



Repenser, renouveler, retirer : rapport de
la quatrième Conférence consensuelle
sur l'évaluation des priorités relatives aux
indicateurs de santé au Canada



Statistique
Canada

Statistics
Canada



Institut canadien
d'information sur la santé

Canadian Institute
for Health Information



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.....	4
Sommaire	6
Lettre des coorganisateur.....	8
Introduction et contexte.....	9
Survol du programme de la conférence et des méthodes de consultation.....	11
Sondage préalable à la conférence	12
Résultats de la conférence.....	14
Retrait d'indicateurs.....	14
Indicateurs dont le retrait est envisagé	15
Établissement des priorités relatives à l'élaboration d'indicateurs.....	17
Répercussions sur les sources de données	29
Suivi postconférence.....	32
Mot de la fin	37
Annexes.....	38
Annexe A : Participants à la conférence	38
Annexe B : Aperçu du programme de la conférence	40
Annexe C : Liste des indicateurs dont le retrait a été recommandé et décidé	42
Annexe D : Membres du groupe de travail postconférence	44
Références	45

Remerciements

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et Statistique Canada désirent remercier l'ensemble des personnes et des organismes qui ont participé à la planification et au déroulement de la quatrième Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de santé. Beaucoup des personnes nommées ci-dessous ont contribué de multiples façons à la planification, à l'organisation et à la tenue de la conférence, ainsi qu'à la préparation du présent rapport.

Comité directeur	
ICIS	Statistique Canada
Jeremy Veillard Vice-président, Recherche et Analyse	Lynn Barr-Telford Directrice générale, Santé, Justice et Enquêtes spéciales
Kira Leeb Directrice, Performance du système de santé (PSS)	Josée Bégin Directrice, Division de la statistique de la santé

Comité de planification externe	
ICIS	Statistique Canada
Kira Leeb Directrice, PSS	Lynn Barr-Telford Directrice générale, Santé, Justice et Enquêtes spéciales
Brenda Tipper Conseillère principale, PSS	Josée Bégin Directrice, Division de la statistique de la santé
Jacqueline Kurji Chef de projet, Conférence consensuelle	Jennifer Ali Directrice d'enquête, Division de la statistique de la santé

Organismes intervenants	
Amanda Whitewood Autorité sanitaire du district Capital (Nouvelle-Écosse)	Mark Chase Autorité sanitaire Vancouver Coastal
Donna Dill Ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse	Michelina Mancuso Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick
Gary Teare Conseil de la qualité des services de santé (Saskatchewan)	Stafford Dean Services de santé de l'Alberta
Irfan Dhalla Qualité des services de santé Ontario	

Comité de planification interne (ICIS)

Adam Rondeau Chef de section, Normes et information financières	Kerrie Whitehurst Spécialiste des communications, Communications
Brenda Tipper Conseillère principale, PSS	Kira Leeb Directrice, PSS
Erin Pichora Chef de section, Initiative sur la santé de la population canadienne	Louise Lalonde Gestionnaire, Relations avec les clients — Manitoba et Nunavut
Jacqueline Kurji Chef de projet, Conférence consensuelle	Steeve Vigneault Chef des projets spéciaux, Gestion des données, Services à domicile et Soins de longue durée
Julie Bazerly Coordonnatrice principale, Formation et Conférences	Zeerak Chaudhary Chef de projet, Indicateurs de santé et Soutien à la clientèle
Joe Puchniak Gestionnaire, Relations avec les clients — Alberta	

Plusieurs membres du personnel de l'ICIS et de Statistique Canada ont aidé les animateurs des groupes de travail à organiser les discussions et à en tenir le procès-verbal. Ces personnes sont les suivantes :

Adam Rondeau	Joseph Emmanuel Amuah
Babita Gupta	Lawson Greenberg
Brenda Tipper	Norma Jutan
Jacqueline Singer	Yana Gurevich
Jeanie Lacroix	

Nous tenons en outre à remercier les conférenciers et animateurs des groupes de travail :

Quadrant du cadre de PSS	Conférencier ou animateur de groupe de travail
Résultats du système de santé	Jean-Frédéric Lévesque Président-directeur général, Bureau d'information sur la santé, Nouvelle-Galles du Sud, Australie
Extrants du système de santé	Niek Klazinga Professeur de médecine sociale, Academisch Medisch Centrum, Pays-Bas et chef du projet sur les indicateurs de la qualité des soins de santé, Division de la santé, OCDE
Caractéristiques et intrants du système de santé	Steven Lewis Professeur adjoint de politiques de la santé, Faculté des sciences de la santé, Université Simon Fraser, Colombie-Britannique et président, Access Consulting
Déterminants sociaux de la santé	Doug Manuel Scientifique, Épidémiologie clinique, Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa

Nous aimerions aussi remercier le modérateur et animateur de la conférence, Terrence Sullivan, président de Terrence Sullivan and Associates.

Des remerciements particuliers sont également adressés à Serina Nghiem, coordonnatrice principale, PSS, qui a organisé un groupe de travail postconférence et participé à la production du présent rapport, à Julie Bazerly et à toute l'équipe Formation et Conférences de l'ICIS, à Jacqueline Kurji, responsable de toutes les activités de planification et de tenue de la conférence, ainsi qu'à Omid Fekri, responsable du développement de la stratégie d'évaluation des indicateurs qui est à la base de la discussion au sujet du retrait des indicateurs.

Enfin, nous remercions chaleureusement les participants à la conférence et les membres du groupe de travail postconférence, dont les noms sont mentionnés en annexe. Leur participation et leur mobilisation ont assuré la réussite de la conférence et permis à l'ICIS et à Statistique Canada de recueillir de précieux commentaires.

Sommaire

La quatrième Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de santé, organisée conjointement par l'ICIS et Statistique Canada, a été tenue en octobre 2014 sous le thème *Repenser, renouveler, retirer : évaluation des priorités relatives aux indicateurs de santé au Canada*.

Prenant appui sur les résultats des trois premières conférences consensuelles, cette quatrième édition visait à

- déterminer les priorités relatives à l'élaboration de nouveaux indicateurs de performance du système de santé à partir du cadre révisé de mesure de la performance du système de santé de l'ICIS;
- cerner les indicateurs peu pertinents qui pourraient être retirés des rapports publics.

La conférence a rassemblé 61 participants de partout au Canada, qui représentaient des ministères de la Santé, des régies régionales de la santé, des dispensateurs de soins de santé, des conseils de la qualité en santé et des organismes de recherche universitaires.

Un sondage préalable à la conférence a permis d'obtenir l'avis de divers intervenants concernant les priorités pour l'élaboration d'indicateurs et la faisabilité du retrait de certains indicateurs. Fournis aux participants avant la conférence, les résultats du sondage ont servi de base aux séances plénières et aux discussions en groupes de travail.

Pour la première fois, la question du retrait d'indicateurs ayant perdu de leur pertinence a été abordée lors de la conférence. Au terme d'un processus d'évaluation interne, l'ICIS a dressé une liste de 24 indicateurs qui pourraient être retirés. À la suite du sondage préalable et des discussions tenues lors de la conférence, les participants ont convenu que l'on pouvait retirer les 24 indicateurs proposés et que les travaux en vue du retrait d'autres indicateurs devaient continuer.

Après la discussion sur le retrait d'indicateurs, les participants à la conférence se sont penchés sur les priorités relatives à l'élaboration de nouveaux indicateurs. Les participants ont été répartis en quatre groupes de travail, chacun axé sur l'un des quatre quadrants du cadre de mesure de la PSS. Les discussions en groupes de travail ont été précédées d'exposés d'experts sur chacun des quadrants et d'une table ronde sur les perspectives en matière de mesure de la performance. Les participants ont également été informés des résultats du sondage préalable.

Après les discussions en groupes de travail, les participants se sont réunis en séance plénière pour définir les thèmes transversaux qui touchent tous les quadrants du cadre de mesure de la performance et constituent une priorité pour l'élaboration d'indicateurs :

- résultats des soins;
- optimisation des ressources;
- soins communautaires;
- transferts et trajectoires (intégration et continuité des soins);
- investissements en amont.

À la suite de la conférence, un groupe de travail a été formé pour explorer ces cinq thèmes plus en profondeur et formuler des recommandations relatives aux nouveaux indicateurs qui aideraient l'ICIS, Statistique Canada et d'autres partenaires à produire des rapports sur ces thèmes. Le groupe de travail postconférence a établi une liste d'indicateurs prioritaires liés à ces thèmes. Cette liste est présentée dans le tableau 13 du présent rapport.

Bien que les discussions lors de la conférence aient été variées, certains thèmes prioritaires relatifs à l'élaboration d'indicateurs sont systématiquement ressortis pour les quatre quadrants de la performance du système de santé. Le groupe de travail postconférence a permis aux participants de mettre la main à la pâte et de déterminer quels types d'indicateurs relevant de ces thèmes seraient le plus utiles pour eux.

L'ICIS et Statistique Canada doivent maintenant examiner la liste dressée par le groupe de travail pour repérer les indicateurs pouvant être élaborés au cours des prochaines années dans le cadre de leurs mandats et plans stratégiques. Les organismes doivent aussi déterminer comment collaborer avec d'autres acteurs qui pourraient appuyer l'élaboration de certains indicateurs.

Lettre des coorganisateur

Au nom de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et de Statistique Canada, nous sommes ravis de vous présenter ce compte rendu de la quatrième Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de santé. Le rapport résume les principaux messages des hauts dirigeants des provinces, territoires et régions du Canada qui ont participé à la conférence afin d'évaluer les priorités relatives à l'élaboration future d'indicateurs de santé.

Sous le thème *Repenser, renouveler, retirer : évaluation des priorités relatives aux indicateurs de santé au Canada*, la conférence de cette année a permis d'engager le dialogue au sujet du cycle de vie des indicateurs, de convenir des thèmes émergents relatifs à l'élaboration d'indicateurs de santé au cours des cinq prochaines années et d'établir les priorités à court et à long terme pour l'élaboration de nouveaux indicateurs liés à ces thèmes. Avant la conférence, nous avons sondé divers intervenants et clients au sujet des indicateurs qu'ils considèrent comme prioritaires, et reçu plus de 150 réponses. Les résultats du sondage ont servi de base aux discussions lors de la conférence.

Le volet *repenser* du programme consistait en une série d'exposés et de séances plénières présentés par des experts canadiens et étrangers de renom. Ces derniers ont lancé la discussion en présentant leur vision des enjeux émergents en matière de rapports de performance du système de santé et des idées stimulantes sur l'incidence des activités de mesure de la performance.

Durant le volet *renouveler* de la conférence, les délégués ont participé à des séances parallèles en groupes de travail et à des discussions visant à atteindre un consensus sur les domaines prioritaires pour l'élaboration d'indicateurs, ainsi qu'à explorer certaines priorités en profondeur. À la suite de l'événement, ces thèmes prioritaires ont été examinés en détail par un groupe de travail postconférence chargé de dresser une liste de nouveaux indicateurs potentiels, classés en ordre de priorité. Les résultats des travaux réalisés par ce groupe orienteront les priorités stratégiques de l'ICIS et de Statistique Canada pour de futurs projets correspondant au contexte actuel et aux besoins dégagés par nos intervenants.

Enfin, le volet *retirer* de la conférence a permis aux participants de discuter du cycle de vie des indicateurs. Prenant acte de l'impression de « désordre » qui entoure la question, l'ICIS a évalué en profondeur une série d'indicateurs existants. Vingt-quatre indicateurs ayant perdu de leur pertinence ou pouvant être remplacés par d'autres mesures mieux adaptées ont ainsi été repérés. Selon les résultats du sondage préalable à la conférence, de nombreux intervenants étaient pour le retrait des indicateurs, ce qu'a confirmé la discussion lors de la conférence. Une mise en garde a été formulée concernant le maintien de la capacité des intervenants (méthodes et données) à calculer les indicateurs au besoin.

La conférence nous a également fourni une excellente occasion de connaître les défis et les attentes des intervenants quant à l'usage des indicateurs de santé, et de nous inspirer de nos expériences mutuelles pour mieux combler les lacunes en matière d'information. Animées et diversifiées, structurées autant que spontanées, ces discussions nous ont fourni de l'information précieuse sur les projets à venir les plus importants aux yeux de nos intervenants, qui nous sera certainement utile dans le cadre de nos activités d'information et d'élaboration d'indicateurs.

Vos partenaires en santé,



Jeremy Veillard
ICIS



Lynn Barr-Telford
Statistique Canada

Introduction et contexte

L'ICIS et Statistique Canada produisent divers types de rapports sur un large éventail d'indicateurs de santé et sur la performance des systèmes de santé au Canada depuis 1999.

Cette année-là s'est tenue la première Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de la santé de la population, organisée par l'ICIS en partenariat avec Statistique Canada¹. Les deuxième et troisième éditions ont eu lieu en 2004 et 2009^{2,3}. Ces conférences visaient à établir des priorités pancanadiennes relatives aux indicateurs qu'utilisaient l'ICIS et Statistique Canada pour rendre compte

- de la santé des Canadiens;
- des facteurs qui ont une incidence sur notre santé.

