renseignements génétiques, facteurs de risque, allergies et réactions indésirables aux médicaments; affections actuelles, dont les diagnostics et dates d'apparition des symptômes; renseignements sur la prévention, dont les examens annuels, les vaccins et les examens de dépistage; posologie et fréquence d'administration des médicaments actuels; examens majeurs et nom des professionnels consultés; coordonnées des personnes à aviser en cas d'urgence; date de la dernière mise à jour de la liste des problèmes<sup>3</sup>.

Pour que les listes des problèmes et des médicaments soient utiles, elles doivent être passées en revue et mises à jour fréquemment.

Maintien d'une liste des médicaments et des problèmes en SSP  
(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)

**Références**

1. Institut canadien d'information sur la santé. Primary Health Care: Pan-Canadian Primary Health Care Survey Questions and Tools. <http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/types+of+care/primary+health/cihi006583>. Dernière modification en 2011. Consulté le 5 septembre 2012.
2. Holmes C. The problem list beyond meaningful use. Part 2: fixing the problem list. *Journal of Ahima*. 2011;82(3):32-35.
3. *Policy Statement #4-12: Medical Records*. Toronto, ON : Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario; 2012. <http://www.cpso.on.ca/policies/policies/default.aspx?ID=1686#TOC3>. Consulté le 10 septembre 2012.

**Taux de surpoids et d'obésité**

(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires)

<b>Définition</b>	Pourcentage des patients âgés de 2 ans ou plus qui ont un excès de poids ou sont obèses.	
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b>	<p>Nombre de personnes dans le dénominateur qui ont une taille et un poids correspondant à un indice de masse corporelle (IMC) de la catégorie excès de poids ou obésité.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personnes dans le dénominateur</li> <li>• Personnes ayant une taille et un poids correspondant à un IMC de la catégorie excès de poids ou obésité</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
	<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre de clients ou de patients de 2 ans ou plus qui reçoivent des soins de santé primaires (SSP).</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clients ou patients qui reçoivent des SSP</li> <li>• Personnes âgées d'au moins 2 ans</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Femmes enceintes</li> <li>• Personnes présentant les deux caractéristiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>– âgées de 18 ans ou plus</li> <li>– mesurant moins de 0,914 mètre</li> </ul> </li> <li>• Personnes présentant les deux caractéristiques suivantes : <ul style="list-style-type: none"> <li>– âgées de 18 ans ou plus</li> <li>– mesurant plus de 2,108 mètres</li> </ul> </li> </ul>
<b>Source des données</b>	Dossier médical électronique	

