



Sélection d'indicateurs pancanadiens sur l'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie et l'accès aux services à domicile et aux soins communautaires

Rapport d'étape



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

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.

À moins d'indication contraire, les données utilisées proviennent des provinces et territoires du Canada.

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

ISBN 978-1-77109-702-4 (PDF)

© 2018 Institut canadien d'information sur la santé

Comment citer ce document :

Institut canadien d'information sur la santé. *Sélection d'indicateurs pancanadiens sur l'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie et l'accès aux services à domicile et aux soins communautaires : rapport d'étape*. Ottawa, ON : ICIS; 2018.

This publication is also available in English under the title *Selecting Pan-Canadian Indicators for Access to Mental Health and Addiction Services, and to Home and Community Care: Progress Report*.

ISBN 978-1-77109-701-7 (PDF)

Table des matières

Sommaire	4
Énoncé de principes communs sur les priorités partagées en santé	6
Rôle de l'ICIS	8
Objet du présent rapport	8
Définitions des termes utilisés dans le présent rapport	10
Processus et calendrier de sélection des indicateurs communs	12
Étape 1 : Analyses et évaluations validées par les gouvernements FPT	13
Étape 2 : Participation des gouvernements FPT, des intervenants et du public	15
Étape 3 : Discussion et évaluation des indicateurs	16
Étapes 4, 5 et 6 : Décision sur les indicateurs et déclaration future	18
Étape 1 en détail : résumé des analyses et des évaluations	19
Santé mentale et toxicomanie	19
Services à domicile et soins communautaires	34
Annexe A : Groupes de travail ICIS-FPT — participants et mandat	49
Annexe B : Outils d'appui à la sélection et à l'élaboration des indicateurs	54
Annexe C : Normes d'information	56
Annexe D : Consultations auprès du public et des intervenants	58
Annexe E : Texte de remplacement pour les images	62
Références	67

Sommaire

Tous les gouvernements reconnaissent la nécessité de renforcer l'accès aux services à domicile et aux services en santé mentale. En août 2017, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux (FPT) ont annoncé une entente qui comprendra un investissement sur une période de 10 ans de 11 milliards de dollars de la part du gouvernement fédéral. Cet investissement servira à améliorer l'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie, de même qu'aux services à domicile et aux soins communautaires. En appuyant l'[énoncé de principes communs sur les priorités partagées en santé](#), les gouvernements FPT se sont engagés à unir leurs efforts afin que les systèmes de santé continuent de répondre aux besoins des Canadiens.

En septembre 2017, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a été invité à collaborer avec les gouvernements FPT en vue de la sélection et de l'élaboration d'un ensemble ciblé d'indicateurs pancanadiens. Ces indicateurs permettront de mesurer l'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie ainsi qu'aux services à domicile et aux soins communautaires. Pour s'assurer que le processus de collaboration est transparent et qu'il tient compte de la connaissance des intervenants des secteurs et des besoins des Canadiens, l'ICIS a travaillé avec 2 groupes de travail FPT créés pour l'occasion, des experts en la matière et des membres du public afin de définir les indicateurs qui pourraient décrire le mieux l'accès aux services dans ces secteurs prioritaires.

Le présent rapport d'étape rend compte des travaux réalisés à ce jour. Il résume notamment les analyses environnementales qui ont été menées pour faire comprendre le point de départ des provinces et des territoires en matière de collecte et de déclaration de données sur les services dans les secteurs prioritaires. Ces analyses brossent un portrait actuel des services en santé mentale et en toxicomanie de même que des services à domicile et des soins communautaires. Il met aussi en lumière les mesures, les normes et les systèmes d'information qui servent à recueillir de l'information sur la santé dans chaque province et territoire. Les travaux réalisés jusqu'ici démontrent qu'il existe parmi les provinces et territoires des variations dans les services et la mesure de la performance, et des différences dans la capacité à recueillir des données et à appliquer les normes d'information.

En janvier 2018, les membres des groupes de travail ICIS-FPT, des spécialistes des secteurs clés et des experts de la mesure de la performance se sont réunis dans le but de s'entendre sur un petit nombre de domaines liés à l'accès afin de circonscrire la sélection d'indicateurs dans chacun des 2 secteurs prioritaires. Au terme de discussions productives, les participants ont recommandé les domaines d'intérêt suivants pour la mesure de l'accès aux services à domicile et aux soins communautaires : résultats pour les clients, expérience des clients et des aidants, soins palliatifs en milieu communautaire, coordination des soins, interactions

multiples avec le système de santé, besoins non satisfaits et temps d'attente. Pour la mesure de l'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie, ils ont recommandé les domaines d'intérêt suivants : accès aux programmes de prévention des maladies et de promotion de la santé, intégration et continuité des soins, expérience et degré de satisfaction de la personne, résultats, besoins non satisfaits et temps d'attente.

En février 2018, les groupes de travail ICIS-FPT, des spécialistes des secteurs clés et des experts de la mesure de la performance ont évalué et répertorié les indicateurs à l'échelle de chaque secteur. Une série de groupes de discussion, d'entrevues avec des informateurs clés et de sondages en ligne ont été menés en parallèle afin de cerner les priorités de la population canadienne et des personnes ayant fait l'expérience des soins dans ces secteurs.

