

Bulletin sur la gestion de l'information

Équipe des résultats dans le domaine de la santé pour la gestion de l'information

Produit tous les mois pour le gouvernement, le secteur des soins de santé et nos partenaires de la recherche en milieu communautaire.

Available in English.

Bulletin n° 1 – juin 2005



« En raison des nouvelles demandes d'information que suscitent les changements majeurs apportés à notre système, nous devons travailler ensemble pour répondre à ces besoins en renforçant la capacité de l'Ontario à fournir de l'information sur la santé. »

Steini Brown, directeur de l'Équipe des résultats dans le domaine de la santé, gestion de l'information

LE PLAN des changements annoncés par le gouvernement de l'Ontario exige que nous améliorions notre façon de traiter l'information. Sans une information de qualité, le système ne sera tout simplement pas aussi efficace qu'il pourrait l'être.

En raison des nouvelles demandes d'information que suscitent les changements majeurs apportés à notre système, nous devons travailler ensemble pour répondre à ces besoins en renforçant la capacité de l'Ontario à fournir de l'information sur la santé. À ces fins, nous devons nous efforcer d'améliorer la qualité des données et d'accroître leur accessibilité en vue d'avoir une meilleure idée des résultats que procurent nos stratégies en matière de soins de santé. Nous devons aussi trouver des façons de transformer les leçons tirées en politiques afin de pouvoir prendre des décisions éclairées relativement aux soins de santé.

Mon groupe pilote l'élaboration d'une stratégie de gestion de l'information qui permettra de mettre en place les appuis et les structures nécessaires en vue de

créer un système de gestion de l'information plus efficace, efficient et responsable.

Projet complexe, il fait intervenir le gouvernement, les fournisseurs de soins de santé, les organismes et les organisations de tous les secteurs du système de santé. Nous comptons sur la vision et la collaboration de ces partenaires et intervenants pour atteindre nos objectifs.

Au cours des derniers mois, nous avons entrepris un certain nombre d'initiatives pour améliorer la qualité des données et l'accès à l'information devant servir à la planification des soins de santé. Je suis fier du chemin parcouru jusqu'ici. Nous avons achevé le premier guide répertoriant les sources de données sur la santé dignes de foi en Ontario. Nous avons allégé la tâche de reddition de comptes des 42 centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario au ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) pour ce qui est de leurs budgets et des services qu'ils fournissent. Nous sommes en bonne voie de réaliser un jalon important :

établir le bilan du système de santé, qui nous permettra de rendre compte du rendement général du système de santé.

Nous n'aurions pu atteindre de tels résultats sans la participation et la collaboration ferventes de nos partenaires du ministère et du domaine. Le degré de réussite de nos objectifs sera fonction non seulement des efforts que nous déployons pour les réaliser, mais aussi de l'accueil que leur réserveront les personnes qui utilisent l'information sur une base quotidienne.

Le Bulletin sur la gestion de l'information sera notre média principal pour vous tenir au courant de nos progrès et de nos réussites. Je me réjouis déjà à l'idée de ces occasions de communiquer avec vous.

Mes salutations les plus cordiales,

Adelstein D Brown

À l'intérieur

Mesurer l'important – 2

Un premier jalon : le Guide des données sur la planification des soins de santé en Ontario – 3

Réduire le fardeau de la collecte de données – 4



Ontario

Mesurer l'important

IMPOSSIBLE DE GERER ce qui ne peut être mesuré. Malgré la surabondance d'indicateurs du rendement du système de santé – on en compte au moins 2 000 en Ontario – peu d'entre eux s'harmonisent avec les objectifs stratégiques visant le renouvellement du système. C'est pourquoi les gestionnaires ont de la difficulté à obtenir une vue d'ensemble des progrès réalisés pour atteindre ces objectifs.

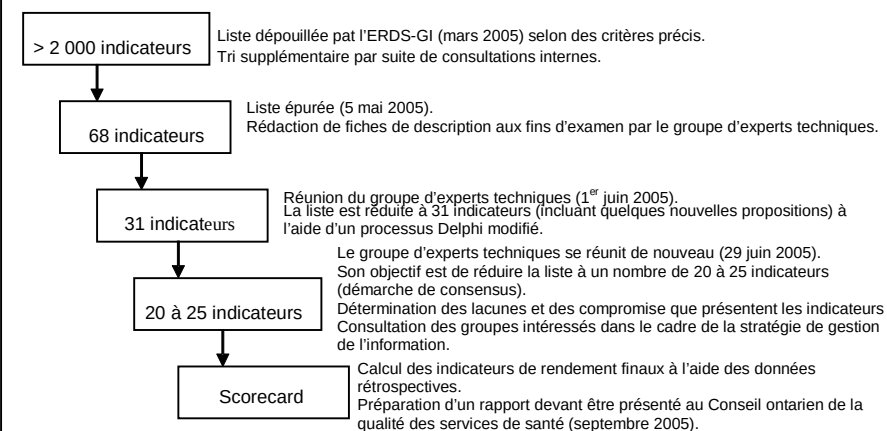
Grâce à la collaboration de spécialistes du domaine représentant tous les secteurs du système de santé et de partenaires gouvernementaux, l'Équipe des résultats dans le domaine de la santé pour la gestion de l'information (ERDS-GI) s'emploie à établir le **premier bilan du système de santé** qui lui permettra de mesurer le degré de succès des stratégies du système.