<b>Taux de surpoids et d'obésité</b> <b>(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)</b>	
<b>Remarques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un client ou patient qui reçoit des SSP est une personne qui a été en contact avec le dispensateur au moins une fois durant l'année précédente et qui a un dossier avec ce dispensateur depuis au moins deux ans.</li> <li>• Pour calculer l'IMC, on divise le poids en kilogrammes par la hauteur en mètres au carré.</li> <li>• Pour les personnes âgées de 18 ans ou plus, la catégorie excès de poids correspond à un IMC de 25,0 à 29,9 kg/m<sup>2</sup>. Pour les personnes de moins de 18 ans, la catégorie excès de poids est déterminée à l'aide des limites d'inclusion internationales<sup>1</sup>.</li> <li>• Pour les personnes âgées de 18 ans ou plus, la catégorie obésité correspond à un IMC de plus de 30,0 kg/m<sup>2</sup>. Pour les personnes de moins de 18 ans, la catégorie obésité est déterminée à l'aide des limites d'inclusion internationales<sup>1</sup>.</li> </ul>
<b>Interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux faible pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> </ul> <p><b>Analyse plus poussée</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Il est possible de restreindre cet indicateur aux adultes de 18 ans ou plus et aux enfants de 12 à 17 ans afin de le préciser davantage.</li> <li>• Cet indicateur peut être modifié afin de mesurer séparément les taux d'excès de poids et d'obésité.</li> </ul>
<b>Justification de l'indicateur</b>	<p>L'excès de poids et l'obésité sont des facteurs de risque de diabète de type 2, de maladies cardiovasculaires, d'hypertension, d'arthrose, de certains cancers et de maladies de la vésicule biliaire<sup>2,3</sup>. L'excès de poids et l'obésité sont aussi associés à plusieurs troubles psychosociaux, limitations fonctionnelles et incapacités<sup>4</sup>.</p> <p>Pour calculer l'excès de poids et l'obésité chez un adulte, on mesure son IMC en divisant son poids en kilogrammes par sa taille en mètres carrés. L'IMC est étroitement lié à l'adiposité et un indicateur reconnu de risques pour la santé<sup>5</sup>. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, un poids normal correspond à un IMC de 18,5 à 24,9, un excès de poids, à un IMC de 25,0 à 29,9 et l'obésité, à un IMC de 30,0 ou plus<sup>6</sup>.</p> <p>En 2004, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes s'est penchée exclusivement sur la nutrition, recueillant notamment la taille et le poids des répondants. L'enquête a révélé que chez les Canadiens âgés de 18 ans ou plus, 36 % (8,6 millions) avaient un excès de poids et 23 % (5,5 millions) étaient obèses, ce qui représentait plus de la moitié des Canadiens adultes<sup>4</sup>.</p>

## Taux de surpoids et d'obésité

(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)

	<p>Les taux d'excès de poids et d'obésité ont augmenté de façon spectaculaire au Canada au cours des vingt dernières années, une tendance également observée à l'échelle planétaire<sup>6-8</sup>. L'augmentation touche non seulement les adultes, mais aussi les jeunes, de façon inquiétante, puisque l'excès de poids et l'obésité chez l'enfant peuvent entraîner des risques pour la santé à l'âge adulte<sup>9, 10</sup>. Le dispensateur de soins de santé primaires doit donc informer les patients sur les risques associés à l'excès de poids et à l'obésité. Ce rôle devient de plus en plus important, compte tenu des tendances observées au Canada relativement à la hausse du poids et à la baisse de l'activité physique.</p>
<p><b>Références</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cole TJ, Bellizzi MC, Flegal KM, et Dietz WH. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. <i>BMJ</i>. 6 mai 2000;320(7244):1240-1243.</li> <li>2. Luo W, Morrison H, de GM, et al. The burden of adult obesity in Canada. <i>Chronic Diseases in Canada</i>. 2007;27(4):135-144.</li> <li>3. World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. <i>Food, Nutrition, Physical Activity, and the Prevention of Cancer: a Global Perspective</i>. Washington, DC: AICR; 2007.</li> <li>4. Tjepkema M. <i>Adult Obesity</i>. Ottawa, ON : Statistique Canada; 2006. (Rapports sur la santé, 17(3), 82-003-XIE).</li> <li>5. Santé Canada. <i>Canadian Guidelines for Body Weight Classification in Adults</i>. Ottawa, ON : Santé Canada; 2003. <a href="http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/weights-poids/guide-ld-adult/weight_book_tc-livres_des_poids_tm-eng.php">http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/nutrition/weights-poids/guide-ld-adult/weight_book_tc-livres_des_poids_tm-eng.php</a>. Consulté le 31 août 2012.</li> <li>6. Organisation mondiale de la Santé. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Rapport d'une consultation de l'OMS. <i>World Health Organ Tech Rep Ser</i>. 2000;894:i-253. PM:11234459.</li> <li>7. Katzmarzyk PT. The Canadian obesity epidemic, 1985-1998. [Editorial]. <i>CMAJ Canadian Medical Association Journal</i>. 16 avril 2002; 166(8):1039-1040.</li> <li>8. Tremblay MS, Katzmarzyk PT, et Willms JD. Temporal trends in overweight and obesity in Canada, 1981-1996. <i>International Journal of Obesity &amp; Related Metabolic Disorders: Journal of the International Association for the Study of Obesity</i>. Avril 2002;26(4):538-543.</li> <li>9. Guo SS, Wu W, Chumlea WC, et Roche AF. Predicting overweight and obesity in adulthood from body mass index values in childhood and adolescence. <i>American Journal of Clinical Nutrition</i>. Septembre 2002;76(3):653-658.</li> </ol>