La collecte d'information dans le cadre du processus d'évaluation des indicateurs et de mobilisation du public est en cours et les résultats seront présentés aux membres des groupes de travail ICIS-FPT en mars à des fins d'examen et de discussion. Elle servira à orienter le choix des indicateurs. Les groupes de travail ICIS-FPT soumettront en avril 2018 une recommandation officielle à la Conférence des sous-ministres de la Santé, les conclusions de cette rencontre seront ensuite présentées aux ministres FPT de la Santé. Une fois les ensembles définitifs d'indicateurs approuvés, l'ICIS continuera de collaborer avec les provinces et territoires en vue de définir la méthodologie et de déterminer les sources de données pour ces indicateurs. Le premier rapport annuel devrait être diffusé en 2019.

Énoncé de principes communs sur les priorités partagées en santé

En août 2017, les gouvernements FPT ont annoncé une entente de 10 ans, en vertu de laquelle le gouvernement fédéral injectera 11 milliards de dollars dans les systèmes de santé provinciaux et territoriaux. Cet investissement servira à améliorer l'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie, de même qu'aux services à domicile et aux soins communautaires.

Les gouvernements FPT ont convenu qu'il y a une demande accrue pour les services en santé mentale et en toxicomanie ainsi que les services à domicile et les soins communautaires. Ils reconnaissent tout particulièrement que les problèmes de santé mentale et de toxicomanie constituent des enjeux importants pour les Canadiens. Comme le diagnostic et l'intervention précoces sont essentiels à l'efficacité du traitement et du rétablissement, ils estiment également primordial de combler les lacunes dans les services offerts dans ce domaine, y compris ceux destinés aux enfants et aux jeunes. Les gouvernements ont aussi convenu que les personnes âgées et les personnes atteintes de maladies chroniques — dont le nombre ne cesse d'augmenter — devront avoir accès à plus de services de santé à domicile et en milieu communautaire et ainsi recourir moins souvent aux soins hospitaliers plus coûteux.

L'[énoncé de principes communs sur les priorités partagées en santé](#) définit les objectifs communs des gouvernements FPT. Il guidera l'élaboration d'ententes bilatérales entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux. Chaque province ou territoire poursuivra ses propres priorités en fonction de sa situation particulièreⁱ, comme les modèles de prestation dans les régions du Nord et les régions éloignées, ainsi que les limites des capacités quant à l'accès aux données et les exigences relatives à l'infrastructure.

i. Reconnaisant la volonté du gouvernement du Québec d'exercer sa compétence en matière de santé et de services sociaux et ainsi d'assumer lui-même sa maîtrise d'œuvre à l'égard de la planification, de l'organisation et de la gestion des services en ces matières, notamment en matière de santé mentale et de toxicomanie ainsi que de services à domicile et de soins communautaires, le gouvernement du Canada et le gouvernement du Québec ont convenu d'une entente asymétrique distincte du présent énoncé de principes. Dans le cadre de l'entente asymétrique fondée sur celle de septembre 2004, le gouvernement du Québec continuera notamment de faire rapport à la population québécoise sur l'usage de l'ensemble des fonds destinés à la santé et poursuivra sa collaboration avec les autres gouvernements FPT à l'égard de l'échange d'informations et de pratiques exemplaires.



L'énoncé de principes communs établit les objectifs suivants :



Améliorer l'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie fondés sur des données probantes pour soutenir les Canadiens et leur famille

L'atteinte de ces objectifs reposera sur l'une ou plusieurs des activités suivantes :

- Augmenter l'accès aux services communautaires en santé mentale et en toxicomanie pour les enfants et les adolescents (de 10 à 25 ans) en reconnaissant l'efficacité des interventions précoces pour soigner les troubles de santé mentale légers à modérés
- Répandre les modèles, fondés sur des données probantes, de services en santé mentale dans la communauté et d'interventions adaptées à la culture qui sont intégrés aux services de santé de première ligne
- Augmenter la disponibilité des services intégrés en santé mentale et en toxicomanie dans la communauté pour les personnes qui ont des besoins de santé complexes

Améliorer l'accès aux services à domicile et aux soins communautaires appropriés, y compris aux soins palliatifs et de fin de vie

L'atteinte de ces objectifs reposera sur l'une ou plusieurs des activités suivantes :

- Diffuser et déployer des modèles de services à domicile et de soins communautaires fondés sur des données probantes qui sont davantage intégrés et connectés aux soins de première ligne
- Augmenter l'accès aux soins palliatifs et de fin de vie à domicile ou dans les centres de soins palliatifs
- Augmenter le soutien aux proches aidants
- Améliorer les infrastructures pour les services à domicile, tel l'accès aux technologies numériques, aux technologies de surveillance à distance et aux équipements pour la prestation de services dans la communauté

La mise en œuvre des programmes visant la réalisation des objectifs d'accès définis dans l'énoncé de principes communs pour chacune des autorités compétentes s'appuiera sur les principes suivants :

Collaboration

Les ministres FPT de la Santé conviennent de collaborer afin d'atteindre les objectifs établis dans l'énoncé de principes communs.