Tableau 1 : Sujets abordés lors des conférences consensuelles précédentes

Année de la conférence	Sujets
Première conférence consensuelle, 1999	<ul style="list-style-type: none">• Liste d'indicateurs retenus pour une déclaration immédiate et d'indicateurs éventuels à élaborer• Adoption d'un premier cadre conceptuel des indicateurs de santé
Deuxième conférence consensuelle, 2004	<ul style="list-style-type: none">• Validation des indicateurs et établissement des priorités• Obtention d'un appui envers les nouvelles mesures de l'équité
Troisième conférence consensuelle, 2009	<ul style="list-style-type: none">• Évaluation des indicateurs existants et de l'accès aux données• Établissement de six domaines prioritaires

La quatrième Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de santé, organisée conjointement par l'ICIS et Statistique Canada, a été tenue en octobre 2014 sous le thème *Repenser, renouveler, retirer : évaluation des priorités relatives aux indicateurs de santé au Canada*.

Cette quatrième édition visait à

- déterminer les priorités relatives à l'élaboration de nouveaux indicateurs de performance du système de santé à partir du cadre révisé de mesure de la performance du système de santé de l'ICIS;
- cerner les indicateurs peu pertinents qui pourraient être retirés des rapports publics.

Le programme de la conférence de deux jours se divisait en trois volets :

Repenser — Préparer le terrain : Exposés et séances plénières présentés par des experts canadiens et étrangers de renom, qui ont partagé leur vision des enjeux émergents en matière de rapports de performance du système de santé, ainsi que des idées stimulantes sur l'incidence des activités de mesure de la performance.

Renouveler — Établir les priorités relatives à l'élaboration de nouveaux indicateurs : Les délégués ont participé à des séances parallèles en groupes de travail et à des discussions encadrées visant à atteindre un consensus sur les domaines prioritaires pour l'élaboration de nouveaux indicateurs.

Retirer — Déterminer les indicateurs pouvant être retirés : Prenant acte de l'impression de « désordre » des indicateurs, les délégués ont discuté de leur cycle de vie et examiné 24 indicateurs financiers et de santé qui pourraient être retirés.

Un certain nombre de thèmes prioritaires sont ressortis des discussions. À la suite de la conférence, un groupe de travail a été formé pour explorer ces thèmes plus en profondeur et formuler des recommandations relatives aux nouveaux indicateurs qui aideraient l'ICIS, Statistique Canada et d'autres partenaires à produire des rapports sur ces thèmes.

Le présent rapport donne un bref compte rendu de la conférence et présente les résultats des travaux du groupe de travail postconférence. Il décrit le sondage préalable à la conférence, les résultats des discussions sur le retrait d'indicateurs, les grands thèmes qui sont ressortis des discussions sur les priorités relatives à l'élaboration d'indicateurs, de même que les ressources nécessaires sur le plan des données pour atteindre les objectifs prioritaires.

Survol du programme de la conférence et des méthodes de consultation

La conférence en personne, à laquelle 68 personnes avaient été conviées, a rassemblé 61 participants de partout au Canada, qui représentaient des ministères de la Santé, des régies régionales de la santé, des dispensateurs de soins de santé, des conseils de la qualité en santé et des organismes de recherche universitaires. La liste de ces participants de haut rang figure à l'annexe A.

Un sondage préalable à la conférence a permis d'obtenir l'avis de divers intervenants concernant les priorités pour l'élaboration d'indicateurs et la faisabilité du retrait de certains indicateurs. Fournis aux participants avant la conférence, les résultats du sondage ont servi de base aux séances plénières et aux discussions en groupes de travail. Ces résultats font l'objet d'un [rapport distinct](#)⁴.

Le programme de la conférence, échelonné sur deux jours, comprenait des séances plénières et des discussions en groupe de travail. Un aperçu du programme est présenté ci-dessous. Le programme complet avec les noms des conférenciers et animateurs des discussions figure à l'annexe B.

Tableau 2 : Aperçu du programme de la conférence

Jour 1	Matin	<ul style="list-style-type: none"> • Accueil et mot d'ouverture • Pleins feux sur les indicateurs : discussion et vote sur le retrait de certains indicateurs • Exposé et séance plénière : perspectives internationales de la recherche et du développement en matière d'indicateurs
	Après-midi	<ul style="list-style-type: none"> • Survol du cadre de mesure de la performance du système de santé de l'ICIS • Exposés et séance plénière sur les priorités et thèmes émergents en matière de rapports de performance du système de santé, organisés selon les quadrants du cadre de mesure : <ul style="list-style-type: none"> – Résultats du système de santé – Extrants du système de santé – Caractéristiques et intrants du système de santé – Déterminants sociaux de la santé
Jour 2	Matin	<ul style="list-style-type: none"> • Table ronde d'experts : regard sur l'incidence des activités de mesure • Discussions en groupes de travail parallèles visant à cerner des domaines prioritaires pour l'élaboration de nouveaux indicateurs, organisées selon les quadrants du cadre de mesure • Séance plénière portant sur les résultats des discussions des groupes de travail
	Après-midi	<ul style="list-style-type: none"> • Discussions en groupes de travail parallèles visant à proposer des indicateurs potentiels, organisées selon les quadrants du cadre de mesure • Séance plénière portant sur les résultats des discussions des groupes de travail • Exposé et séance plénière : répercussions sur les priorités en matière de création de données • Mot de la fin

Premier thème de la conférence, la question du retrait des indicateurs a été abordée sous forme d'un exposé suivi d'une séance plénière structurée.

Après avoir discuté du retrait de certains indicateurs, les participants se sont penchés sur les priorités relatives à l'élaboration de nouvelles mesures. Des exposés de conférenciers et une séance plénière ont servi à préparer le terrain. Des discussions structurées en groupes de travail ont ensuite permis d'établir des thèmes prioritaires organisés en fonction des quadrants du [cadre de mesure de la performance du système de santé](#) de l'ICIS : Résultats du système de santé, Extrants du système de santé, Caractéristiques et intrants du système de santé, et Déterminants sociaux de la santé.

Les thèmes proposés par les groupes de travail ont été examinés dans le cadre d'une séance plénière structurée. À la suite de cette séance, les groupes de travail se sont de nouveau réunis pour proposer des indicateurs potentiels liés aux thèmes prioritaires.

Ces propositions d'indicateurs ont été présentées lors d'une dernière séance plénière, qu'ont conclue les représentants de l'ICIS et de Statistique Canada en discutant des répercussions sur l'élaboration des sources de données.

Sondage préalable à la conférence

Les discussions en groupes de travail et les séances plénières sur les domaines prioritaires et le retrait d'indicateurs s'appuyaient sur le sommaire des résultats d'un sondage préalable à la conférence.

Ce sondage visait à obtenir l'avis de divers intervenants sur les priorités relatives à l'élaboration d'indicateurs de santé et sur les indicateurs que l'on proposait de retirer.

En tout, 153 personnes ont répondu au sondage, mené du 31 juillet au 11 septembre 2014.

Les répondants se divisaient en trois groupes :

1. Participants à la conférence : Les 61 participants étaient fortement invités à répondre au sondage avant la conférence.
2. Invités : Une invitation à répondre au sondage a été envoyée par courriel à environ 450 intervenants ciblés.
3. Non invités : Un lien vers le sondage était affiché sur le site Web de l'ICIS. Toutes les personnes visitant le site Web de l'ICIS durant la période de sondage étaient invitées à répondre.

Le tableau 3 résume les réponses de ces trois groupes.

Tableau 3 : Réponses au sondage préalable à la conférence, par groupe

Groupe	Nombre de sondages remplis	Taux de participation
Participants à la conférence	48	70 %
Intervenants et clients invités par courriel à remplir le sondage (invités)	50	11 %
Répondants non invités qui ont rempli le sondage sur www.icis.ca (non invités)	55	s.o.
Total	153	s.o.

Les figures 1 et 2 donnent de l'information sur les répondants au sondage.

Figure 1 : Nombre de répondants par région

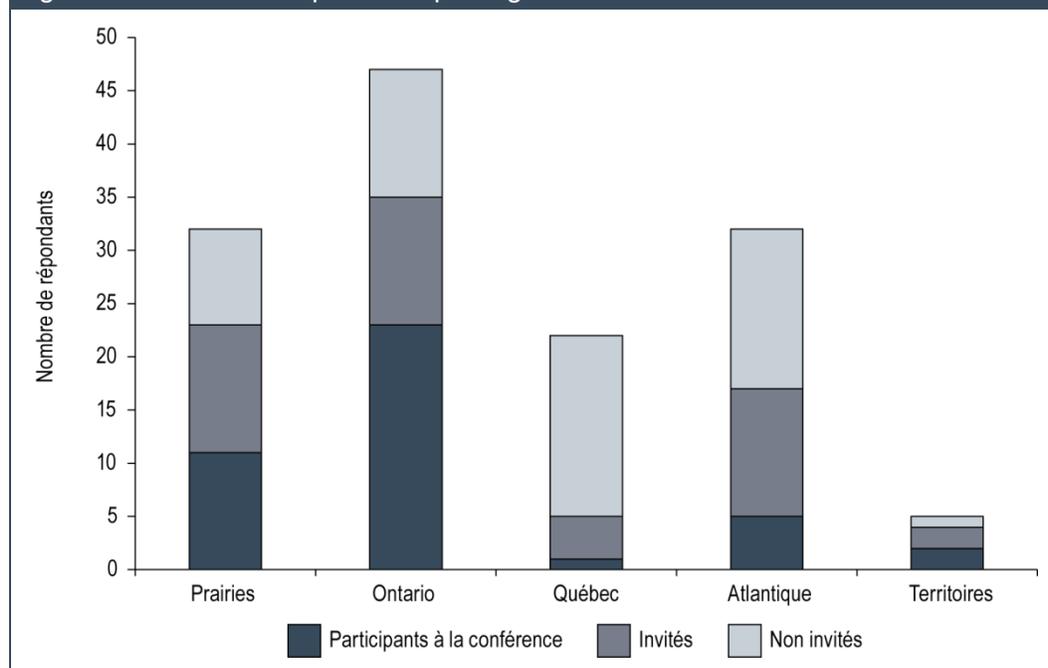
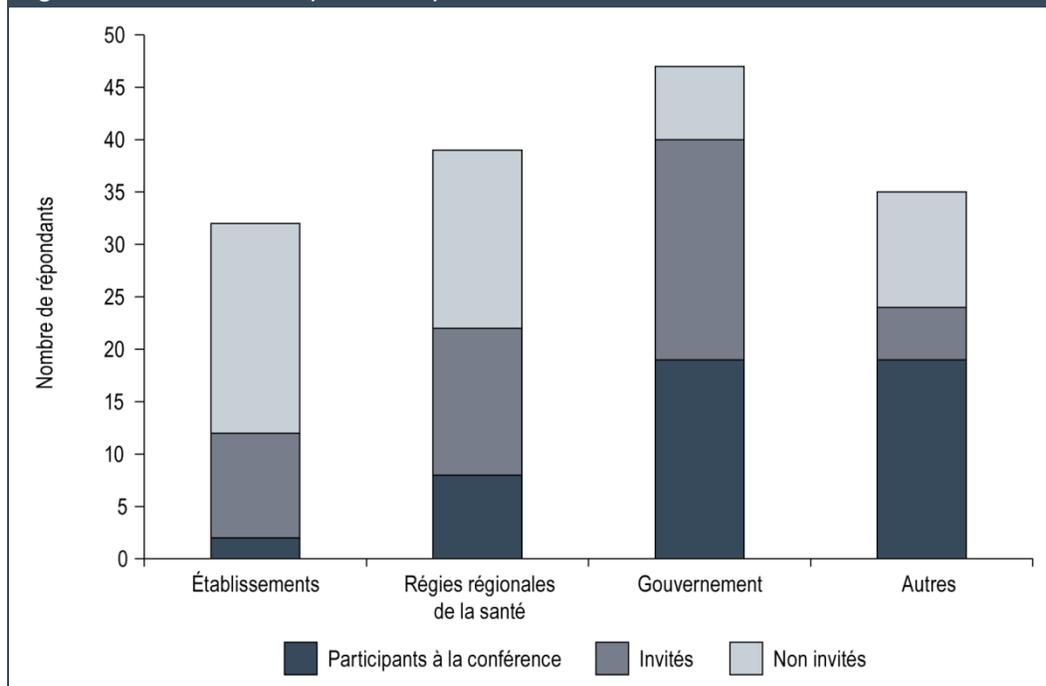


Figure 2 : Nombre de répondants par milieu de travail



Résultats de la conférence

Retrait d'indicateurs

Les trois premières conférences consensuelles ont porté sur les éléments importants à ajouter aux priorités de l'ICIS et de Statistique Canada en matière d'élaboration d'indicateurs. Or, il devient aujourd'hui évident que les organismes comme l'ICIS doivent réfléchir au cycle de vie des indicateurs et adopter un mécanisme de retrait systématique des mesures qui perdent de leur pertinence. La question du retrait d'indicateurs a été abordée pour la première fois lors de la Conférence consensuelle nationale de 2014.

Pourquoi retirer certains indicateurs?

L'ICIS a élaboré un processus permettant d'évaluer les indicateurs actuellement publiés et de déterminer lesquels devraient être retirés, en réponse à certains enjeux émergents⁶ :

- faire de la place aux nouveaux indicateurs — la publication de chaque indicateur requiert des ressources humaines et financières; puisque ces ressources sont limitées, chaque indicateur choisi pour publication exige d'abandonner un autre indicateur, parfois très pertinent;
- réduire le désordre des indicateurs, au lieu de l'accentuer⁷;
- nous donner la capacité de répondre aux besoins de nos intervenants et rendre les indicateurs plus exploitables.

Indicateurs dont le retrait est envisagé

Le processus d'évaluation interne a été appliqué à 56 indicateurs hospitaliers et de santé de l'ICIS⁶, qui ont été cotés selon des critères élaborés et examinés par deux groupes internes. Les critères d'évaluation interne touchaient entre autres la facilité d'utilisation, l'importance, la fiabilité scientifique et la faisabilité. Le tableau 4 présente les recommandations relatives aux 56 indicateurs qui découlent de l'examen interne de l'ICIS.