Taux de surpoids et d'obésité  
(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)

- 
10. Whitaker RC, Wright JA, Pepe MS, Seidel KD, et Dietz WH. Predicting Obesity in Young Adulthood from Childhood and Parental Obesity. [Article]. *New England Journal of Medicine*. 25 septembre 1997;337(13):869-873.
-

**Intégration de systèmes d'information et de communication dans les organismes de SSP  
(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires)**

<b>Définition</b>	Pourcentage des organismes de soins de santé primaires (SSP) qui ont accès à des systèmes électroniques pour exécuter leurs tâches professionnelles.	
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b>	<p>Nombre d'organismes dans le dénominateur qui ont déclaré avoir accès à des dossiers médicaux électroniques et à au moins deux des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• logiciel de gestion des rendez-vous;</li> <li>• outils informatiques d'aide à la prise de décisions d'ordre médical;</li> <li>• interface électronique avec les services de laboratoire et d'imagerie diagnostique;</li> <li>• système électronique de transmission des ordonnances aux pharmacies.</li> </ul> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organismes dans le dénominateur</li> <li>• Organismes répondants ayant déclaré avoir actuellement accès à des dossiers médicaux électroniques</li> <li>• Organismes répondants ayant déclaré utiliser actuellement au moins deux des outils suivants dans le cadre des soins aux patients : <ul style="list-style-type: none"> <li>– logiciel de gestion des rendez-vous;</li> <li>– outils informatiques d'aide à la prise de décisions d'ordre médical;</li> <li>– interface électronique avec les services de laboratoire et d'imagerie diagnostique;</li> <li>– système électronique de transmission des ordonnances aux pharmacies.</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
	<b>Dénominateur</b>	<p>Nombre d'organismes de SSP répondants.</p> <p><b>Inclusions</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Organismes de SSP</li> </ul> <p><b>Exclusions</b></p> <p>Aucune</p>
<b>Source des données</b>	Outils d'enquête fondée sur la pratique des SSP au Canada : section à l'intention des organismes <sup>1</sup>	

**Intégration de systèmes d'information et de communication dans les organismes de SSP (Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)**

<p><b>Remarques</b></p>	<p><b>Définition des termes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les organismes de SSP sont des organisations où au moins un médecin de famille, un omnipraticien ou une infirmière praticienne partage des ressources humaines, financières ou matérielles (p. ex. des bureaux) avec d'autres professionnels de la santé dans le but de dispenser des services de SSP à une grande population.</li> <li>• Les systèmes d'information électronique permettent l'échange de renseignements sur les patients et les clients en SSP entre les établissements de SSP et les laboratoires, les hôpitaux et d'autres établissements. Ils comprennent par exemple             <ul style="list-style-type: none"> <li>– les systèmes de gestion des patients;</li> <li>– les registres;</li> <li>– les systèmes d'information sur les médicaments;</li> <li>– les systèmes d'examen d'imagerie diagnostique;</li> <li>– les systèmes de surveillance de la santé publique;</li> <li>– les systèmes de prise de rendez-vous.</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Interprétation</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un taux élevé pour cet indicateur peut être interprété comme un résultat positif.</li> </ul>
<p><b>Justification de l'indicateur</b></p>	<p>Au Canada, un dossier médical électronique (DME) en SSP correspond au dossier médical d'un patient, qui contient de l'information sur les interactions entre le dispensateur et le patient. Un dossier de santé électronique (DSE) est un dossier à vie sur la santé et les antécédents médicaux d'une personne. Il comprend généralement des données sur les interactions de cette personne avec les hôpitaux, les dispensateurs, les pharmacies et les laboratoires<sup>2</sup>.</p> <p>L'un des engagements pris lors des accords sur la santé des premiers ministres en 2003 et 2004 était d'accélérer l'élaboration et la mise en œuvre des DSE au Canada. Un sondage international mené en 2009 a révélé que 37 % des médecins en SSP au Canada utilisent les DSE, contre 23 % en 2006<sup>2</sup>. Malgré ces progrès, le Canada affichait le plus faible taux d'utilisation des DSE par les dispensateurs de SSP parmi les 11 pays participant au sondage. Les chiffres de 2011 montrent que la moitié des Canadiens possédaient un DSE pouvant être utilisé par les dispensateurs de soins de santé autorisés, contre 22 % l'année précédente. Inforoute santé du Canada s'efforce d'appuyer et d'accélérer l'adoption des DME et d'autres technologies d'information sur la santé. Il espère en outre que tous les Canadiens seront dotés d'un DSE d'ici 2016<sup>2</sup>.</p>