Innovation

Les ministres FPT de la Santé conviennent de poursuivre l'élaboration et l'évaluation des innovations qui génèrent de meilleurs résultats pour les Canadiens, et de faire connaître les réussites et les leçons tirées dans le but de favoriser davantage l'amélioration dans l'ensemble des systèmes de santé.

Imputabilité

Les ministres FPT de la Santé conviennent de mesurer la progression des objectifs communs et de ceux propres à chaque gouvernement en vertu de l'énoncé de principes communs, ainsi que d'en faire rapport aux Canadiens.

Rôle de l'ICIS

Il est important de surveiller les progrès vers l'atteinte des objectifs à l'aide de mesures. C'est pourquoi les ministres FPT de la Santé ont convenu de collaborer, ensemble et avec l'ICIS, afin de définir et de diffuser de 3 à 5 indicateurs de l'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie ainsi qu'aux services à domicile et aux soins communautaires. Cette démarche cadre avec le mandat de l'ICIS consistant à fournir une information pertinente et comparable qui favorise une amélioration rapide des soins de santé, de la performance des systèmes de santé et de la santé générale de la population. Le fait de mettre l'accent sur la santé mentale et la toxicomanie et sur les services à domicile et les soins communautaires cadre également avec le plan stratégique de l'ICIS.

L'ICIS dispose depuis longtemps de programmes mesurant la performance des systèmes de santé. En tant qu'organisme, l'ICIS s'est engagé à appliquer des processus transparents de collaboration. Il ne formule pas de conseils et ne prend pas position au sujet des politiques. Compte tenu de son expérience, l'ICIS est en mesure de faciliter la sélection et l'élaboration d'indicateurs de santé (nouveaux ou existants) qui permettront de suivre les progrès des engagements des ministres FPT de la Santé. L'annexe B présente une description des outils d'appui à la sélection et à l'élaboration des indicateurs.

Objet du présent rapport

Le présent rapport fait le point sur les progrès réalisés en vue d'établir des indicateurs communs servant à mesurer l'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie ainsi qu'aux services à domicile et aux soins communautaires. Il met également en relief les lacunes dans les systèmes de mesure et d'information actuels qui pourraient se répercuter négativement sur le suivi des progrès au chapitre des priorités partagées en santé. Il arrive que les patients paient directement certains services fournis dans les 2 secteurs prioritaires, mais le présent rapport et les indicateurs en cours d'élaboration sont axés sur les services financés par les gouvernements fédéral, provinciaux ou territoriaux.

Le rapport présente

- les définitions des termes utilisés;
- des renseignements détaillés sur le choix du processus et du calendrier pour convenir des indicateurs;
- un compte rendu des progrès réalisés dans la sélection de 3 à 5 indicateurs dans chacun des 2 secteurs prioritaires;
- un survol de l'organisation et de la prestation des services en santé mentale et en toxicomanie ainsi que des services à domicile et des soins communautaires à l'échelle du pays;
- l'état de la mesure de la performance des services dans les 2 secteurs;
- un aperçu des normes d'information et des systèmes d'information soutenant la mesure de la performance des services dans les 2 secteurs;
- un survol des lacunes liées à la mesure;
- un aperçu des prochaines étapes.

Définitions des termes utilisés dans le présent rapport

Services en santé mentale et en toxicomanie

Les **services communautaires en santé mentale et en toxicomanie** englobent l'évaluation, le traitement, la sensibilisation et le soutien. Ils aident les clients à rester dans un milieu qui leur offre des choix de soins, leur permet de prendre des risques et leur donne la possibilité de mener des activités qui leur sont importantes, comme travailler ou faire du bénévolat. Les services d'urgence, les services hospitaliers et les hôpitaux psychiatriques offrent des services en santé mentale et en toxicomanie aux personnes atteintes de problèmes graves de santé mentale ou de toxicomanie, ou qui ne peuvent pas bénéficier d'autres services. Les services en santé mentale et en toxicomanie, orientés sur le rétablissement, misent sur une approche centrée sur la personne reposant sur les principes d'espoir, de dignité et d'inclusion, et s'adressent aux gens qui sont en rétablissement et à ceux qui courent un risque élevé de développer un problème de santé⁷.

Services à domicile et soins communautaires

Les **services à domicile** couvrent un éventail de services de soins de santé et de soutien dispensés au domicile, dans les collectivités de retraités, dans les foyers de groupe et dans d'autres milieux communautaires à des personnes qui ont besoin de soins de santé actifs, chroniques, palliatifs ou de réadaptation¹⁰.

Les programmes de **soins communautaires** visent à aider les personnes à maintenir une santé et des capacités fonctionnelles optimales, à prévenir ou à retarder l'admission à l'hôpital ou en établissement de soins de longue durée, de même qu'à appuyer la planification de la sortie et le suivi. Les soins communautaires englobent les services à domicile, mais ils vont bien au-delà pour s'étendre à tous les services de santé et de soutien fournis en milieu communautaire (p. ex. popote roulante, programmes de socialisation visant à prévenir l'isolement). Les organismes de services à domicile et de soins communautaires coordonnent souvent le travail de nombreux organismes et facilitent l'utilisation des services communautaires. Ils complètent le soutien offert par les aidants naturels et les autres services, et mettent ainsi en évidence leur contribution¹¹.