Tableau 4 : Recommandations relatives aux 56 indicateurs visés par l'examen interne de l'ICIS

	Indicateurs hospitaliers	Indicateurs de santé régionaux	Total
Nombre d'indicateurs évalués	27	29	56
Recommandation			
Conserver	14	23	37
Poursuivre la consultation auprès des intervenants	2	5	7
Mener des activités de recherche et de développement	2	1	3
Recommander le retrait	9	0	9

Remarques

Les indicateurs hospitaliers comprennent ceux du Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC). La liste complète des indicateurs dont le retrait est recommandé figure à l'[annexe C](#).

La conférence a permis d'obtenir l'avis des intervenants sur le retrait des 9 indicateurs retenus. À l'issue d'un processus interne distinct, 15 autres indicateurs financiers publiés par l'ICIS ont également été désignés comme susceptibles d'être retirés, portant à 24 le nombre d'indicateurs à examiner lors de la conférence.

Résultat des consultations sur le retrait d'indicateurs

Les résultats du sondage préalable ont alimenté la discussion sur le retrait d'indicateurs lors de la conférence. Pour chacun des 24 indicateurs envisagés, les répondants devaient indiquer s'ils

- étaient d'accord avec le retrait de l'indicateur;
- n'étaient pas d'accord avec le retrait de l'indicateur;
- ne pouvaient pas se prononcer.

Pour 13 des 24 indicateurs, plus de 70 % des répondants qui pouvaient se prononcer étaient pour le retrait.

La séance plénière sur le retrait des indicateurs a été menée selon le processus suivant :

- discussion générale sur la nécessité d'arrêter la publication de certains indicateurs et sur l'adoption du principe de retrait d'indicateurs;
- entente sur le retrait des 13 indicateurs que plus de 70 % des répondants au sondage préalable à la conférence souhaitaient retirer;

- exposé et discussion sur les 11 indicateurs que moins de 70 % des répondants souhaitaient retirer;
- vote électronique durant la conférence sur le retrait de ces 11 indicateurs.

Les questions et points suivants ont été soulevés durant la séance plénière :

- Bien que certains des indicateurs choisis soient jugés peu pertinents en raison de leur manque de comparabilité à l'échelle pancanadienne, un certain nombre de provinces, de territoires, de régions et d'établissements les utilisent à l'interne ou pour la reddition de comptes.
- Même si les indicateurs choisis sont retirés des rapports publics de l'ICIS, il faut veiller à ce que les intervenants du milieu de la santé puissent toujours les calculer et les déclarer. Pour ce faire, il faut consigner les méthodes de calcul et les rendre accessibles.
- Si certains indicateurs de réadmission précis sont retirés, conformément aux recommandations, l'ICIS ne publierait que les taux relatifs à de grandes catégories de patients. L'ICIS a créé un nouvel outil analytique qui permettra aux utilisateurs autorisés des hôpitaux d'explorer les résultats pour des indicateurs clés à l'échelle des établissements, y compris les taux de réadmission. Les utilisateurs pourront ainsi examiner les taux de réadmission pour des groupes de patients particuliers et comparer le taux de leur établissement avec celui des autres.
- Il faudrait procéder régulièrement à une évaluation de la pertinence et de l'utilité des indicateurs actuellement publiés, en examinant la possibilité de les retirer et de les remplacer par d'autres.
- Les participants ont aimé discuter du retrait d'indicateurs, mais ont conclu que cette activité relevait du mandat de l'ICIS. À l'avenir, ils croient que l'ICIS devrait se charger seul des décisions et des recommandations relatives au retrait d'indicateurs.

Au terme de la séance plénière et du vote électronique sur les 11 indicateurs, les participants ont convenu de retirer les 24 indicateurs des rapports publics réguliers (les résultats du vote électronique lors de la conférence figurent à l'[annexe C](#)).

Tableau 5 : Résultats sommaires des consultations sur le retrait d'indicateurs

	Indicateurs hospitaliers et indicateurs de santé régionaux	Indicateurs financiers	Total
Retrait proposé	9	15	24
Retirés à la suite du sondage préalable à la conférence	6	7	13
Retirés à la suite de la séance plénière et du vote lors de la conférence	3	8	11

Établissement des priorités relatives à l'élaboration d'indicateurs

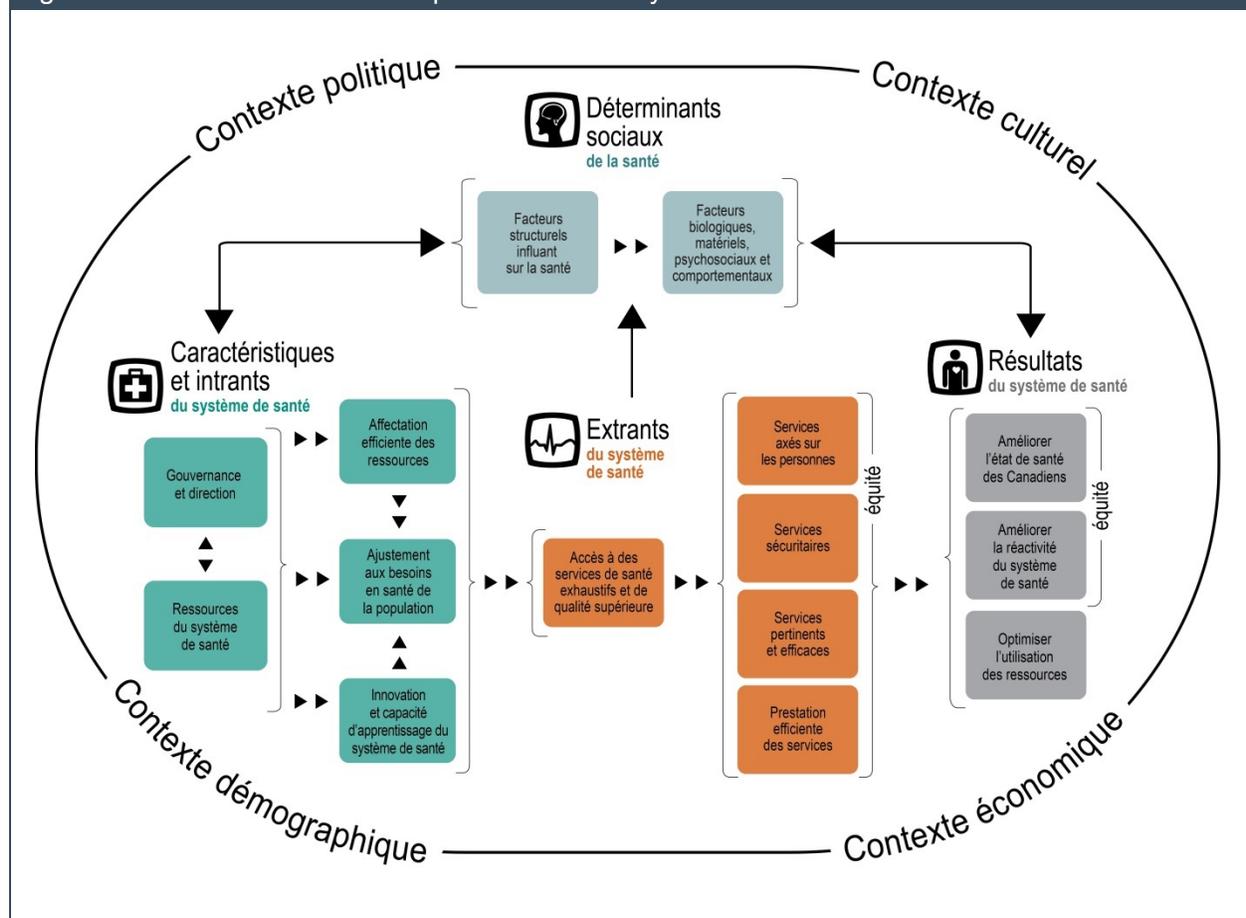
Processus

Une grande partie de la conférence a été consacrée à des discussions en groupes de travail et à des séances plénières visant à établir des priorités pour l'élaboration de futurs indicateurs. Ces discussions ont occupé l'après-midi du jour 1 et une grande partie du jour 2.

La discussion sur les priorités relatives à l'élaboration d'indicateurs a commencé par la conférence « Perspectives internationales de la recherche et du développement en matière d'indicateurs », suivie d'un exposé et d'une discussion sur le [cadre de mesure de la performance du système de santé de l'ICIS](#)⁵.

Ce cadre sert à guider la sélection et la déclaration des indicateurs, afin d'assurer l'inclusion des principales dimensions de la performance du système de santé dans les rapports. Les quadrants et les dimensions du cadre sont illustrés à la figure 3.

Figure 3 : Cadre de mesure de la performance du système de santé de l'ICIS



Pour aborder les grandes dimensions de la performance du système de santé, la discussion sur les priorités relatives à l'élaboration de nouveaux indicateurs a été structurée selon les quatre quadrants :

- Résultats du système de santé
- Extrants du système de santé
- Caractéristiques et intrants du système de santé
- Déterminants sociaux de la santé

Des exposés en plénière donnés par des conférenciers et des discussions sur les thèmes émergents pour chacun des quadrants ont eu lieu en après-midi afin de préparer le terrain pour les discussions en groupes de travail du jour 2. Les conférenciers ont été invités à

- faire part de leur vision des enjeux émergents en matière de rapports de performance du système de santé;
- présenter des idées stimulantes sur l'incidence des activités de mesure de la performance du système de santé.

La table ronde « Regard sur l'incidence des activités de mesure », au début du jour 2, a continué d'alimenter la réflexion. Les membres du groupe d'experts ont discuté des types d'indicateurs qu'ils ont utilisés ou dont ils ont tenu compte, et qui ont conduit à l'amélioration d'un aspect de la santé ou des soins de santé. Chacun des trois experts a jeté un regard particulier sur les principales considérations motivant la création d'un nouvel indicateur. Les messages clés pour chacune des perspectives sont présentés dans le tableau 6.

Tableau 6 : Messages clés selon l'incidence des activités de mesure

Perspective	Messages clés
Les responsables de l'élaboration des politiques et les décideurs	<ul style="list-style-type: none"> • Les indicateurs doivent être faciles à expliquer. • Il faut que la mesure ait une incidence claire et change la donne de façon manifeste. • Nous devons pouvoir présenter les indicateurs de façon à retenir l'attention.
Les dispensateurs de soins de santé	<ul style="list-style-type: none"> • À l'échelle des établissements, il faut des indicateurs qui mesurent ce qui importe vraiment pour le patient. • À l'échelle du système, les indicateurs doivent rendre compte du succès des changements apportés au système de santé.
Les patients et leurs soignants	<ul style="list-style-type: none"> • Il faut évaluer si le système de santé répond aux besoins déclarés par les patients et leurs soignants. • Les indicateurs de l'expérience des patients doivent signaler si les besoins des patients sont comblés et rendre compte de leur expérience à toutes les consultations. Une rétroaction en temps réel est essentielle pour assurer l'exactitude de l'information.

À la suite de la table ronde, les participants se sont divisés en quatre groupes de travail, chacun devant établir des priorités en matière d'indicateurs pour l'un des quadrants du cadre de mesure de la PSS. Durant la première discussion en groupes de travail, les participants ont été invités à définir des domaines prioritaires. À la suite de cette discussion, les participants se sont réunis en séance plénière pour traiter des domaines prioritaires cernés pour les quatre quadrants. Ils ont ensuite procédé à un vote électronique afin de choisir trois grands domaines prioritaires par quadrant.

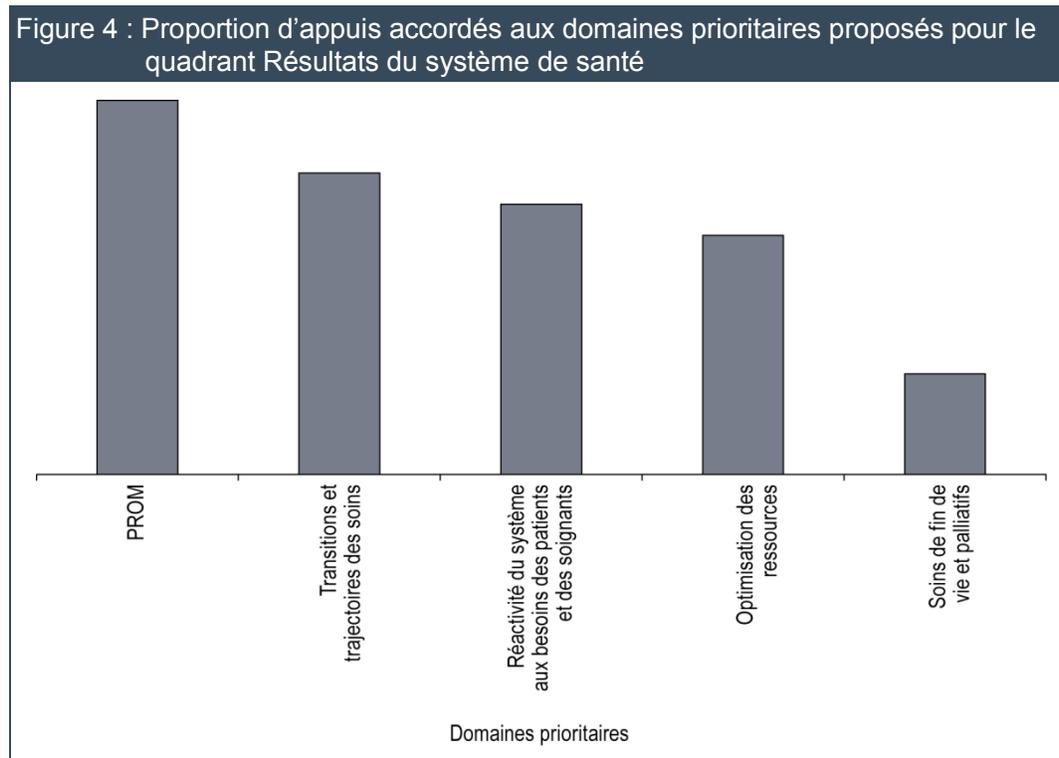
Les groupes de travail se sont réunis de nouveau pour traiter d'aspects plus précis touchant l'élaboration de nouveaux indicateurs dans chacun des trois domaines prioritaires. Ils ont finalement mis leurs idées en commun lors d'une deuxième séance plénière. Les sections qui suivent décrivent, pour chaque quadrant du cadre de mesure, les domaines prioritaires et les idées d'indicateurs proposées durant les discussions en groupes de travail et les séances plénières.