## Intégration de systèmes d'information et de communication dans les organismes de SSP (Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)

	<p>Le rapport de progrès 2011 du Conseil canadien de la santé sur les accords de santé des premiers ministres souligne que même si l'un des objectifs principaux de l'utilisation des DSE est d'améliorer les soins aux patients, ces dossiers constituent également un outil important de mesure des objectifs du système de santé, comme la qualité, l'accessibilité et l'efficacité des soins<sup>3</sup>. Bien que l'utilisation des DME et des DSE par les dispensateurs de SSP varie au Canada et a une portée parfois limitée, l'utilisation de ces technologies se trouve à un stade relativement précoce et pourrait se heurter à des difficultés liées à leur mise en œuvre dans un contexte de SSP<sup>4, 5</sup>.</p>
<p><b>Références</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Institut canadien d'information sur la santé. Primary Health Care: Pan-Canadian Primary Health Care Survey Questions and Tools. <a href="http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/types+of+care/primary+health/cihi006583">http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/types+of+care/primary+health/cihi006583</a>. Dernière modification en 2011. Consulté le 5 septembre 2012.</li> <li>2. Allin S, Watson D, et The Commonwealth Fund. <i>The Canadian Health Care System, 2011: In International Profiles of Health Care Systems, 2011</i>. Washington, DC : The Commonwealth Fund; 2011.</li> <li>3. Conseil canadien de la santé. <i>Progress Report 2011: Health Care Renewal in Canada</i>. Toronto, ON : le Conseil; 2011.</li> <li>4. Association médicale canadienne. <i>Toward Patient-Centred Care: Digitizing Health Care Delivery</i>. Ottawa, ON : Association médicale canadienne; 2010.</li> <li>5. Terry AL, Stewart M, Thind A, et al. <i>Primary Health Care Electronic Medical Records: Gaps in Knowledge and Research in Canada</i>. Instituts de recherche sur la santé du Canada; 2010.</li> </ol>