Accès

L'**accès** désigne la disponibilité de services de santé exhaustifs et de qualité supérieure, et la capacité de ces services à répondre aux besoins de la population et des personnes sans délais excessifs ni obstacles financiers, organisationnels ou géographiques. Les services de santé comprennent les services de santé publique, de promotion de la santé et de prévention des maladies ainsi que les services de soins curatifs, palliatifs et de maintien².

Les services de santé « de qualité supérieure » sont

- **axés sur la personne** — ils sont adéquats sur le plan culturel et adaptés aux besoins et aux valeurs des personnes qui les reçoivent; les services axés sur la personne font en sorte que les bénéficiaires de services et leurs aidants sont au cœur de la prestation et que leurs préférences guident toutes les décisions cliniques les concernant;
- **sécuritaires** — ils évitent que les patients à qui l'on dispense des soins devant les aider subissent des préjudices;
- **pertinents et efficaces** — ils reposent sur la connaissance scientifique de ce qui favorisera le plus une réduction de l'incidence, de la durée, de l'intensité et des conséquences des problèmes de santé;
- **dispensés de façon efficiente** — ils évitent le gaspillage d'équipement, de fournitures, d'idées et d'énergie.

Normes d'information

Les **normes d'information** correspondent à des spécifications convenues s'appliquant à la consolidation des données provenant de différentes sources et de divers milieux. Elles sont essentielles au partage, à la transférabilité et à l'utilisation des données, notamment celles générées pendant ou après la prestation de soins au moyen d'outils tels que la classification clinique, les évaluations cliniques normalisées et les résultats des sondages.

Système d'information

Le terme général **système d'information** englobe toute combinaison de matériel informatique, de logiciels et de composantes de réseau permettant de stocker, de traiter, d'extraire, de partager et de produire de l'information.

Mesure

Le terme **mesure** désigne une information quantifiable présentée sous forme de chiffre. Bien que l'information fournie soit utile à différentes fins, elle ne permet pas d'effectuer des comparaisons.

Indicateur de santé

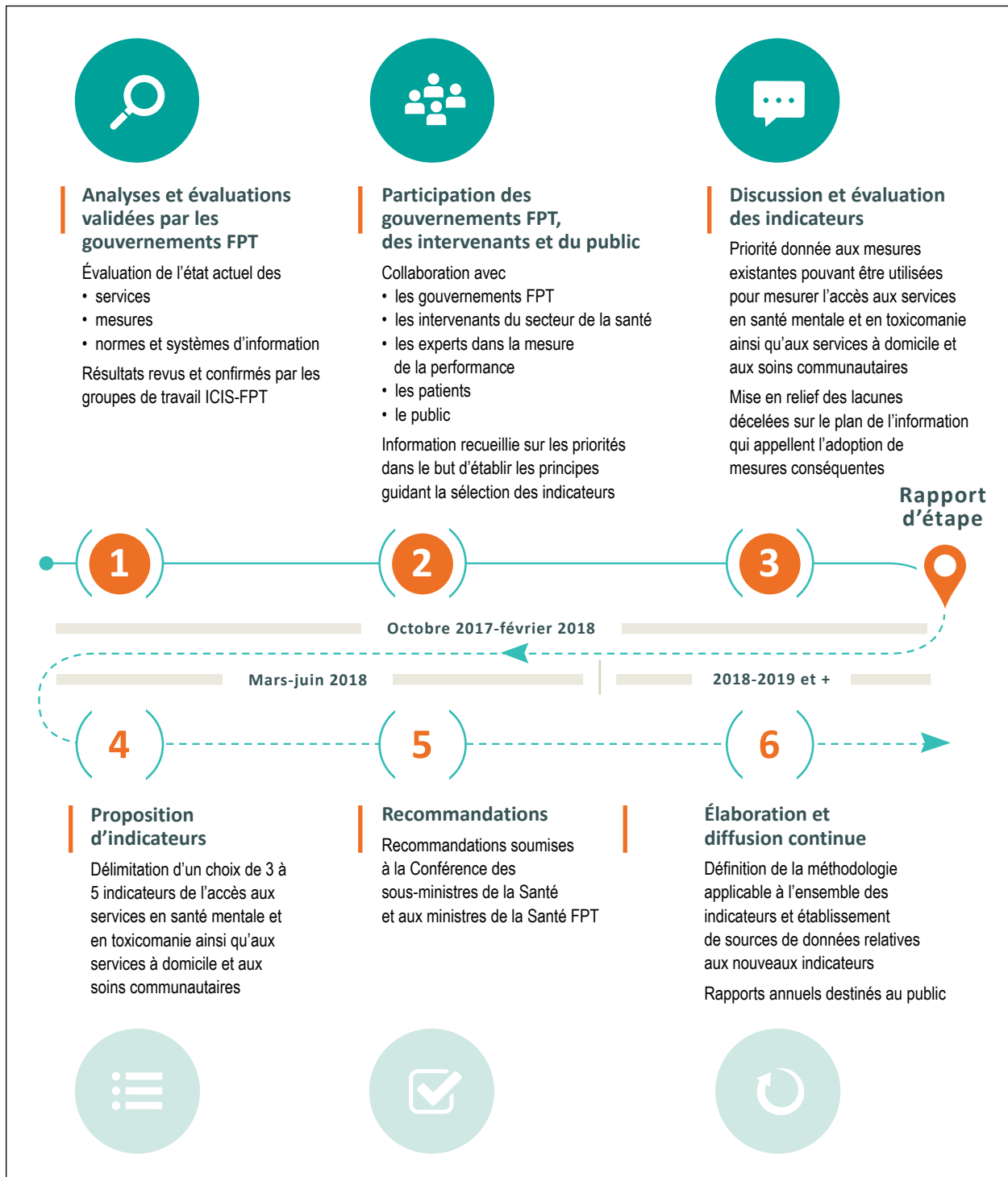
L'**indicateur de santé** permet la mise en contexte des mesures, habituellement à l'aide d'un ratio (par X), et l'établissement de comparaisons du fait que les résultats sont ajustés selon les risques ou normalisés. L'indicateur de santé n'a pas nécessairement une orientation.