Quadrant 1 : Résultats du système de santé

Le groupe de travail sur les résultats du système de santé a proposé cinq domaines prioritaires pour l'élaboration de nouveaux indicateurs :

1. Mesures des résultats déclarés par les patients (PROM)
2. Transferts et trajectoires de soins — Comment se passe la transition des patients entre les différents dispensateurs de soins dans le système et comment leur état de santé change-t-il durant les transferts?
3. Réactivité du système aux besoins des patients, en particulier de ceux qui présentent des comorbidités multiples et des besoins complexes, ainsi que de leurs soignants
4. Optimisation des ressources — Quel est le lien entre résultats et dépenses?
5. Soins de fin de vie et palliatifs — Dans quelle mesure le système répond-il aux besoins des personnes en fin de vie?

La figure 4 illustre la proportion d'appuis accordés à ces cinq priorités lors du vote électronique à l'issue de la séance plénière.



Les recommandations et les messages clés suivants ont été formulés durant la présentation et la discussion portant sur ces priorités :

- Bien que les indicateurs de résultats soient utiles pour examiner la performance globale d'un système de santé, très peu d'entre eux peuvent être attribués à un dispensateur, un type de soins ou une période en particulier. Ces indicateurs rendent compte des résultats communs.
- Ces indicateurs peuvent être considérés comme des résultats du système de santé, mais les soins de santé ne sont pas le seul facteur déterminant. Les déterminants sociaux de la santé, les politiques publiques et les facteurs contextuels mentionnés dans le cadre ont une profonde incidence sur de nombreux résultats.
- L'élaboration de nouveaux indicateurs de résultats doit être arrimée aux initiatives d'amélioration et aux synergies émergentes.
- Certains résultats doivent faire l'objet d'une surveillance continue. Même si la performance est satisfaisante et qu'aucune initiative de changement ou d'amélioration n'est en cours, il nous faut des indicateurs qui signalent les variations de performance (p. ex. des indicateurs liés à la sécurité).

Le groupe de travail a proposé des idées de nouveaux indicateurs associés aux domaines prioritaires. Ces indicateurs sont présentés dans le tableau 7.

Tableau 7 : Indicateurs éventuels par domaine prioritaire pour le quadrant Résultats du système de santé

Domaine prioritaire	Indicateurs éventuels
Mesures des résultats déclarés par les patients (PROM)	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre d'événements indésirables (déclarés par le patient) durant la prestation de soins • PROM liées à des affections et à des traitements particuliers • Interventions n'ayant pas amélioré la qualité de vie
Transferts et trajectoires de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Vitesse des transferts selon l'état de santé • Détérioration de l'état de santé des patients en attente de placement en soins de longue durée ou de services à domicile • Fréquence des longs séjours hospitaliers
Réactivité du système aux besoins des patients et de leurs soignants	<ul style="list-style-type: none"> • Jours sans utilisation du système de santé
Optimisation des ressources	<ul style="list-style-type: none"> • Optimisation des ressources dans l'ensemble du système pour des affections particulières
Soins de fin de vie et palliatifs	<ul style="list-style-type: none"> • Aucun indicateur proposé
Autres indicateurs sans lien direct avec un domaine prioritaire	<ul style="list-style-type: none"> • Surmortalité due à des affections particulières (p. ex. liée à la santé mentale, à l'alcool) • Connaissances de base en santé liées aux résultats

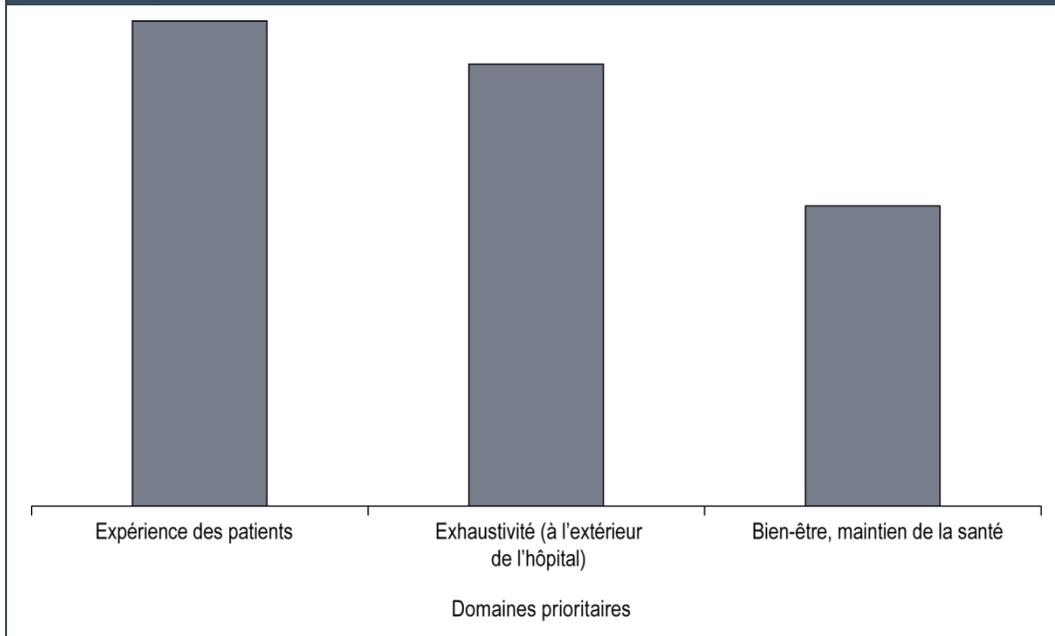
Quadrant 2 : Extrants du système de santé

Le groupe de travail sur les extrants du système de santé (c.-à-d. les services de santé) a proposé trois domaines prioritaires pour l'élaboration de nouveaux indicateurs :

1. Expérience des patients quant aux soins reçus
2. Exhaustivité — Créer davantage d'indicateurs sur les services dispensés en dehors des milieux de soins de courte durée
3. Bien-être et maintien de la santé — Contrebalancer le grand nombre d'indicateurs actuellement axés sur les extrants associés au traitement des maladies

La figure 5 illustre la proportion d'appuis accordés à ces trois priorités lors du vote électronique à l'issue de la séance plénière.

Figure 5 : Proportion d'appuis accordés aux domaines prioritaires proposés pour le quadrant Extrants du système de santé



Les recommandations et les messages clés suivants ont été formulés durant la présentation et la discussion portant sur ces priorités :

- Il faut examiner un groupe pertinent d'indicateurs permettant de comprendre les extrants du système de santé. Les résultats de chaque indicateur, en particulier ceux utilisés pour la reddition de comptes, ne doivent pas être dissociés de leur contexte : le contexte démographique et les conséquences du vieillissement de la population, le contexte culturel et son incidence sur l'expérience et les attentes des patients, de même que le contexte politique et l'incidence de la reddition de comptes. La gamme d'indicateurs sur les extrants du système de santé doit être mieux équilibrée :
 - Il nous faut des indicateurs qui décrivent les expériences des patients quant aux services qu'ils reçoivent, la variation de ces expériences et leur fluctuation au fil du temps.
 - Notre capacité en matière d'indicateurs doit dépasser notre vision actuelle axée sur les soins de courte durée, pour renseigner davantage sur la qualité des services en milieu communautaire, notamment les soins de santé primaires.
 - Les indicateurs doivent être soumis à un « filtre contextuel » qui rend compte des changements démographiques, de la situation économique et des contraintes budgétaires, des valeurs culturelles de solidarité et d'équité ainsi que du système fédéral canadien. Ces éléments contextuels sont incontournables, en particulier lorsqu'il est question de comparaisons internationales.

Le groupe de travail a proposé des idées de nouveaux indicateurs associés aux domaines prioritaires. Ces indicateurs sont présentés dans le tableau 8.

Tableau 8 : Indicateurs éventuels par domaine prioritaire pour le quadrant Extrants du système de santé	
Domaine prioritaire	Indicateurs éventuels
Expérience des patients quant aux soins reçus	<ul style="list-style-type: none"> • Expérience auprès des dispensateurs des secteurs autres que les soins de courte durée (indicateur également lié à la priorité d'exhaustivité) • Expérience de la population générale dans l'ensemble du système
Exhaustivité	<ul style="list-style-type: none"> • Pertinence du milieu et du niveau de soins (les bons soins au bon moment) • Conformité aux normes et aux cheminements cliniques dans les trajectoires des patients • Perspective des patients quant à la continuité de leurs soins d'un secteur à l'autre
Bien-être et maintien de la santé	<ul style="list-style-type: none"> • Résultats et efficacité des services de santé publique • Blessures liées au travail

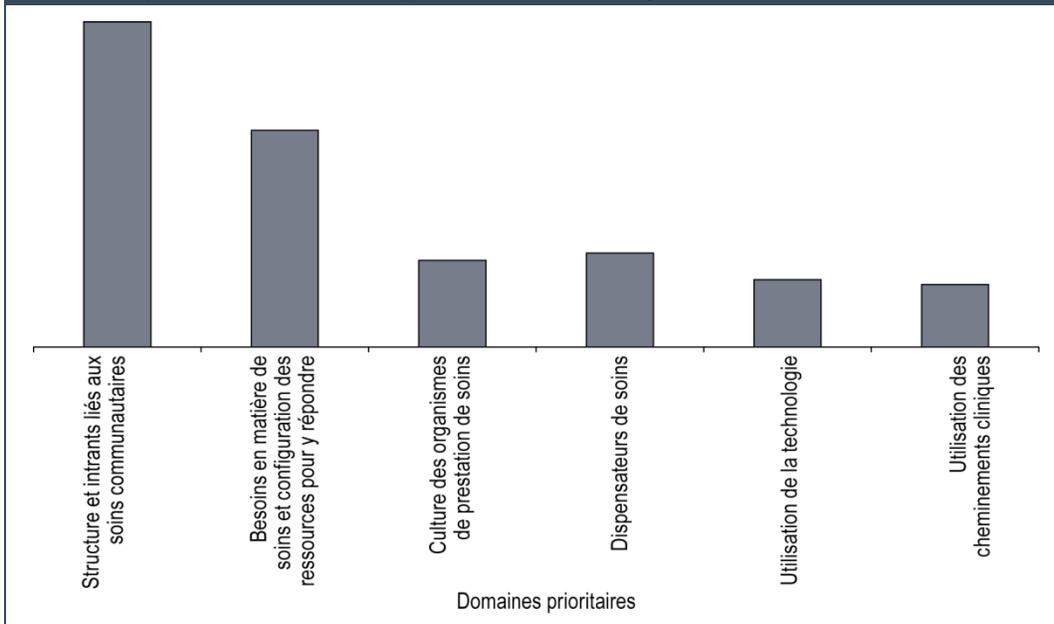
Quadrant 3 : Caractéristiques et intrants du système de santé

Le groupe de travail sur les caractéristiques et intrants du système de santé a proposé 6 domaines prioritaires pour l'élaboration de nouveaux indicateurs :

1. Structure et intrants liés aux soins communautaires, en particulier les soins de santé primaires et les soins de santé mentale
2. Besoins en matière de soins et configuration des ressources locales et du système pour y répondre
3. Culture des organismes de prestation de soins — orientation vers les soins centrés sur le patient, apprentissage et innovation, amélioration de la qualité, et capacité à utiliser l'information et les données probantes
4. Dispensateurs de soins — champ de pratique et satisfaction au travail
5. Utilisation de la technologie
6. Utilisation des cheminements cliniques dans l'ensemble du système.

La figure 6 illustre la proportion d'appuis accordés à ces priorités lors du vote électronique à l'issue de la séance plénière.

Figure 6 : Proportion d'appuis accordés aux domaines prioritaires proposés pour le quadrant Caractéristiques et intrants du système de santé



Les recommandations et les messages clés suivants ont été formulés durant la présentation et la discussion portant sur ces priorités :

- Les caractéristiques et la structure du système pourraient avoir plus d'incidence sur la performance du système de santé que les intrants techniques ou l'efficacité. Pour déterminer quels indicateurs seront le plus utiles, il faut établir clairement le lien avec les résultats du système de santé; autrement, nous obtiendrons de nombreux indicateurs potentiels sans liens manifestes avec les objectifs du système.
- Il faut nous montrer attentifs à l'utilisation, à bon ou à mauvais escient, des indicateurs d'intrants. Une analyse axée uniquement sur l'excès ou l'insuffisance des intrants ou des ressources, sans tenir compte des résultats, pourrait avoir des répercussions considérables sur les dépenses et les politiques.
- Même si les caractéristiques du système sollicitent de plus en plus notre attention, les domaines prioritaires relevés lors des discussions sont très difficiles à évaluer et à mesurer.
- Le vieillissement de la population ne causera pas la ruine du système, mais aura de profondes répercussions sur sa performance. Il faut déterminer quels indicateurs liés à la structure et aux caractéristiques du système peuvent rendre compte de la capacité de celui-ci à relever les défis associés au vieillissement.