<b>Dispensateurs de SSP équivalents à temps plein (Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires)</b>		
<b>Définition</b>	Nombre de dispensateurs de soins de santé primaires (SSP) équivalents à temps plein (ÉTP) par 1 000 patients, en fonction du type de dispensateur de SSP.	
<b>Méthode de calcul</b>	<b>Numérateur</b>	Nombre de dispensateurs de SSP ÉTP déclarés.  <b>Inclusions</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispensateurs de SSP (en fonction des types de dispensateurs énumérés à la section Remarques) ÉTP déclarés par l'organisme répondant</li> </ul> <b>Exclusions</b> Aucune
	<b>Dénominateur</b>	Nombre de clients ou de patients qui reçoivent des SSP divisé par 1 000.  <b>Inclusions</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clients ou patients qui reçoivent des SSP</li> </ul> <b>Exclusions</b> Aucune
<b>Source des données</b>	Outils d'enquête fondée sur la pratique des SSP au Canada : section à l'intention des organismes <sup>1</sup>	
<b>Remarques</b>	<b>Définition des termes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un client ou patient qui reçoit des SSP est une personne qui a été en contact avec le dispensateur au moins une fois durant l'année précédente et qui a un dossier avec ce dispensateur depuis au moins deux ans.</li> <li>• L'équivalence à temps plein correspond à 35 à 45 heures par semaine.</li> <li>• Les dispensateurs de SSP appartiennent aux catégories suivantes :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– omnipraticien et médecin de famille</li> <li>– infirmière praticienne</li> <li>– infirmière autorisée</li> <li>– pharmacien</li> <li>– diététiste</li> <li>– psychologue</li> <li>– physiothérapeute</li> <li>– optométriste</li> </ul> </li> </ul>	

**Dispensateurs de SSP équivalents à temps plein  
(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>– audiologiste</li> <li>– orthophoniste</li> <li>– travailleur social</li> <li>– ergothérapeute</li> <li>– chiropraticien</li> <li>– auxiliaire médical</li> </ul>
<b>Interprétation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Il s'agit d'une mesure contextuelle appuyant les autres indicateurs de SSP et questions de recherche.</li> </ul>
<b>Justification de l'indicateur</b>	<p>L'accès à un dispensateur de SSP a été associé à une amélioration de l'état de santé général et à une diminution de l'ensemble des coûts du système de santé<sup>2</sup>. Les Canadiens qui ont un dispensateur de SSP habituel jouissent d'un accès accru aux tests diagnostiques et à d'autres services de santé<sup>3</sup>. Les Canadiens qui ont accès aux équipes de SSP interdisciplinaires reçoivent un large éventail de services et jouissent souvent d'une continuité et d'une coordination accrues des soins<sup>4, 5</sup>. Puisque la majorité des Canadiens accèdent au système de santé par leur dispensateur de SSP, il est important de surveiller les effectifs de dispensateurs aux fins de planification des ressources humaines de la santé et de l'utilisation.</p> <p>Les ratios de médecins par rapport à la population sont utiles pour évaluer les effectifs de médecins dans la population, mais ils ne permettent pas de décrire précisément la population de dispensateurs ou de patients<sup>6</sup>. La mesure du nombre de dispensateurs ÉTP permet de quantifier les variations au sein des effectifs de dispensateurs de SSP et d'évaluer l'intensité de la pratique des dispensateurs<sup>7, 8</sup>.</p> <p>Bien que le ratio de dispensateurs ÉTP par rapport à la population soit un indicateur utile du nombre de dispensateurs de SSP par rapport à la population, il faut éviter de tirer des conclusions sur le caractère adéquat ou non des ressources en matière de dispensateurs à partir de ce seul indicateur<sup>7</sup>, puisqu'aucune méthodologie existante ne peut tenir compte de toutes les incertitudes liées à la planification des ressources en santé et des effectifs de médecins<sup>9</sup>.</p>

Dispensateurs de SSP équivalents à temps plein  
(Ensemble d'indicateurs : Dispensateurs de soins de santé primaires) (suite)