Indicateur de la performance des systèmes de santé

L'**indicateur de la performance des systèmes de santé** est un indicateur de santé ayant une orientation souhaitée (p. ex. un faible résultat est favorable). Pour de plus amples renseignements, consultez la [page Web de l'ICIS sur les indicateurs de santé](#).

Processus et calendrier de sélection des indicateurs communs

Le schéma ci-dessous illustre le processus de sélection des indicateurs. Au moment de la rédaction du présent rapport, l'étape 3 est achevée et l'étape 4 est en cours.



Étape



Analyses et évaluations validées par les gouvernements FPT

Diverses analyses environnementales ont été menées pour étayer la sélection des indicateurs et comprendre le point de départ des provinces et des territoires en matière de collecte et de déclaration de données sur les services dans les secteurs prioritaires. Ces analyses portaient notamment sur les éléments suivants :

- 1. La prestation et la disponibilité des services en santé mentale et en toxicomanie ainsi que des services à domicile et des soins communautaires financés par le secteur public.** Les données relatives aux services que le gouvernement fédéral fournit à certaines populations, notamment les membres des Premières Nations qui vivent dans les réserves, les Inuits, les membres actifs des Forces armées canadiennes, les anciens combattants admissibles, les détenus des pénitenciers fédéraux et certains groupes de revendicateurs du statut de réfugié, ont été exclues des analyses.
- 2. Les mesures et les indicateurs** liés à l'accès qui ont été publiés dans des ressources canadiennes et internationales accessibles au grand public entre 2010 et 2017. Des mesures à diffusion restreinte ont également été ajoutées une fois que les représentants FPT ont validé les résultats des analyses. Pour qu'on puisse déceler les lacunes dans les mesures de l'accès aux services, les indicateurs ont été regroupés par concept et mis en correspondance avec le Cadre de mesure de la performance du système de santé de l'ICIS. Ce cadre offre une approche commune pour mesurer la performance des systèmes de santé.
- 3. L'infrastructure de données et les normes d'information** dans 4 domaines : services communautaires en santé mentale, services en toxicomanie (soins de courte durée et communautaires), services à domicile (soins et soutien à domicile) et soins palliatifs (à domicile et en centre de soins palliatifs).

Chaque autorité compétente a validé et actualisé les résultats des analyses par l'entremise des groupes de travail ICIS-FPT.

Les résultats des analyses révèlent des variations dans les indicateurs publiés concernant les services en santé mentale et en toxicomanie ainsi que les services à domicile et les soins communautaires. Il n'est pas surprenant que les provinces et les territoires se concentrent sur les thèmes qui intéressent leurs populations et qui répondent à leurs besoins. Par conséquent, même lorsque les thèmes d'intérêt concordent, les méthodes de mesure varient, faisant appel à des sources de données, à des méthodes et des normes relatives aux délais ou aux besoins différentes, ou ciblant des groupes différents.

Il est essentiel d'assurer l'uniformité dans la collecte de données et l'application de normes d'information pour créer des ensembles d'indicateurs communs pancanadiens mesurant l'accès aux services dans les secteurs prioritaires. Des sources de données pancanadiennes normalisées ont vu le jour au fil des ans. Par exemple, l'ICIS exploite plusieurs bases de données contenant de l'information sur les services en santé mentale et en toxicomanie, et plus précisément sur le secteur des soins de courte durée et les clients des services à domicile de longue durée. D'autres sources de données pancanadiennes, notamment celles tirées des sondages de Statistique Canada et du Fonds du Commonwealth, fournissent de l'information comparable parmi les provinces et les territoires. Ces sources de données nous permettent de recueillir des données sur certaines dimensions de l'accès aux soins, mais pas toutes. En ce qui concerne les soins communautaires, chaque province et territoire dispose de ses propres normes d'information et systèmes, de sorte qu'il existe des lacunes et des différences dans l'étendue des données, les sources de données, les normes relatives aux délais ou aux besoins, et les méthodes de mesure. Ces différences rendent difficile la création, à partir des données disponibles, d'indicateurs pancanadiens utiles qui permettent de s'attaquer aux problèmes d'accès aux services dans la collectivité.

La section [Étape 1 en détail](#) donne un aperçu plus détaillé des analyses environnementales réalisées.