Le groupe de travail a proposé des idées de nouveaux indicateurs associés aux trois domaines prioritaires les plus populaires. Ces indicateurs sont présentés dans le tableau 9.

Tableau 9 : Indicateurs éventuels par domaine prioritaire pour le quadrant Caractéristiques et intrants du système de santé

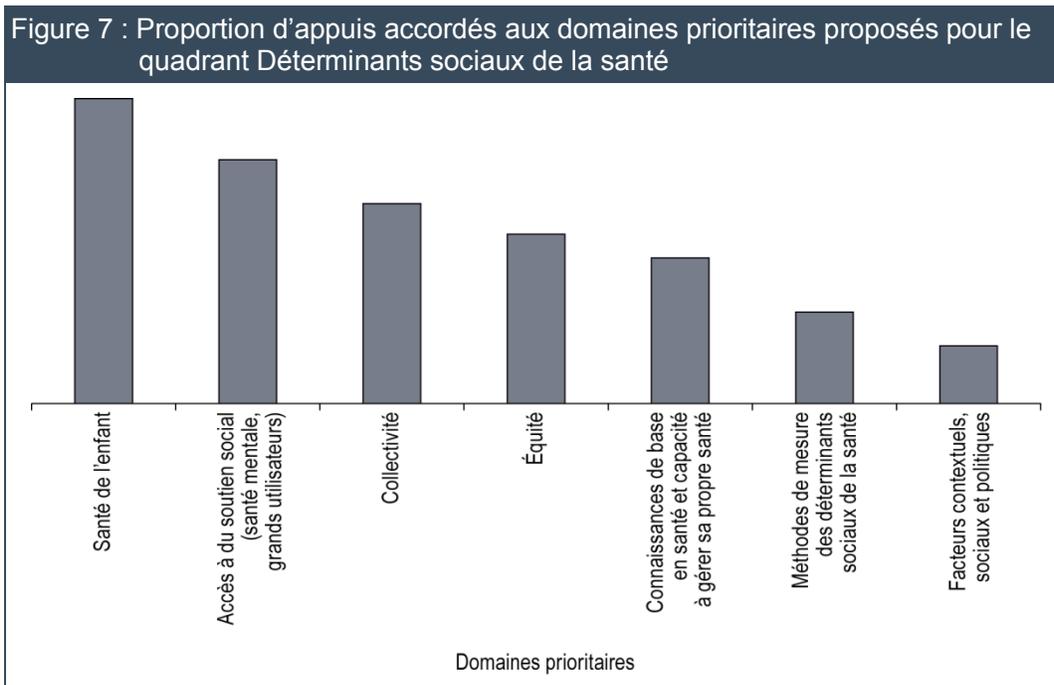
Domaine prioritaire	Indicateurs éventuels
Structure et intrants liés aux soins communautaires	<ul style="list-style-type: none"> • Étendue des liens et des collaborations entre secteurs de soins • Caractéristiques des ressources communautaires
Besoins en matière de soins et configuration des ressources locales et du système pour y répondre	<ul style="list-style-type: none"> • Dépenses par secteur (variations et fluctuations) • Perspective des patients quant à leurs besoins (en particulier les personnes âgées et les personnes présentant des comorbidités multiples)
Culture des organismes de prestation de soins	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation des employés et du personnel • Dimensions de la culture organisationnelle <ul style="list-style-type: none"> – Soins centrés sur le patient – Capacité d'apprentissage et d'innovation – Orientation en matière de qualité • Capacité à utiliser l'information et les données probantes

Quadrant 4 : Déterminants sociaux de la santé

Le groupe de travail sur les déterminants sociaux de la santé a proposé sept domaines prioritaires pour l'élaboration de nouveaux indicateurs :

1. Santé de l'enfant
2. Accès à du soutien social, en particulier pour les personnes atteintes de maladies mentales et les grands utilisateurs du système de santé
3. Collectivité, notamment les éléments liés à l'environnement bâti et le soutien aux modes de vie sains
4. Équité — accès et ressources disponibles en fonction des déterminants sociaux de la santé
5. Connaissances de base en santé et capacité des personnes à gérer leur propre santé et à modifier leur état de santé
6. Méthodes de mesure des déterminants sociaux de la santé, y compris les besoins variant selon la culture
7. Facteurs contextuels, sociaux et politiques influant sur la santé

La figure 7 illustre la proportion d'appuis accordés à ces priorités lors du vote électronique à l'issue de la séance plénière.



Les recommandations et les messages clés suivants ont été formulés durant la présentation et la discussion portant sur ces priorités :

- Les meilleurs indicateurs sont ceux qui relient les quatre quadrants et qui font ressortir les liens entre les déterminants sociaux de la santé et les résultats. Les indicateurs de mortalité liée à la maladie mentale ou attribuable au tabagisme ou à la consommation abusive d'alcool en sont de bons exemples.
- Les nouveaux indicateurs devraient être calculés à l'échelle de la population et de la pratique des dispensateurs. Nous obtiendrions ainsi de l'information sur les résultats du système tout en assurant la pertinence des indicateurs pour les dispensateurs.
- Les mesures contextuelles et les indicateurs de performance ne devraient plus être envisagés séparément. Il faut cesser de voir les déterminants sociaux de la santé comme des facteurs immuables ou contextuels influant sur la performance du système de santé. Certains de ces déterminants peuvent en effet être considérés eux-mêmes comme des indicateurs de performance, sur lesquels le système de santé peut influencer. Des indicateurs exploitables peuvent favoriser le changement des politiques.
- Le logement, le quartier et l'environnement bâti se répercutent souvent profondément sur la santé. Comme au point précédent, nous devons considérer que ces facteurs sont modifiables.

Le groupe de travail a proposé des idées de nouveaux indicateurs associés aux 4 domaines prioritaires les plus populaires. Ces indicateurs sont présentés dans le tableau 10.

Tableau 10 : Indicateurs éventuels par domaine prioritaire pour le quadrant Déterminants sociaux de la santé	
Domaine prioritaire	Indicateurs éventuels
Santé de l'enfant	<ul style="list-style-type: none"> • Autres mesures axées sur le développement de la petite enfance, y compris sur les comportements et l'intimidation • Santé mentale des enfants et des adolescents • Obésité infantile
Accès à du soutien social, en particulier pour les personnes atteintes de maladies mentales et les grands utilisateurs du système de santé	<ul style="list-style-type: none"> • Besoins en matière de logement et de soutien social, et accès à ces services • Démêlés avec le système judiciaire • Mesures liées à la santé mentale positive (résilience)
Collectivité	<ul style="list-style-type: none"> • L'environnement bâti (physique) et la façon dont il favorise ou non la santé (p. ex. accessibilité piétonnière, parcs, espaces verts) • Indicateur composite lié aux comportements sains
Équité	<ul style="list-style-type: none"> • Mesure globale des résultats liés aux déterminants sociaux de la santé visant à fournir une indication générale des progrès sur ce plan

Thèmes prioritaires transversaux

Les séances plénières sur les priorités propres à chacun des quatre quadrants ont permis de dégager des thèmes semblables. Bien que les dimensions des quadrants soient représentées par des encadrés dans le cadre de mesure de la PSS (voir figure 3), des flèches indiquent qu'il y a une corrélation manifeste entre les dimensions, et que toutes sont liées aux résultats du système de santé. Par exemple, la structure du système peut intégrer des intrants et des ressources dans le but d'appuyer les soins communautaires. Or ces intrants et ressources auront probablement une incidence sur l'expérience des patients et des soignants sur le plan de l'intégration des soins, ce qui influera à son tour sur l'état de santé, la réactivité du système et l'optimisation des ressources. Il n'est donc pas étonnant, compte tenu de cette corrélation, que les soins communautaires et que la coordination et l'intégration des soins constituent des priorités dans tous les quadrants.

Le tableau ci-dessous décrit les thèmes prioritaires transversaux et leur corrélation avec les quatre quadrants.

Tableau 11 : Thèmes transversaux et corrélations avec les quadrants du cadre de mesure de la PSS

Thème transversal	Corrélation avec les quadrants du cadre
Résultats des soins	<ul style="list-style-type: none"> • Dans le quadrant des résultats, l'utilisation des PROM et de leurs variantes a polarisé l'attention et suscité de nombreuses discussions. Outre les outils génériques de mesure de l'état de santé et ceux propres à une maladie, le concept de PROM pourrait également intégrer les événements indésirables déclarés par les patients et les interventions ou traitements qui n'ont pas amélioré la qualité de vie. • Sur le plan de la population, il a été question d'examiner la surmortalité, en particulier les causes évitables de décès, et l'incidence du statut socioéconomique ou des déterminants sociaux de la santé. La corrélation entre l'état de santé, les connaissances de base en santé et la capacité à gérer son propre état de santé devrait également être analysée. • Les résultats (déclarés par les patients ou autoévalués au sein d'une population) sont également lacunaires au chapitre de la santé mentale.
Optimisation des ressources	<ul style="list-style-type: none"> • Il nous faut davantage d'information sur les coûts et les résultats (en particulier du point de vue du patient). L'optimisation des ressources renvoie aux concepts d'efficacité et de gaspillage, ainsi qu'au caractère approprié des milieux de soins et des interventions. Les dépenses sont-elles consacrées à des éléments qui améliorent véritablement la vie des gens? Peut-on concrétiser le concept de « soins plus adéquats et moins nombreux »? • Dans l'équation relative à l'optimisation des ressources, l'aspect « résultats » devrait également tenir compte de la valeur de l'équité.

(suite à la page suivante)

Tableau 11 : Thèmes transversaux et corrélations avec les quadrants du cadre de mesure de la PSS (suite)

Thème transversal	Corrélation avec les quadrants du cadre
<p>Transferts et trajectoires dans les milieux de soins qui tiennent compte</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. de l'intégration et de la continuité des soins; 2. des comorbidités multiples. 	<ul style="list-style-type: none"> • Une partie des discussions portait sur les transferts selon l'état de santé, leurs liens avec les milieux de soins appropriés et la possible détérioration de l'état de santé d'un patient en attente de placement. Peut-on freiner la progression de la maladie, en particulier chez les patients en attente de placement dans un milieu de soins approprié? • La discussion entourant les comorbidités multiples a surtout porté sur les utilisateurs fréquents des services de santé et sociaux, et sur la façon d'aborder la réactivité et les soins centrés sur le patient. Il a été admis que la sollicitation de soins constituait un fardeau pour les utilisateurs fréquents présentant des comorbidités multiples, et qu'il fallait déterminer en quoi l'intégration et la coordination efficaces des soins à l'échelle des secteurs pouvaient réduire ce fardeau. • Il faut également être en mesure d'établir un lien entre l'expérience du patient ou du soignant et les services de santé et sociaux, en particulier quand les besoins s'étendent au-delà des soins de courte durée et englobent des services communautaires (voir ci-dessous).
<p>Soins communautaires, en particulier soins de santé mentale en milieu communautaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> • À l'échelle de tous les groupes de travail, il a généralement été admis qu'il y avait d'importantes lacunes au chapitre des indicateurs mesurant les services autres que ceux des soins de courte durée. Bien qu'il soit possible de rendre compte des résultats et de la situation des clients sur le plan des soins de longue durée et des services à domicile, la mesure des autres soins dispensés en milieu communautaire, en particulier les soins de santé mentale et les soins de santé primaires, demeure problématique. Ce constat s'est dégagé de tous les quadrants du cadre de mesure. Il est en effet difficile d'établir des mesures comparables pour les intrants et les ressources du système de santé affectés à ces soins, même si des initiatives à long terme ont été mises en place pour aiguiller une partie des ressources affectées aux soins de courte durée vers les soins communautaires. Par ailleurs, il nous faut également évaluer l'efficacité, la sécurité et l'efficience des services dispensés (extrants) dans ces milieux de soins. • L'importance accordée à l'examen des milieux de soins communautaires cadre avec les priorités en matière de comorbidités multiples et en matière de coordination et d'intégration des soins à l'échelle de tous les secteurs. Notre compréhension sera déficiente si l'information sur les soins communautaires est lacunaire. Il convient peut-être d'élargir notre réflexion sur les soins communautaires afin d'y inclure la question de coordination avec les services sociaux et de soutien, surtout dans le cas de soins de santé mentale en milieu communautaire. • Il faut trouver des façons d'intégrer les expériences et les résultats des soins déclarés par les patients et les soignants à ces milieux. Il s'agit d'un aspect important de la migration au-delà des soins de courte durée.
<p>Investissements en amont, en particulier dans</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. la prévention et les interventions, par exemple en soins de santé primaires; 2. la santé de l'enfant (notamment la santé mentale et l'obésité). 	<ul style="list-style-type: none"> • Ce thème renvoie également à la nécessité de mieux connaître les secteurs qui vont au-delà des soins de courte durée et d'y investir des ressources. Toutefois, plutôt que d'analyser les services de soins axés sur la satisfaction des besoins actuels, il examine les activités de prévention et les interventions qui sont susceptibles, à long terme, d'améliorer l'état de santé de la population et d'élargir les connaissances de base en santé, ainsi que le lien qui unit ces éléments aux déterminants sociaux de la santé. • L'état de santé de l'enfant, plus particulièrement la santé mentale et l'obésité, ainsi que la corrélation entre cet état et les déterminants sociaux de la santé ont été définis comme des éléments de premier plan.