« Notre objectif consiste à utiliser 25 indicateurs tout au plus, affirme Jeremy Veillard, qui pilote cette initiative pour l'ERDS-GI. Il nous faut uniquement les plus pertinents – ceux qui nous fourniront la meilleure indication du rendement de l'ensemble du système. »

La démarche de l'équipe est semblable à celle de l'administration des services de santé des anciens combattants aux États-Unis (ASSAC), le plus important réseau de prestation de soins de santé au pays. Lors de sa restructuration en vue de mettre en place un système de première qualité axé sur les services aux patients, l'ASSAC a utilisé un ensemble de 18 indicateurs non seulement pour mesurer le rendement, mais aussi pour gérer activement la qualité et la valeur.

Le bilan, qui sera présenté au Conseil ontarien de la qualité des services de santé à l'automne 2005, est l'une des nombreuses sources d'information dont disposeront le gouvernement et la population pour se tenir au courant du rendement du système de santé.

Bilan du système de santé – Aperçu du processus de sélection des indicateurs et de l'échéancier



Pour dresser le bilan, l'équipe a d'abord défini et interlié les grandes stratégies et les principaux objectifs du système de santé, démarche qui lui a permis d'apparier les indicateurs de rendement aux objectifs stratégiques.

Un groupe de spécialistes composé de représentants du gouvernement et des différents secteurs des soins de santé a été constitué pour aider l'équipe à évaluer et à choisir les indicateurs visant à établir le bilan du système de santé. La liste définitive de ces

indicateurs sera déterminée en fonction d'un certain nombre de critères comme la disponibilité, la fiabilité et la validité.

« Le bilan présente des avantages considérables, affirme M. Veillard. Une fois les mesures de rendement clairement établies, les fournisseurs pourront mieux évaluer comment ils contribuent à la réalisation des objectifs du système de santé. » ■

Modèle de planification à long terme

LES DECIDEURS AU GOUVERNEMENT ONT DEPUIS LONGTEMPS L'IMPRESSION de ne pas disposer de suffisamment de données pour pouvoir prendre des décisions éclairées. Les chercheurs du secteur des soins de santé ont eux aussi l'impression que les résultats de leurs travaux de recherche novateurs tombent trop souvent dans l'oreille de sourds.

Pour combler cette lacune, l'ERDS-GI propose aux responsables des politiques du gouvernement un modèle innovateur de **planification de scénarios à long terme**. « Notre objectif consiste à accroître l'utilité de la recherche pour l'élaboration des politiques en réunissant tous les intervenants – chercheurs, politiciens, cliniciens et responsables des politiques – afin de dégager en bout de ligne un consensus sur les hypothèses et les questions importantes », affirme Matt Norton, qui pilote cette initiative pour l'ERDS-GI.

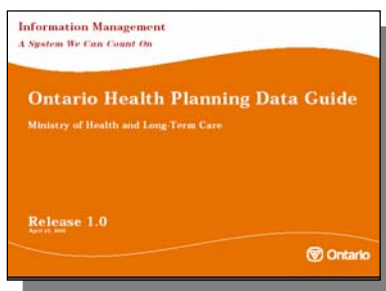
La planification de scénarios consiste à prévoir pour les dix à vingt ans à venir les conséquences possibles des politiques en illustrant l'impact des différents scénarios. Cette démarche est innovatrice en ce qu'elle fait appel à tous les intervenants pour déterminer les priorités de la recherche. Selon M. Norton, dans des pays comme les Pays-Bas et Singapour, la planification de scénarios à long terme est utilisée depuis plusieurs années et connaît du succès.