Étape

2



Participation des gouvernements FPT, des intervenants et du public

Groupes de travail ICIS-FPT

Chacun des 2 groupes de travail formés dans le cadre du projet est composé d'un représentant désigné par chaque sous-ministre FPT de la Santé et d'un représentant de l'ICIS. Les membres des groupes de travail représentent leur province ou territoire au chapitre des secteurs prioritaires visés par la mesure et de la capacité de mise à disposition des rapports, en plus d'effectuer les consultations requises auprès des autorités compétentes. Ils ont pour tâche d'examiner et de recommander un ensemble de 3 à 5 indicateurs d'accès communs pour chacun des 2 secteurs prioritaires. Le Québec a un statut d'observateur aux fins de mise en commun de l'information et des pratiques exemplaires. (Voir l'annexe A pour connaître les participants et les mandats des 2 groupes.)

Avis des intervenants et des experts

Afin d'assurer la sélection d'indicateurs pertinents pour le secteur de la santé, des consultations ont été menées auprès de responsables de l'élaboration des politiques, de dispensateurs de soins, d'experts de la mesure de la performance et de chercheurs. L'annexe D présente la liste des intervenants consultés.

Avis du public

Afin d'assurer la sélection d'indicateurs pertinents pour les Canadiens, les consultations publiques ont tenté de faire la lumière sur ce que signifie pour les Canadiens « l'accès aux services » et sur la forme que devraient prendre des mesures significatives de l'accès. Les consultations publiques sont en cours à l'heure actuelle. Au moment de la rédaction du présent rapport, près de 800 Canadiens ont exprimé leurs points de vue en joignant des groupes de discussion de partout au pays et en participant à des sondages en ligne et à des rencontres individuelles. Les groupes de discussion étaient composés de membres du grand public, de personnes ayant eu recours à des services de santé et, grâce à la collaboration de la Commission de la santé mentale du Canada, de défenseurs des droits des jeunes ainsi que de personnes ayant fait l'expérience de problèmes de santé mentale ou de toxicomanie.

Étape

3



Discussion et évaluation des indicateurs

La liste ci-dessous fait état des principales activités qui ont été menées avant la publication du rapport. Ces activités comprennent notamment de vastes consultations, des journées de réunion en personne et de multiples téléconférences.

Calendrier	Principales activités
Octobre-novembre 2017	L'ICIS a animé des discussions avec les membres des groupes de travail sur le processus de sélection des indicateurs.
Décembre 2017	<ul style="list-style-type: none">• Les membres des groupes de travail ont validé les analyses environnementales menées par l'ICIS (analyses des services, mesures et indicateurs, des normes d'information et des systèmes d'information).• Les membres des groupes de travail ont défini les priorités par secteur au sein des provinces et territoires.
Janvier 2018	<ul style="list-style-type: none">• Les membres des groupes de travail ont participé à une séance de formation offerte par l'ICIS sur les notions de base des indicateurs des systèmes de santé.• Les membres des groupes de travail, les principaux intervenants et les experts de la mesure ont déterminé un nombre restreint de domaines d'intérêt pour orienter la sélection des indicateurs (à l'aide des résultats des analyses environnementales et de la mise en correspondance des indicateurs et des mesures avec le Cadre de mesure de la performance du système de santé de l'ICIS). Voir les précisions ci-dessous.
Janvier-février 2018	Les membres des groupes de travail, des intervenants clés et des experts de la mesure ont évalué et répertorié les indicateurs potentiels au sein des domaines d'intérêt.
Février 2018	L'ICIS a mené des consultations publiques.

Remarques

* En cours au moment de la rédaction du présent rapport.

Progrès à ce jour

Dans le cadre de 2 séances d'une journée, en janvier 2018, les membres des groupes de travail ICIS-FPT, des spécialistes des secteurs clés et des experts de la mesure de la performance se sont réunis pour discuter et choisir des domaines d'intérêt précis liés à l'accès devant servir à la sélection des indicateurs. En s'appuyant sur les analyses environnementales validées, ils ont pu dégager 14 domaines d'intérêt pour les services à domicile et les soins communautaires, et 17 pour les services en santé mentale et en toxicomanie. Les participants ont également ciblé d'autres domaines d'intérêt qui ne font pas l'objet de mesures à l'heure actuelle. Chaque groupe a été invité à choisir de 5 à 7 domaines d'intérêt en vue de la prochaine étape du processus d'évaluation des indicateurs.

Au terme de discussions productives, les participants ont ciblé les domaines d'intérêt suivants pour les services à domicile et les soins communautaires : résultats pour les clients, besoins non satisfaits, interactions multiples avec le système de santé, coordination des soins, soins palliatifs en milieu communautaire, expérience des clients et des aidants, et temps d'attente.

Pour les services en santé mentale et en toxicomanie, ils ont sélectionné les domaines d'intérêt suivants : temps d'attente, intégration et continuité des soins, besoins non satisfaits, expérience et degré de satisfaction de la personne, accès aux programmes de prévention des maladies et de promotion de la santé, et résultats.

On a demandé aux membres des groupes de travail ICIS-FPT, aux principaux intervenants et aux experts de la mesure d'évaluer et de répertorier les indicateurs potentiels dans chacun des domaines d'intérêt. Cette tâche est en cours au moment de la rédaction du présent rapport. Dès que ce sera fait, les résultats seront communiqués aux groupes de travail ICIS-FPT, qui les prendront en considération dans la sélection finale des indicateurs.