Répercussions sur les sources de données

Pour clore la conférence, les représentants de l'ICIS et de Statistique Canada ont analysé les répercussions sur les sources de données. Leurs présentations portaient sur les projets de création de données, les éléments en cours d'élaboration, et la corrélation entre ces travaux et les priorités relatives à l'élaboration d'indicateurs.

Données de l'ICIS

Les travaux visant à accroître la facilité d'utilisation des fichiers de données sont régis par trois principes directeurs :

1. *Acquérir* de nouvelles données, notamment renforcer la participation et élargir la portée des fichiers de données existants de l'ICIS. Voici quelques exemples d'initiatives :
 - L'ICIS a élargi la portée du Système d'information sur les soins de longue durée, du Système d'information sur les services à domicile, du Registre canadien des remplacements articulaires et du Système national d'information sur les soins ambulatoires.
 - Le Système canadien de surveillance de la sclérose en plaques accepte désormais des données.
 - Le Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits peut maintenant être lié à d'autres fichiers de données.
 - Certaines provinces soumettent désormais des données sur la facturation des médecins à l'échelle des patients.
 - L'ICIS gère le répertoire des données du sondage du Fonds du Commonwealth.
2. *Enrichir* les fichiers de données existants pour renforcer la capacité d'analyse et de création d'indicateurs. Voici quelques-unes des principales réalisations :
 - Dans le cadre de son programme de travail, l'équipe Intégration des rapports électroniques de l'ICIS a élaboré un fichier de données pour l'indice organisationnel et une méthodologie standard de couplage de données.
 - L'ICIS utilise des sources de données existantes pour créer un groupeur ajusté aux risques de la population.
 - En collaboration avec le Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Toronto, l'ICIS a élaboré un projet pilote afin de recueillir des éléments de données sociodémographiques dans la Base de données sur les congés des patients.
3. *Diffuser* les données, pour en faciliter l'accès et l'utilisation. Des outils permettent déjà aux intervenants et aux chercheurs d'accéder aux données de l'ICIS (et d'autres encore sont en cours d'élaboration).

Les éléments ci-dessous font partie des secteurs prioritaires actuels de l'ICIS pour l'élaboration de futures sources de données :

- Fichier de données sur les expériences des patients : sept provinces et territoires appuient l'ICIS dans ses travaux d'élaboration d'un sondage et d'un système de collecte de données normalisées et comparables à l'échelle internationale, d'abord axés sur les soins de courte durée, mais susceptibles d'inclure un jour les soins d'urgence et les soins de longue durée.
- PROM : l'ICIS procède actuellement à des consultations auprès des intervenants dans le but d'établir les priorités relatives au fichier de données des PROM.
- Données sur les soins de santé primaires : ce secteur demeure lacunaire. L'ICIS travaille à l'amélioration de l'accès aux dossiers médicaux électroniques, ainsi qu'à la structuration et à la normalisation de ce type de données.
- Dépenses de santé : l'ICIS est en train de simplifier les normes pour faciliter la soumission de données financières par les hôpitaux et les dispensateurs de soins des autres secteurs. Il améliore également son programme d'établissement des coûts relatifs aux patients et la production de rapports sur les dépenses des organismes.
- Soins communautaires : l'accent est mis sur les soins de santé mentale en milieu communautaire en ce moment.

Enfin, d'autres initiatives peuvent encore permettre à l'ICIS d'exploiter davantage ses sources de données. En voici quelques-unes : utiliser les données sur la facturation des médecins pour ajouter les dépenses liées aux médecins aux autres coûts de soins de santé déclarés; lier les données financières, les données sur la main-d'œuvre de la santé et les données cliniques; établir une correspondance entre les données d'enquête de Statistique Canada et les données administratives de l'ICIS; combler une partie des lacunes en matière de données sur les soins de santé primaires en utilisant l'information tirée d'autres fichiers de données, notamment les données sur la facturation des médecins à l'échelle des patients, les données sur les laboratoires et les données sur les médicaments.

Malgré le besoin d'élaborer de nouveaux indicateurs et les répercussions sur les sources de données, on admet et encourage généralement assez peu l'investissement dans de nouvelles données. Il nous faut plutôt envisager d'autres façons d'améliorer et de mettre à profit les activités de collecte déjà en place. Il nous faut en outre mettre l'accent sur la facilité de saisie aux points de services et la réduction du fardeau associé à la collecte et à la soumission de données.

Données de Statistique Canada

En matière de santé, le mandat de Statistique Canada vise surtout la collecte de données sur l'ensemble de la population (plutôt que la collecte de données fondée sur les interventions ou la prestation de soins). Dans ce contexte, l'objectif consiste à recueillir des données de grande qualité pour permettre le calcul d'indicateurs et de mesures très fiables. Les trois principes directeurs sont les suivants :

- Pertinence : accorder une grande attention aux besoins prioritaires du système statistique de la santé sur le plan de l'information

- Accès : offrir des données dans divers formats, pour assurer la compréhension, l'interprétation et le cheminement de l'information
- Confiance : administrer de façon judicieuse et demeurer objectif — il ne s'agit pas de discuter des données, mais bien de ce que l'on tire des données

Statistique Canada a entrepris un projet visant à démontrer l'utilité de coupler les données du secteur de la santé à celles du secteur social, en plus de les coupler entre elles. Le couplage avec les données du secteur social ouvre la voie à de nombreuses possibilités : il permet de rendre compte des déterminants sociaux et de comprendre l'incidence des contextes culturels et démographiques sur la performance du système de santé. On tire ainsi le plus grand parti des nombreuses données qui sont déjà recueillies au pays.

Très prometteur, le projet renforce aussi les inquiétudes concernant les questions relatives à la protection de la vie privée susceptibles de faire obstacle au couplage, à l'utilisation et à l'analyse des données. Le couplage des données exige le recours à des renseignements d'identification. Il importe donc de reconnaître le bien-fondé des préoccupations en la matière, et de se concentrer sur les façons de les résoudre et de les gérer, de sorte qu'elles n'entravent pas le cours des choses.

Un autre défi de taille consiste à optimiser la discussion de sondage en fonction d'une durée limitée. Nous devons être à l'affût de nouveaux modes de communication avec la population, et simplifier et accélérer le processus de réponse au sondage. Le temps des répondants est précieux. Il nous incombe donc de bien gérer les minutes qu'ils sont prêts à nous accorder.

Enfin, Statistique Canada remet continuellement en question certains principes de base afin de tirer le meilleur parti des outils de collecte de données déjà en place et de saisir de nouvelles occasions :

1. L'utilisation de nos outils de collecte de données est-elle optimale? Fonctionnent-ils au maximum de leur capacité?
2. L'infrastructure en place est-elle exploitée à son plein potentiel?
3. Comment peut-on améliorer la communication et la dissémination des données dont nous disposons déjà?
4. Comment peut-on mieux faire connaître les données recueillies et en faciliter l'utilisation?

Suivi postconférence

La conférence a permis de dégager un certain nombre de thèmes prioritaires transversaux en vue de l'élaboration d'indicateurs. À l'issue de la conférence, il a été suggéré de créer un groupe de travail pour assurer le suivi de ces thèmes. Formé de 15 à 20 participants, le groupe devait travailler de concert avec l'ICIS et Statistique Canada afin d'établir une liste plus précise d'indicateurs prioritaires.

Un appel à la mobilisation a donc été lancé à la suite de la conférence, auquel plusieurs participants ont répondu. Une liste des membres du groupe de travail postconférence figure à l'[annexe D](#).

Le groupe s'est réuni à 4 reprises par téléconférence (avec quelques participations en personne en raison de la proximité des bureaux de l'ICIS) du 6 janvier au 23 mars 2015. Le tableau 12 présente les principaux points abordés au cours de ces réunions.

Date de la réunion	Point abordé durant la réunion	Résultats et prochaines étapes
6 janvier 2015	Coup d'envoi Présentation et discussion portant sur les façons de prioriser les thèmes définis dans le cadre de la conférence	Établissement d'un ordre de priorité pour l'ensemble des thèmes Répartition des membres en sous-groupes afin d'examiner les possibilités d'indicateurs
28 janvier 2015	Présentation et discussion portant sur les possibilités d'indicateurs soulevées	Compréhension des possibilités en matière d'élaboration d'indicateurs Besoin d'établir d'autres possibilités d'indicateurs dans des domaines liés aux thèmes définis à l'occasion de la conférence Évaluation des possibilités d'indicateurs par les membres du groupe de travail
16 mars 2015	Présentation et discussion portant sur toutes les possibilités d'indicateurs, y compris le sommaire des résultats du sondage d'évaluation	Établissement d'une liste par priorité d'indicateurs susceptibles d'être élaborés
23 mars 2015	Poursuite de la discussion du 16 mars pour clore l'examen des cinq domaines thématiques	Établissement d'une liste par priorité d'indicateurs susceptibles d'être élaborés

Le personnel de l'ICIS et de Statistique Canada a examiné la liste des idées et des concepts d'indicateurs présentés par ordre de priorité. Il a ensuite déterminé à quel ou à quels organismes il incombait de définir les prochaines mesures à prendre, de concert avec des partenaires, en vue de l'élaboration de ces éventuels indicateurs. L'ICIS et Statistique Canada examineront les indicateurs présentés dans le tableau ci-dessous dans le cadre de leurs processus de planification stratégique et opérationnelle. L'objectif consiste à déterminer les possibilités d'exécution et les indicateurs les plus prometteurs au chapitre des retombées. Il consiste également à évaluer l'importance des indicateurs au regard des investissements stratégiques dans les sources de données et les normes actuelles, afin d'obtenir des indicateurs clés pertinents et fiables pour la production de futurs rapports sur la performance du système de santé.

Tableau 13 : Liste des indicateurs prioritaires définis par le groupe de travail postconférence

Idée/concept d'indicateur	Justification en matière de priorité
Thème : Optimisation des ressources	
Indice de pertinence du milieu de soins qui, au départ, pourrait mettre l'accent sur les admissions à l'hôpital ou les visites au service d'urgence évitables.	<p>Cette mesure détermine les cas d'utilisation non appropriée des ressources au sein du système. Elle est aussi étroitement liée au thème des transferts et des trajectoires (intégration et continuité des soins) et fournit de l'information sur la satisfaction des besoins des patients en matière de niveaux de soins.</p> <p>La mesure indiquerait également dans quelle mesure les besoins en soins complexes des personnes âgées et des patients présentant des comorbidités multiples sont satisfaits.</p>
Indice de gaspillage dans le milieu des soins de santé (actes et interventions diagnostiques inappropriés)	Cet indice permettrait de déterminer et de comparer le degré de gaspillage au sein des provinces et territoires en mesurant les interventions diagnostiques et thérapeutiques non nécessaires. Cet indicateur global pourrait être subdivisé en composantes exploitables.
Coûts des ensembles de soins, en particulier les ensembles de soins liés aux affections pour lesquelles nous avons des résultats	Les travaux de Porter et Lee analysent la mesure des coûts et des résultats des soins axés sur les affections et la mesure des résultats par rapport aux coûts pour l'ensemble des secteurs et des dispensateurs de soins ⁸ .
Thème : Soins communautaires	
Fardeau pour les aidants naturels	Cette mesure fournirait des renseignements importants sur la réactivité du système de santé (soins de longue durée et services à domicile) en fonction des besoins des patients nécessitant des services à domicile continus et des personnes qui leur dispensent des soins informels. L'indicateur met l'accent sur les aidants naturels (membres de la famille, amis, voisins) de personnes qui vivent à domicile dans la collectivité.
Accessibilité et efficacité des soins palliatifs et de fin de vie (les hospitalisations dans les six derniers mois de la vie pourraient devenir une mesure préliminaire)	<p>Les soins palliatifs dispensés en milieu communautaire forment un aspect important des soins centrés sur le patient et des soins communautaires. Ils exigent une coordination des services à l'échelle des dispensateurs (soins à domicile, soins de santé primaires, spécialistes cliniques). Pour assurer la performance du système de santé, il est essentiel de mieux cerner l'efficacité et la performance dans ce domaine, et de déterminer dans quelle mesure les services répondent aux besoins des patients en matière de soins palliatifs.</p> <p>Un indicateur d'hospitalisation dans les six derniers mois de la vie permettrait de déterminer dans quelle mesure les patients ne reçoivent pas de soins de fin de vie en milieu communautaire (quelle qu'en soit la cause). Cet indicateur global pourrait être subdivisé en divers groupes cliniques pour cerner les domaines où les besoins en soins communautaires ne sont pas satisfaits.</p>
Accès aux services de soins de santé mentale en milieu communautaire pour les enfants et les jeunes	Cette mesure fournirait des renseignements importants sur l'accessibilité des services communautaires de santé mentale et la mesure dans laquelle ils répondent aux besoins des enfants et des jeunes. Un fichier de données de type registre (semblable à celui utilisé en Colombie-Britannique) fournirait de l'information sur les temps d'attente associés à divers types de services (p. ex. consultation auprès d'un psychiatre, counseling en toxicomanie).