La première version du modèle fait actuellement l'objet d'essais sur le terrain avec l'aide du Conseil de coordination des services spécialisés de pédiatrie (CCSSP). Compte tenu qu'il faut huit ans pour former un médecin spécialiste en pédiatrie, une stratégie de soins pédiatriques à long terme est indispensable pour évaluer les besoins futurs et prévoir en conséquence. L'objectif consiste à convenir d'un modèle qui permettra de déterminer comment répartir les ressources pédiatriques à l'échelle de la province pour répondre aux besoins projetés. ■

Un premier jalon : le Guide des données sur la planification des soins de santé en Ontario

LES PLANIFICATEURS DE SOINS DE SANTÉ savent à quel point il est difficile de mettre le doigt sur l'élément clé recherché – et d'accéder rapidement à l'information – pour planifier les services de santé. Avec la parution du **Guide des données sur la planification des soins de santé en Ontario**, ils disposent maintenant d'un document de référence leur donnant accès à près d'une centaine de sources de données électroniques.

En mai, l'ERDS-GI a publié le premier guide provincial regroupant les nombreuses sources de données dignes de foi sur la santé de la province. Le document a été préparé en collaboration avec les propriétaires des bases de données des secteurs public et privé.



« Il s'agit d'un document fort attendu dans le domaine des soins de santé », affirme Joyce Seto, directrice des services de soins de santé de DapaSoft, une société d'experts-conseils en TI, et ancienne directrice de I & IT du Privacy Officer for the Cardiac Care Network, qui a contribué au guide. « C'est véritablement le premier en son genre. Beaucoup de systèmes financiers et cliniques fonctionnent isolément et personne dans le domaine n'avait pris le temps de faire ce travail – c'est le fruit d'efforts considérables. »

Il est possible de télécharger le *Guide* au format PDF en allant à la page de la section des fournisseurs de soins de santé du site Web du MSSLD, à l'adresse www.health.gov.on.ca (section Transformer les soins de santé, rubrique Gestion de l'information). ■

Première grande

Des tests diagnostiques au temps en SO – Le coût des services de santé

LA CAPACITÉ DE DÉTERMINER LES COÛTS DE SERVICES COMME LA CHIRURGIE OCULAIRE AU LASER OU LE REMPLACEMENT DE LA HANCHE est inestimable pour les fournisseurs de soins de santé qui doivent prendre des décisions ayant une incidence clinique et financière, car elle leur permet de calculer les coûts associés au traitement et aux soins de groupes particuliers. Le MSSLD a également besoin de cette information pour déterminer les coefficients de pondération de coûts spécifiques. Les chercheurs l'utilisent quant à eux afin de mieux comprendre les investissements requis pour obtenir les résultats voulus.

Seulement 12 hôpitaux de la province produisent ce type d'information regroupée dans la base de données des coûts par cas du MSSLD. Cette base de données appartient à la Direction des finances et de la gestion de l'information (DFGI), qui en assure aussi l'administration. En mars 2005, l'ERDS-GI, en partenariat avec The Change Foundation et la DFGI, décidait d'augmenter le nombre d'hôpitaux participant à l'Initiative ontarienne de coût par cas. À cet effet, les hôpitaux de partout en Ontario furent invités à participer à une conférence visant à promouvoir la production de données des coûts par cas. Coparrainée par le MSSLD, The Change Foundation et l'Association des hôpitaux de l'Ontario, la conférence a attiré plus de 140 représentants d'hôpitaux.

L'étape qui suivra consiste à inviter les hôpitaux désireux de participer à ce projet à répondre à une Demande de propositions. « L'objectif consiste à porter à au moins 30 le nombre d'hôpitaux produisant ce type de données, affirme Helen Whittome, qui dirige ce volet du travail de l'ERDS-GI en vue d'améliorer la qualité des données. C'est une situation gagnante pour tous les participants. Ces données serviront également lors de la négociation d'ententes de responsabilisation entre le ministère et les hôpitaux. » ■

campagne de collecte de données cliniques auprès des hôpitaux ontariens

EN COLLABORATION AVEC l'Institut de recherche en services de santé, l'Équipe de recherche pour le rapport sur les hôpitaux, l'Institut canadien d'information sur la santé, le Comité mixte des politiques et de la planification et la Direction des finances et de la gestion de l'information (DFGI) du MSSLD, l'ERDS-GI vient de terminer sa première grande collecte de données auprès des hôpitaux ontariens.

La campagne, qui s'est déroulée en avril et mai, ciblait les codeurs des dossiers d'hospitalisation ainsi que leurs superviseurs immédiats. Elle comportait une série de séances sur les normes de codage conçues pour examiner et corriger les erreurs des données sur les soins actifs et les soins ambulatoires. Ces séances avaient pour objectif d'améliorer la qualité des données sur les soins actifs et les soins ambulatoires que les hôpitaux ontariens fournissent à l'ICIS. En règle générale, ces données sont utilisées pour la planification, le financement et la mesure du rendement du système de soins de santé.