Les consultations publiques, qui sont également en cours au moment de la rédaction du rapport, ont mis en lumière à ce jour les principaux domaines d'intérêt retenus par les intervenants des secteurs et les experts de la mesure, mettant surtout l'accent sur les temps d'attente, les divers aspects de l'expérience et les obstacles à l'accès à des soins appropriés. Au terme des consultations, les résultats en seront communiqués aux groupes de travail ICIS-FPT qui les prendront en considération dans la sélection finale des indicateurs.

Étapes

4

5

6



Décision sur les indicateurs et déclaration future

Les groupes de travail ICIS-FPT, une fois qu'ils auront convenu de 3 à 5 indicateurs pour chacun des secteurs prioritaires, soumettront des recommandations officielles aux fins d'approbation à la Conférence des sous-ministres de la Santé du printemps 2018. Les recommandations seront ensuite présentées aux ministres FPT de la Santé qui devront les approuver dans le cadre de leur réunion de juin.

Il se pourrait que l'ICIS doive mettre en place de nouveaux mécanismes de transfert de données, adapter des outils de sondage (avec des partenaires comme Statistique Canada et le Fonds du Commonwealth, au besoin) ou établir de nouvelles sources de données pour rendre compte des indicateurs. L'ICIS continuera de collaborer avec les provinces et territoires pour y arriver. La qualité des nouvelles données sera évaluée à l'aide des outils et des normes d'information de l'ICIS.

À compter de 2019, l'ICIS publiera annuellement, à l'intention des gouvernements FPT et du public, des rapports sur les indicateurs sélectionnés qui sont appuyés par les données disponibles.

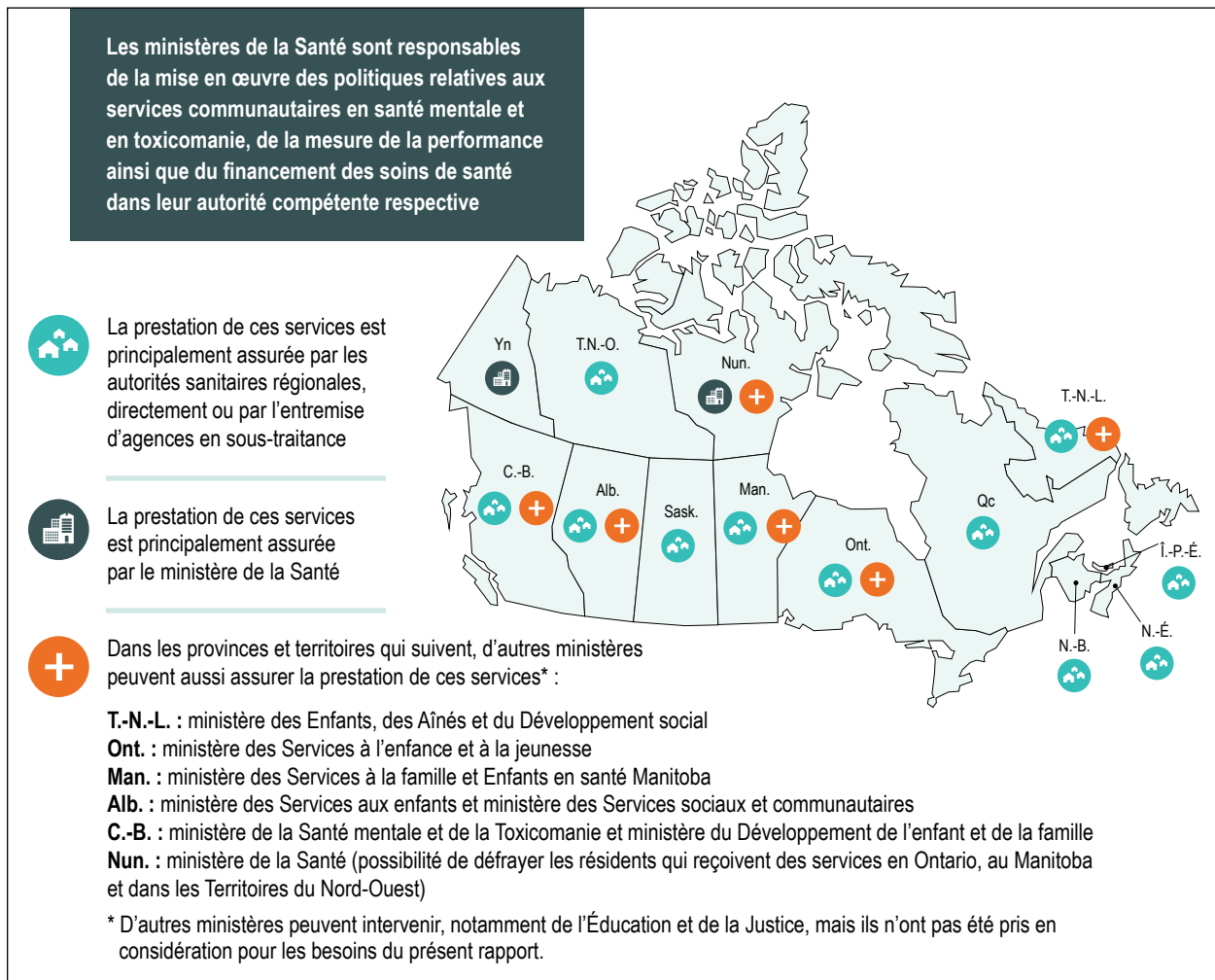
Étape 1 en détail : résumé des analyses et des évaluations

Santé mentale et toxicomanie



La présente section offre un résumé des constatations tirées des 3 analyses environnementales : organisation et prestation des services, mesures ainsi que normes et systèmes d'information.