(suite à la page suivante)

Tableau 13 : Liste des indicateurs prioritaires définis par le groupe de travail postconférence (suite)

Idée/concept d'indicateur	Justification en matière de priorité
Thème : Transferts et trajectoires (intégration et continuité des soins)	
Points de vue des patients et des soignants sur la continuité et l'intégration des soins, en particulier au chapitre de l'harmonisation des objectifs de traitement	<p>Cette mesure fournirait des renseignements importants sur la façon dont les patients perçoivent la coordination de leurs soins de santé. Elle contribuerait aussi à définir les obstacles (lieux différents, temps d'attente, examens en double, etc.) qui entravent l'accès aux soins requis. Elle permettrait par ailleurs d'en savoir davantage sur la façon dont les soins sont coordonnés en milieu communautaire et en dehors du contexte des établissements.</p> <p>Il est particulièrement important de mettre l'accent sur l'harmonisation des objectifs de traitement chez les patients présentant des comorbidités multiples. Tous les dispensateurs de soins doivent être pleinement au fait des objectifs de traitement généraux poursuivis. L'information relative aux objectifs de traitement permet d'assurer la prise en charge des patients qui reçoivent des services dans tous les domaines de soins.</p>
Temps d'attente pour un placement en établissement de soins de longue durée ou en services à domicile	<p>Il faut cerner les temps d'attente qui précèdent l'admission à un niveau de soins approprié pour déterminer dans quelle mesure les services dispensés en milieu communautaire répondent aux besoins. À ce chapitre, des temps d'attente longs révèlent aussi une piètre performance sur le plan de la pertinence du milieu de soins et de l'optimisation des ressources.</p> <p>Les personnes âgées qui présentent des comorbidités multiples et des troubles de santé mentale affichent souvent les besoins les plus pressants en matière d'admission dans un niveau de soins approprié en milieu communautaire. Cette mesure illustrerait en outre un aspect important de la réactivité du système en fonction des besoins de cette population.</p>
Temps d'attente pour la consultation d'un spécialiste	<p>La performance dans ce domaine doit être examinée plus en détail, comme nous le faisons pour les temps d'attente en chirurgie. Il convient de se poser certaines questions : Quels domaines de spécialité (y compris les soins médicaux) affichent les temps d'attente les plus longs? Quelle est l'incidence de l'attente totale? Les patients et leurs soignants acceptent difficilement d'attendre après une consultation et un spécialiste qui pourraient les aider à composer avec leurs problèmes de santé.</p>
Accès aux services sociaux favorisant la santé pour les grands utilisateurs et temps d'attente	<p>Les personnes qui présentent des comorbidités multiples ont besoin de services sociaux et de services qui dépassent le cadre des soins de santé, surtout quand l'une des comorbidités s'avère un problème de santé mentale. Si la prestation de services se limite aux soins de santé, elle ne suffira pas à améliorer ni à maintenir l'état de santé. La portée de cet indicateur s'étendrait au-delà du système de santé et examinerait dans quelle mesure les personnes reçoivent du soutien sous forme de services sociaux et de services en milieu communautaire.</p>
Prévalence de l'examen des médicaments, en particulier en milieu communautaire	<p>L'examen des médicaments et la détection de médicaments potentiellement contre-indiqués forment un volet important de la coordination des soins chez les personnes qui présentent des comorbidités multiples ou qui reçoivent des soins de dispensateurs différents ou dans des milieux différents. Il faut en outre porter une attention particulière à l'examen des médicaments lors de transferts entre dispensateurs de soins.</p>

(suite à la page suivante)

Tableau 13 : Liste des indicateurs prioritaires définis par le groupe de travail postconférence (suite)

Idée/concept d'indicateur	Justification en matière de priorité
Thème : Résultats des soins	
Résultats déclarés par les patients — état de santé au sein d'une population (p. ex. EQ5D, VR12, VR6-D)	Ces mesures révèlent les perceptions de la population en matière de santé générale. Selon les questions d'ordre démographique intégrées à l'outil de sondage, les résultats pourraient être subdivisés en fonction du statut socioéconomique et de groupes ciblés.
Résultats déclarés par les patients pour des interventions ou des affections précises (p. ex. remplacements articulaires, stade terminal de l'insuffisance rénale ou transplantation rénale), ajustés en fonction de la complexité des cas	Ces mesures illustrent le point de vue des patients sur les résultats de l'intervention et la contribution des dispensateurs et des domaines de soins qui ont été sollicités pendant l'épisode de soins (p. ex. soins hospitaliers, services à domicile, soins de réadaptation). Selon les questions d'ordre démographique intégrées à l'outil de sondage, les résultats pourraient être subdivisés en fonction du statut socioéconomique et de groupes ciblés.
Mesure composite ou indice de la santé et du bien-être en général	Bien que de nombreux indicateurs rendent déjà compte de l'état de santé et du bien-être, il demeure difficile d'obtenir une évaluation globale de leur contribution à la santé et au bien-être. Une mesure composite permettrait d'illustrer globalement le cumul des mesures individuelles.
Amélioration de l'état de santé des personnes âgées	Cet indicateur fournirait des renseignements importants sur la mesure dans laquelle les services à domicile et les soins de longue durée contribuent à l'amélioration de l'état de santé des résidents et des patients âgés. Il mettrait l'accent sur les soins communautaires et permettrait d'en savoir davantage sur la performance dans des secteurs autres que les soins de courte durée.
Participation des patients à leur propre santé et à leurs propres soins de santé	Cette mesure s'harmonise parfaitement avec le programme général des soins axés sur les personnes. Elle vise à cerner la façon dont les patients aimeraient intervenir dans la prise de décisions concernant leurs soins. La mobilisation du patient et sa capacité à participer à sa propre santé et à ses propres soins influent considérablement sur les résultats pour la santé et le bien-être. Un outil de mesure de la participation pourrait être appliqué à l'ensemble des secteurs de soins, à l'échelle des milieux de soins ou de la population.
Fardeau du traitement et de la maladie (plus large que le fardeau associé au profil de morbidité)	La mesure du fardeau associé au traitement et à la maladie permettrait d'évaluer l'incidence des problèmes de santé sur la vie quotidienne. Il importe de déterminer le fardeau du traitement en raison de son éventuelle incidence sur l'adhésion au traitement et la qualité de vie. Cette mesure rendrait compte du point de vue du patient au chapitre du fardeau du traitement et de la maladie.

(suite à la page suivante)

Tableau 13 : Liste des indicateurs prioritaires définis par le groupe de travail postconférence (suite)

Idée/concept d'indicateur	Justification en matière de priorité
Thème : Investissements en amont	
<p>État de santé mentale des enfants et des jeunes; quelques possibilités :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Enfants et jeunes ayant reçu un diagnostic ou déclaré des symptômes de troubles mentaux (p. ex. troubles de l'humeur, dépression, anxiété) 2. Autoévaluation de la santé mentale chez les enfants et les jeunes 3. Autodéclaration de lésion auto-infligée 	<p>Cette mesure des résultats relatifs à l'état de santé mentale ne vise qu'un groupe de la population : les jeunes. Elle brosse un portrait global de la santé mentale au sein de ce groupe.</p>
<p>Mesure sommaire des répercussions des inégalités de revenus sur l'état de santé</p>	<p>L'élaboration de mesures qui établissent un lien entre les inégalités de revenus et l'état de santé assurerait une meilleure compréhension des facteurs sociaux et structurels liés à l'état de santé de la population.</p>
<p>Nouvelles méthodes de subdivision pour les groupes vulnérables définis (p. ex. Autochtones, immigrants, réfugiés)</p>	<p>Pour mesurer plus exhaustivement la dimension de l'équité du cadre, il faudrait subdiviser les autres dimensions en fonction de populations cibles, afin de comparer dans quelle mesure</p> <ul style="list-style-type: none"> • les divers groupes de population sont en mesure d'accéder à des services de santé exhaustifs et de grande qualité; • les services du système de santé sont axés sur les personnes, sécuritaires, pertinents, efficaces et font l'objet d'une prestation efficiente pour tous les groupes de population. <p>Exemples d'indicateurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accès des groupes de population définis aux services de santé en général et, de façon particulière, à des ressources et à des initiatives de promotion de la santé • Sécurisation culturelle, puisque l'on reconnaît de plus en plus le besoin de tenir compte des traumatismes et de la sécurisation culturelle dans les services de santé, et de leur importance sur le plan de l'équité
Thème : Sujets de recherche (comprendre l'incidence des facteurs structurels, organisationnels et contextuels sur la performance)	
<p>Incidence des facteurs structurels et contextuels sur le système de santé et la santé</p>	<p>Les facteurs structurels sont particulièrement difficiles à mesurer faute d'indicateurs. Il faudrait donc en créer.</p> <p>Ces travaux permettraient de mieux comprendre la façon dont les systèmes sociaux interagissent pour créer des environnements favorables ou défavorables à la santé. La définition actuelle des facteurs structurels met l'accent sur les résultats à l'échelle individuelle au lieu d'analyser les systèmes sociaux.</p>
<p>Incidence de la culture organisationnelle sur l'expérience du patient et du soignant au chapitre de la continuité des soins</p>	<p>Cette mesure peut facilement s'appliquer à tous les domaines de soins et à tous les secteurs. Il peut toutefois s'avérer plus difficile d'obtenir des renseignements sur l'évaluation de la part d'organisations de petite taille (p. ex. petit cabinet de dispensateurs de soins de santé primaires). Les renseignements fournis par ces indicateurs pourraient servir à améliorer la qualité des services et l'expérience des patients, et témoigner de l'incidence de la collaboration sur la performance organisationnelle et les résultats pour les patients.</p>

Mot de la fin

La diffusion d'indicateurs sur l'état de santé et la performance du système de santé a considérablement évolué depuis la tenue de la première Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de la santé de la population en 1999. La tenue de cette quatrième conférence coïncidait avec la clôture prochaine de l'initiative sur la PSS de l'ICIS, d'une durée de trois ans, qui visait à mieux structurer et coordonner les rapports de performance de l'ICIS à l'échelle canadienne. Dans le cadre de cette conférence, l'ICIS, Statistique Canada et les intervenants ont réexaminé la série d'indicateurs déjà en place et établi des priorités pour la création de nouveaux indicateurs susceptibles de combler les principales lacunes associées au cadre de mesure de la performance. Ils ont par ailleurs cerné les indicateurs qui avaient perdu de leur pertinence au vu des priorités en matière d'amélioration du système de santé établies à l'échelle du pays, puis déterminé s'il convenait de les retirer afin de canaliser les efforts sur les thèmes prioritaires émergents.

Bien que les discussions lors de la conférence aient été variées, certains thèmes prioritaires relatifs à l'élaboration d'indicateurs sont systématiquement ressortis pour les quatre quadrants de la performance du système de santé. Le groupe de travail postconférence a permis aux participants de mettre la main à la pâte et de déterminer quels types d'indicateurs relevant de ces thèmes seraient le plus utiles pour eux.

L'ICIS et Statistique Canada doivent maintenant examiner la liste dressée par le groupe de travail pour repérer les indicateurs pouvant être élaborés au cours des prochaines années dans le cadre de leurs mandats et de leurs plans stratégiques. Les organismes doivent aussi déterminer comment collaborer avec d'autres acteurs qui pourraient appuyer l'élaboration de certains indicateurs.

Annexes

Annexe A : Participants à la conférence

Participant à la conférence	Organisme
Adalsteinn (Steini) Brown	Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé, Université de Toronto
Alan Katz	Centre manitobain des politiques en matière de santé
Alima Alibhay	Institut des services et des politiques de la santé, Instituts de recherche en santé du Canada
Andrew Wray	Conseil sur la sécurité des patients et la qualité des soins (Colombie-Britannique)
Ash Damji	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (Ontario)
Bernadette MacDonald	Agrément Canada
Brent Diverty	ICIS
Brie DeMone	Santé Manitoba
Bryany Denning	Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest
Christine Grimm	Ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse
Cory Neudorf	Région sanitaire de Saskatoon
Cynthia Damba	Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Toronto
Dan Skwarchuk	Office régional de la santé de Winnipeg
Danielle Martin	Hôpital Women's College
Deborah Malazdrewicz	Santé, Vie saine et Aînés Manitoba
Doug Manuel	Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa
Elizabeth Lin	Centre de toxicomanie et de santé mentale
Eugene Wen	Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT)
Gary Teare	Conseil de la qualité des services de santé (Saskatchewan)
Georgina MacDonald	ICIS
Glenn Kissmann	Autorité sanitaire Interior, Colombie-Britannique
Heather Bryant	Partenariat canadien contre le cancer
Imtiaz Daniel	Association des hôpitaux de l'Ontario et Université de Toronto
Irfan Dhalla	Qualité des services de santé Ontario
Jean-Frédéric Lévesque	Bureau d'information sur la santé, Nouvelle-Galles du Sud, Australie
Jeremy Veillard	ICIS
John Quince	Santé Alberta
Josée Bégin	Statistique Canada
Julie Soucy	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
Karima Velji	Association des infirmières et infirmiers du Canada
Kaye Phillips	Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS)
Kerry LeFresne	Newfoundland and Labrador Centre for Health Information

(suite à la page suivante)