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé. Primary Health Care: Pan-Canadian Primary Health Care Survey Questions and Tools. <http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/types+of+care/primary+health/cihi006583>. Dernière modification en 2011. Consulté le 5 septembre 2012.
2. Glazier RH. Balancing equity issues in health systems: perspectives of primary healthcare. [Revue] [29 réf.]. *Healthcarepapers*. 2007;8:Spec-45.
3. Santé Canada. *Healthy Canadians-A Federal Report on Comparable Health Indicators 2010*. Ottawa, ON : Santé Canada; 2011. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2010-fed-comp-indicat/index-eng.php>. Consulté le 4 septembre 2012.
4. Barrett J, Curran V, Glynn L, et Godwin M. *CHSRF Synthesis: Interprofessional Collaboration and Quality Primary Healthcare*. Ottawa, ON : Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé; 2007.
5. Khan S, McIntosh C, Sanmartin C, Watson D, et Leeb K. *Primary Health Care Teams and Their Impact on Processes and Outcomes of Care*. Ottawa, ON : Statistique Canada; 2008.
6. Buske L. *Projections of Physician Supply in Canada*. Ottawa, ON : Association médicale canadienne; 2007.
7. Institut canadien d'information sur la santé. *Full-Time Equivalent Physicians Report, Fee-for-Service Physicians in Canada, 2004–2005*. Ottawa, ON : ICIS; 2006.
8. Chan BTB. *From Perceived Surplus to Perceived Shortage: What Happened to Canada's Physician Workforce in the 1990's?* Ottawa, ON : Institut canadien d'information sur la santé; 2002.
9. Verhulst L, Forrest CB, McFadden M. To Count Heads or to Count Services? Comparing Population-to-Physician Methods with Utilization-Based Methods for Physician Workforce Planning: A Case Study in a Remote Rural Administrative Region of British Columbia. *Healthcare Policy*. Mai 2007;2(4):e178-e192.

## Références

1. Institut canadien d'information sur la santé. *Pan-Canadian Primary Health Care Indicators, Report 1, Volumes 1 et 2: Pan-Canadian Primary Health Care Indicator Development Project*. Ottawa, ON: Institut canadien d'information sur la santé; 2006.
2. Hogg W, Rowan M, Russell G, Geneau R, Muldoon L. Framework for primary care organizations: the importance of a structural domain. *Int J Qual Health Care*. Octobre, 2008;20(5):308-313. PM:18055502.
3. Watson D. E., Broemeling A., Reid R. J., and Black C. *A Results-Based Logic Model for Primary Health Care. Laying an Evidence-Based Foundation to Guide Performance Measurement, Monitoring and Evaluation*. The University of British Columbia, Vancouver, BC: Centre for Health Services and Policy Research; 2004. [www.primary-care.chspr.ubc.ca](http://www.primary-care.chspr.ubc.ca).
4. Haggerty J, Burge F, Levesque JF, et al. Operational definitions of attributes of primary health care: consensus among Canadian experts. *Ann Fam Med*. Juillet, 2007;5(4): 336-344. PM:17664500.
5. Kringos DS, Boerma WG, Bourgueil Y, et al. The European primary care monitor: structure, process and outcome indicators. *BMC Fam Pract*. 2010;11:81. PM:20979612.
6. Statistique Canada. Canadian Community Health Survey. [www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/3226-eng.htm](http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/3226-eng.htm). Consulté le 1<sup>er</sup> août 2012.
7. Statistique Canada. Survey on Living with Chronic Diseases in Canada. [www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/5160-eng.htm](http://www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/5160-eng.htm). Consulté le 1<sup>er</sup> août 2012.
8. Le Fonds du Commonwealth. Commonwealth Fund International Health Policy Survey. <http://www.commonwealthfund.org/Surveys/>. Consulté le 1<sup>er</sup> août 2012.
9. Le Collège des médecins de famille du Canada, l'Association médicale canadienne, et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. National Physician Survey. <http://www.nationalphysiciansurvey.ca/nps/>. Consulté le 1<sup>er</sup> août 2012.
10. Le Fonds du Commonwealth. 2006 International Health Policy Survey of Primary Care Physicians. <http://www.commonwealthfund.org/Surveys/2006/2006-International-Health-Policy-Survey-of-Primary-Care-Physicians.aspx>. Consulté le 1<sup>er</sup> août 2012.
11. Le Fonds du Commonwealth. 2009 Commonwealth Fund International Health Policy Survey. <http://www.commonwealthfund.org/Surveys/2009/Nov/2009-Commonwealth-Fund-International-Health-Policy-Survey.aspx>. Consulté le 1<sup>er</sup> août 2012.
12. Inforoute Santé du Canada. Annual report 2011-2012. <https://www.infoway-inforoute.ca/resources/infoway-corporate/annual-reports>. Consulté le 1<sup>er</sup> août 2012.