Le non-respect des normes peut donner lieu à d'importantes variations des pratiques de codage, ce qui, en bout de ligne, réduit la fiabilité des données et de leur utilisation. Par exemple, l'ICIS a récemment décidé de laisser tomber un indicateur relatif aux maladies obstructives respiratoires et à la pneumonie à cause du non-respect des normes de codage nationales. Les chercheurs et d'autres utilisateurs de ces données n'auront donc plus accès à l'information dont ils ont besoin pour mesurer et gérer le rendement de cette population clinique.

(suite p. 4)

Réduire le fardeau de la collecte de données

« FAIRE LE MENAGE » EST L'UN DES OBJECTIFS de l'ERDS-GI en vue de produire des données de meilleure qualité. « Essentiellement, cela signifie étudier les données produites par les fournisseurs et se débarrasser de celles qui ne sont pas utilisées ou qui ne valent pas la peine parce qu'elles sont redondantes, de piètre qualité ou de peu de valeur », précise Helen Whittome, qui pilote ce volet du projet.

L'équipe a réussi jusqu'ici à éliminer le tiers des rapports sur support papier produits par les 42 centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario. Nous voulons réduire ce nombre de moitié.

« Cela représente une économie de trois tonnes de papier et de 20 000 heures de travail que l'on pourrait mieux utiliser ailleurs », selon le D^r Jim Armstrong, chef de la direction générale de l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario, qui a joué un rôle important dans ce dossier. George Zegarac, sous-ministre adjoint à la Direction des soins à domicile et du soutien communautaire au MSSLD, est un autre ardent défenseur du projet.

Les secteurs des soins actifs et de la santé mentale seront le prochain point de mire de nos efforts. Selon M^{me} Whittome, des indications préliminaires indiquent que les hôpitaux fournissent jusqu'à 100 rapports différents, certains sur une base quotidienne, au MSSLD et à des organismes comme l'Association des hôpitaux de l'Ontario et Action Cancer Ontario. La collecte des données du secteur des soins actifs devrait être terminée d'ici décembre 2005. ■

Leçons retenues : conditions optimales du changement

EN TANT QU'ANCIEN DIRECTEUR DE LA COMMISSION DE LA RESTRUCTURATION DES SERVICES DE SANTÉ DE L'ONTARIO, le Dr Duncan Sinclair, aujourd'hui professeur de physiologie et Fellow de l'École d'études politiques à l'Université Queen's de Kingston (Ontario), est parfaitement au courant des changements importants qui s'opèrent dans les soins de santé. Le 5 avril dernier, il partageait son expérience avec le groupe d'action interne de l'ERDS-GI, qui se réunit régulièrement pour prodiguer des conseils stratégiques. Selon le D^r Sinclair, voici les conditions essentielles pour réussir le changement

- *qualités de chef* – l'ingrédient crucial;
- *vision* – parce que les personnes touchées par le changement doivent savoir ce que l'agent du changement a à l'esprit;
- *confiance en l'agent du changement* – être juste, avoir un esprit ouvert et être apolitique;
- *proposition de changement bien documentée* – s'appuyant sur des données crédibles, une analyse défendable et les suggestions des personnes touchées;
- *consultation des personnes touchées* – possibilité réelle d'influer sur la proposition;
- *plan définitif* – qui est clair et ferme;
- *réceptivité au changement* – un ou des défenseurs sur place qui sont engagés;
- *facilitation et autre soutien de « l'extérieur »* – un représentant de la direction centrale quasi indépendant pour donner des conseils et fournir de l'aide;
- *incitatifs pour la mise en œuvre* – et sanctions pour l'absence de mise en œuvre
- *calendrier rigoureux* – les changements importants requièrent une action rapide.

Campagne de collecte de données cliniques – suite de la p. 3

Quelque 200 représentants de 113 hôpitaux ont assisté aux séances. La majorité d'entre eux – 90 % en fait – ont indiqué qu'ils accepteraient volontiers de refaire l'expérience.

« Pour la première fois en 32 ans de carrière dans le domaine des dossiers médicaux, j'ai l'impression de voir se rétrécir l'écart énorme qui sépare le MSSLD et les travailleurs de première ligne, a affirmé Velma Manser, qui travaille au Département des dossiers médicaux de l'hôpital Louise-Marshall de la North Wellington Health Care Corp. J'aime qu'on me tienne au courant et qu'on m'invite à participer aux discussions et aux activités. »

L'ÉRDS-GI travaille actuellement à la création d'outils de formation sur le Web et de matériel didactique à l'intention des codeurs, tandis que, le MSSLD mettra en place un processus de surveillance continue de la conformité. On entend organiser d'autres séances pour discuter de l'ensemble des données sur la réadaptation et les soins prolongés. ■

Écrivez-nous

Faites-nous part de vos commentaires et de vos questions et inscrivez-vous à la liste d'envoi du *Bulletin sur la gestion de l'information* en nous écrivant à HRTIM@moh.gov.on.ca.



Ontario