Participant à la conférence	Organisme
Kim McGrail	Centre de recherche sur les services et les politiques de santé, Université de la Colombie-Britannique
Kim Stelmacovich	Institut canadien pour la sécurité des patients
Lori Mitchell	Office régional de la santé de Winnipeg
Lynn Barr-Telford	Statistique Canada
Marian Walsh	Bridgepoint Active Healthcare, Ontario
Mark Chase	Autorité sanitaire Vancouver Coastal
Martin Lemire	Statistique Canada
Michael Cohen	Hôpital Queensway Carleton
Michael Kary	Care Providers Association de la Colombie-Britannique
Michael Schull	Institut de recherche en services de santé (IRSS)
Michelina Mancuso	Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick
Mireille Lanouette	Réseau de santé Vitalité
Nancy Roberts	Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick
Nick Grant	Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique
Niek Klazinga	Organisation de coopération et de développement économiques
Rukshanda Ahmad	Agence de la santé publique du Canada
Sabrina Kinsella	Ministère de la Santé et des Affaires sociales du Yukon
Sabrina Wong	Université de la Colombie-Britannique
Sacha Bhatia	Choisir avec soin
Sharon Lehr	Autorité sanitaire Eastern, Terre-Neuve-et-Labrador
Sheena McRae	Division des services d'urgence et des soins de courte durée, Santé Saskatchewan
Stephen Vail	Association médicale canadienne
Steven Lewis	Access Consulting Ltd.
Sylvain Paradis	Santé Canada
Tim Cooke	Conseil de la qualité en santé de l'Alberta
T. Lawson Greenberg	Statistique Canada
Una Hassenstein	Santé Î.-P.-É.
Wendy Kolodziejczak	Hôpital Northumberland Hills
Wendy Levinson	Université de Toronto

Annexe B : Aperçu du programme de la conférence



Aperçu du programme

Le mercredi 15 octobre

8 h à 16 h	Inscription à la conférence Foyer
8 h à 9 h	Déjeuner Salle Balmoral
9 h à 9 h 20	Mot de bienvenue et séance d'ouverture Salle Guildhall A/B <i>David O'Toole</i> Président-directeur général, ICIS <i>Lynn Barr-Telford</i> Directrice générale, Santé, Justice et Enquêtes spéciales, Statistique Canada
9 h 20 à 10 h 30	Plains feux sur les indicateurs Salle Guildhall A/B <i>Terry Sullivan</i> Président, Terry Sullivan and Associates
10 h 30 à 10 h 45	Pause Salle Balmoral
10 h 45 à 11 h 45	Plains feux sur les indicateurs Salle Guildhall A/B <i>Terry Sullivan</i>
11 h 45 à 12 h 15	Perspectives internationales de la recherche et du développement en matière d'indicateurs Salle Guildhall A/B <i>Niek Klazinga</i> Professeur de médecine sociale, Academisch Medisch Centrum, Pays-Bas et chef du projet sur les indicateurs de la qualité des soins de santé, Division de la santé, OCDE
12 h 15 à 13 h	Dîner Salle Balmoral
13 h à 13 h 15	Cadre de mesure de la performance du système de santé Salle Guildhall A/B <i>Jeremy Veillard</i> Vice-président, Recherche et Analyse, ICIS
13 h 15 à 14 h	Discussion 1 : Résultats du système de santé Salle Guildhall A/B <i>Jean-Frédéric Lévesque</i> Président-directeur général, Bureau d'information sur la santé, Nouvelle-Galles du Sud, Australie
14 h à 14 h 45	Discussion 2 : Extrants du système de santé Salle Guildhall A/B <i>Niek Klazinga</i>
14 h 45 à 15 h 05	Pause Salle Balmoral
15 h 05 à 15 h 55	Discussion 3 : Caractéristiques et intrants du système de santé Salle Guildhall A/B <i>Steven Lewis</i> Professeur adjoint de politiques de la santé, Faculté des sciences de la santé, Université Simon Fraser, Colombie-Britannique et président, Access Consulting
15 h 55 à 16 h 40	Discussion 4 : Déterminants sociaux de la santé Salle Guildhall A/B <i>Doug Manuel</i> Scientifique, Épidémiologie clinique, Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa
16 h 40 à 17 h	Clôture de la première journée Salle Guildhall A/B <i>Jeremy Veillard</i>
17 h	Souper Salle Balmoral

Le jeudi 16 octobre

7 h 30 à 8 h 25	Déjeuner Salle Balmoral
8 h 25 à 8 h 40	Mot de bienvenue et séance d'ouverture Salle Guildhall A/B <i>Terry Sullivan</i>
8 h 40 à 9 h 40	Table ronde Regard sur l'incidence des activités de mesure Salle Guildhall A/B <i>Steven Lewis</i> <i>Adalsteinn Brown</i> Directeur, Institut des politiques, de la gestion et de l'évaluation de la santé et président, Politiques de santé publique, École de santé publique Dalla Lana, Université de Toronto <i>D^{re} Danielle Martin</i> Vice-présidente, Affaires médicales et Solutions pour le système de santé, Hôpital Women's College <i>Wendy Kolodziejczak</i> Gestionnaire de projets, Projet PATH (Partners Advancing Transitions in Healthcare), Hôpital Northumberland Hills
9 h 40 à 10 h	Pause Salle Balmoral
10 h à 11 h 20	Groupes de travail parallèles : Cerner les domaines prioritaires pour l'élaboration de nouveaux indicateurs <i>Groupe de travail 1 : Déterminants sociaux de la santé Salle Guildhall A/B</i> Animateur : Doug Manuel <i>Groupe de travail 2 : Caractéristiques et intrants du système de santé Salle Garden</i> Animateur : Steven Lewis <i>Groupe de travail 3 : Extrants du système de santé Salle Westminster</i> Animateur : Niek Klazinga <i>Groupe de travail 4 : Résultats du système de santé Salle Humber</i> Animateur : Jean-Frédéric Lévesque
11 h 20 à 11 h 40	Pause Salle Balmoral
11 h 40 à 12 h 40	Discussion consensuelle Salle Guildhall A/B <i>Terry Sullivan</i>
12 h 40 à 13 h 30	Dîner Salle Balmoral
13 h 30 à 14 h 50	Groupes de travail parallèles : Proposer des indicateurs potentiels <i>Groupe de travail 1 : Déterminants sociaux de la santé Salle Guildhall A/B</i> Animateur : Doug Manuel <i>Groupe de travail 2 : Caractéristiques et intrants du système de santé Salle Garden</i> Animateur : Steven Lewis <i>Groupe de travail 3 : Extrants du système de santé Salle Westminster</i> Animateur : Niek Klazinga <i>Groupe de travail 4 : Résultats du système de santé Salle Humber</i> Animateur : Jean-Frédéric Lévesque
14 h 50 à 15 h 10	Pause Salle Balmoral
15 h 10 à 16 h 10	Discussion consensuelle Salle Guildhall A/B <i>Terry Sullivan</i>
16 h 10 à 16 h 40	Résumé : répercussions sur les priorités en matière de création de données Salle Guildhall A/B <i>Brent Diverty</i> Vice-président, Programmes, ICIS <i>Lynn Barr-Telford</i>
16 h 40 à 17 h	Mot de la fin Salle Guildhall A/B <i>Jeremy Veillard</i> <i>Lynn Barr-Telford</i>
17 h	Levée de la séance

Annexe C : Liste des indicateurs dont le retrait a été recommandé et décidé

Indicateurs de la santé	Sondage préalable à la conférence : pourcentage des répondants qui étaient d'accord avec le retrait de l'indicateur	Retrait de l'indicateur avant la tenue de la conférence	Vote électronique durant la conférence : pourcentage des participants qui étaient d'accord avec le retrait de l'indicateur
Réadmission dans les 28 jours suivant une hystérectomie	80,2 %	Oui	
Réadmission dans les 28 jours suivant une prostatectomie	82,0 %	Oui	
Réadmission dans les 90 jours suivant une arthroplastie de la hanche	71,7 %	Oui	
Réadmission dans les 90 jours suivant une arthroplastie du genou	72,7 %	Oui	
Réadmission dans les 28 jours suivant un accident vasculaire cérébral (AVC)	57,7 %		72,6 %
Taux de réadmission dans les 28 jours suivant un infarctus aigu du myocarde (à l'échelle des hôpitaux)	58,7 %		82,4 %
Coronarographie à la suite d'un IAM	77,7 %	Oui	
Taux de césariennes primaires	56,6 %		97,0 %
Chirurgies à la suite d'une fracture de la hanche pratiquées dans les 48 heures suivant l'admission dans un établissement	71,7 %	Oui	
Indicateurs financiers	Sondage préalable à la conférence : pourcentage des répondants qui étaient d'accord avec le retrait de l'indicateur	Retrait de l'indicateur avant la tenue de la conférence	Vote électronique durant la conférence : pourcentage des participants qui étaient d'accord avec le retrait de l'indicateur
Marge totale	81,1 %	Oui	
Ratio du fonds de roulement	81,3 %	Oui	
Dépenses des systèmes d'information en pourcentage des dépenses totales	61,7 %		90,5 %
Âge moyen de l'équipement	73,2 %	Oui	
Coût par cas pondéré selon le taux de rémunération ajusté	64,0 %		87,1 %
Heures travaillées par le personnel producteur d'unités (PPU) dans les centres d'activité de soins aux patients en pourcentage du total des heures travaillées	68,2 %		93,1 %
Total des heures travaillées dans les centres d'activité de soins aux patients en pourcentage du total des heures travaillées	64,1 %		96,6 %

(suite à la page suivante)

Indicateurs financiers (suite)	Sondage préalable à la conférence : pourcentage des répondants qui étaient d'accord avec le retrait de l'indicateur	Retrait de l'indicateur avant la tenue de la conférence	Vote électronique durant la conférence : pourcentage des participants qui étaient d'accord avec le retrait de l'indicateur
Heures travaillées par le PPU par cas pondéré dans l'unité de soins infirmiers aux patients hospitalisés	64,4 %		81,8 %
Total des heures travaillées par cas pondéré dans l'unité de soins infirmiers aux patients hospitalisés	60,4 %		87,2 %
Heures travaillées par le PPU par cas pondéré dans le service de diagnostic	69,8 %		94,7 %
Total des heures travaillées par cas pondéré dans le service de diagnostic	69,7 %		96,7 %
Heures travaillées par le PPU par cas pondéré dans le service de laboratoire clinique	72,1 %	Oui	
Total des heures travaillées par cas pondéré dans le service de laboratoire clinique	71,6 %	Oui	
Heures travaillées par le PPU par cas pondéré dans le service de pharmacie	73,6 %	Oui	
Total des heures travaillées par cas pondéré dans le service de pharmacie	73,0 %	Oui	

Annexe D : Membres du groupe de travail postconférence

Membre du groupe de travail postconférence	Organisme
Beth Jackson	Agence de la santé publique du Canada
Brenda Tipper	ICIS
Brent Diverty	ICIS
Cory Neudorf	Région sanitaire de Saskatoon
Douglas Yeo	ICIS
Doug Manuel	Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa
Elizabeth Lin	Centre de toxicomanie et de santé mentale
Éric Fournier	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
Glenn Kissmann	Autorité sanitaire Interior, Colombie-Britannique
Imtiaz Daniel	Association des hôpitaux de l'Ontario et Université de Toronto
Jennifer Ali	Statistique Canada
Jeremy Veillard	ICIS
Josée Bégin	Statistique Canada
Joseph Emmanuel Amuah	ICIS
Kaye Phillips	Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS)
Kerry Kuluski	Bridgepoint Active Healthcare, Ontario
Kerry LeFresne	Newfoundland and Labrador Centre for Health Information
Kira Leeb	ICIS
Lynn Barr-Telford	Statistique Canada
Marian Walsh	Bridgepoint Active Healthcare, Ontario
Mark Chase	Autorité sanitaire Vancouver Coastal
Michael Hunt	ICIS
Ross Upshur	Bridgepoint Active Healthcare, Ontario
Rukshanda Ahmad	Agence de la santé publique du Canada
Sara Grimwood	ICIS
Sharon Lehr	Autorité sanitaire Eastern, Terre-Neuve-et-Labrador
Shirley Bryan	Statistique Canada
Una Hassenstein	Santé Î.-P.-É.
Wendy Kolodziejczak	Hôpital Northumberland Hills

Références

1. Institut canadien d'information sur la santé. *Conférence consensuelle nationale sur les indicateurs de la santé de la population*. 1999.
2. Institut canadien d'information sur la santé. *Le Projet des indicateurs de la santé : les cinq prochaines années*. 2005.
3. Institut canadien d'information sur la santé. *Rapport de la troisième Conférence consensuelle sur les indicateurs de la santé*. 2009.
4. Institut canadien d'information sur la santé. *Conférence consensuelle de 2014 : évaluation des priorités relatives aux indicateurs de santé au Canada*. 2014.
5. Institut canadien d'information sur la santé. *Cadre de mesure de la performance du système de santé canadien*. 2013.
6. Fekri O, Leeb K, Gurevich Y. *Experience with the systematic evaluation and reconfirmation of a national set of Health System Performance indicators*. À paraître en 2015.
7. Conseil de la qualité des services de santé de la Saskatchewan. *Think big, start small, act now: tackling indicator chaos: a report on a national summit: Saskatoon, May 30–31, 2011*.
8. Porter ME, Lee TH. The strategy that will fix health care. *Harvard Business Review*. Octobre 2013.

La production du présent document 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

droitdauteur@icis.ca

© 2015 Institut canadien d'information sur la santé

This publication is also available in English under the title *Rethink, Renew, Retire: Report From the Fourth Consensus Conference on Evaluating Priorities for Canada's Health Indicators*.

REPENSER
RENOUVELER
RETIRER

*Évaluation des priorités
relatives aux indicateurs
de santé au Canada*



Repenser, renouveler, retirer : rapport de la quatrième
Conférence consensuelle sur l'évaluation des priorités
relatives aux indicateurs de santé au Canada



Statistique Canada
Statistics Canada

www.icis.ca
Au cœur des données



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