13. Institut canadien d'information sur la santé. Draft Pan-Canadian Primary Health Care Electronic Medical Record Content Standard. <https://secure.cihi.ca/estore/productFamily.htm?locale=en&pf=PFC1587&lang=en>. Consulté le 1<sup>er</sup> août 2012.
14. Institut canadien d'information sur la santé. Discharge Abstract Database. [http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/acute+care/dad\\_metadata](http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/acute+care/dad_metadata). Consulté le 1<sup>er</sup> août 2012.
15. Institut canadien d'information sur la santé. Hospital Morbidity Database. [http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/acute+care/services\\_hmdb](http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/acute+care/services_hmdb). Consulté le 1<sup>er</sup> août 2012.
16. Institut canadien d'information sur la santé. National Ambulatory Care Reporting System. [http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/emergency+care/services\\_nacrs](http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/document/types+of+care/hospital+care/emergency+care/services_nacrs). Consulté le 1<sup>er</sup> août 2012.
17. Institut canadien d'information sur la santé. Scott's Medical Database. [http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/document/spending+and+health+workforce/workforce/physicians/hhrdata\\_smdb](http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/document/spending+and+health+workforce/workforce/physicians/hhrdata_smdb). Consulté le 1<sup>er</sup> août 2012.
18. Institut canadien d'information sur la santé. Nursing Database. [http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/document/spending+and+health+workforce/workforce/other+providers/ndb\\_metadata](http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/document/spending+and+health+workforce/workforce/other+providers/ndb_metadata). Consulté le 1<sup>er</sup> août 2012.

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.

Tous droits réservés.

Le contenu de cette publication peut être reproduit tel quel, en tout ou en partie et par quelque moyen que ce soit, uniquement à des fins non commerciales pourvu que l'Institut canadien d'information sur la santé soit clairement identifié comme le titulaire du droit d'auteur. Toute reproduction ou utilisation de cette publication et de son contenu à des fins commerciales requiert l'autorisation écrite préalable de l'Institut canadien d'information sur la santé. La reproduction ou l'utilisation de cette publication ou de son contenu qui sous-entend le consentement de l'Institut canadien d'information sur la santé, ou toute affiliation avec celui-ci, est interdite.

Pour obtenir une autorisation ou des renseignements, veuillez contacter l'ICIS :

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](http://www.icis.ca)  
[droitdauteur@icis.ca](mailto:droitdauteur@icis.ca)

ISBN 978-1-77109-148-0 (PDF)

© 2012 Institut canadien d'information sur la santé.

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé, *Rapport sur la mise à jour des indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires*, Ottawa (Ont.), ICIS, 2012.

This publication is also available in English under the title *Pan-Canadian Primary Health Care Indicator Update Report*.

ISBN 978-1-77109-146-6 (PDF)

## Parlez-nous

### **ICIS Ottawa**

495, rue Richmond, bureau 600  
Ottawa (Ontario) K2A 4H6  
Téléphone : 613-241-7860

### **ICIS Toronto**

4110, rue Yonge, bureau 300  
Toronto (Ontario) M2P 2B7  
Téléphone : 416-481-2002

### **ICIS Victoria**

880, rue Douglas, bureau 600  
Victoria (Colombie-Britannique) V8W 2B7  
Téléphone : 250-220-4100

### **ICIS Montréal**

1010, rue Sherbrooke Ouest, bureau 300  
Montréal (Québec) H3A 2R7  
Téléphone : 514-842-2226

### **ICIS St. John's**

140, rue Water, bureau 701  
St. John's (Terre-Neuve-et-Labrador) A1C 6H6  
Téléphone : 709-576-7006