Figure 1 Financement et prestation des services communautaires en santé mentale et en toxicomanie



Services offerts en santé mentale et en toxicomanie

Les services en santé mentale et en toxicomanie peuvent être dispensés dans divers milieux, notamment dans les hôpitaux (de soins de courte durée ou psychiatriques), les services d'urgence et les milieux de soins communautaires (p. ex. cliniques, cabinets de médecins de soins primaires, centres communautaires, domicile des clients). La forme des services communautaires en santé mentale et en toxicomanie varie d'une province et d'un territoire à l'autre, ainsi qu'à l'intérieur d'une même province ou d'un même territoire. Voici toutefois les services habituellement offerts :

- Services de consultation externe — traitements fournis en consultation externe par une combinaison de dispensateurs, dans le cadre de programmes de jour ou de séances de sensibilisation et de counseling.
- Soins en hébergement — services de counseling, formations en dynamique de la vie et autres services offerts aux résidents de centres de soins spécialisés.
- Gestion de cas — soutien personnalisé favorisant la coordination des soins communautaires fournis à une personne.
- Détection et intervention précoces — soutien comprenant l'offre de ressources d'auto-assistance et la télésanté.
- Formation et réadaptation professionnelles — services axés sur l'aide à l'emploi.
- Soutien par les pairs — soutien fourni par des groupes d'entraide et des programmes de soutien par les pairs.
- Services d'aide au logement — services d'aide financière, d'aide à la recherche d'un logement ou de placement dans un logement avec services de soutien.

Les tableaux 1 et 2 résument les services communautaires offerts en santé mentale et en toxicomanie dans chaque province et territoire.

Tableau 1 Services communautaires en santé mentale

Type de service	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nun.
Lignes d'information	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Programmes pour patients en consultation externe	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Services d'intervention d'urgence	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Promotion de la santé et sensibilisation	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Gestion de cas	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Troubles concomitants*	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N
Détection et intervention précoces	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	N
Services d'approche	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Ordre de traitement en milieu communautaire	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	N	N
Groupes de consommateurs	O	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	N
Services à domicile	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	N	N
Soins en hébergement	O	O	N	O	O	O	O	N	O	O	O	N	O
Formation axée sur les compétences	O	O	O	O	N	O	O	O	O	O	O	O	O
Aide au logement	O	O	O	N	O	O	O	O	O	O	N	N	N
Partage des soins	N	N	O	O	O	O	O	O	O	O	N	N	N
Formation et réadaptation professionnelles	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	N	O
Suivi intensif dans le milieu	O	N	N	O	O	O	O	N	O	O	N	N	N
Télépsychiatrie	O	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Soins de transition	N	N	O	N	O	O	O	O	O	O	O	N	N
Soins de répit	N	N	N	N	O	N	O	O	N	O	O	N	O

Remarques

* Les programmes ciblant les troubles concomitants s'adressent aux clients atteints d'une maladie mentale doublée d'un problème de dépendance. La description des types de services est présentée dans le document *Information sur les services communautaires en santé mentale et en dépendances*, Institut canadien d'information sur la santé, 2017 (mis à jour en 2018).

O : Le service est offert dans la province ou le territoire, mais pas nécessairement partout et de la même façon dans chaque province ou territoire.

N : Le service n'est pas offert dans la province ou le territoire.

Le gouvernement fédéral offre certains services directs de soins de santé à certains groupes, par exemple les membres des Premières Nations qui vivent dans les réserves, les Inuits, les membres actifs des Forces armées canadiennes, les anciens combattants admissibles, les détenus des pénitenciers fédéraux et certains groupes de revendicateurs du statut de réfugié.

Source

Adaptation du document *Information sur les services communautaires en santé mentale et en dépendances : survol de la collecte et de la déclaration de données au Canada*, Institut canadien d'information sur la santé, 2017 (mis à jour en 2018).

Tableau 2 Services en toxicomanie

Type de service	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nun.
Lignes d'information	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N
Programmes pour patients en consultation externe	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Services d'intervention d'urgence	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Promotion de la santé et sensibilisation	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Gestion de cas	O	O	O	O	N	O	O	O	O	O	O	O	O
Troubles concomitants*	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N
Détection et intervention précoces	O	O	O	O	O	O	O	N	O	O	O	N	N
Services d'approche	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	O
Groupes de consommateurs	O	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	N
Services à domicile	O	N	N	N	N	O	N	O	N	O	N	N	N
Soins en hébergement	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Formation axée sur les compétences	O	O	O	O	N	O	O	O	O	O	O	O	O
Aide au logement	O	O	O	N	O	O	O	O	O	O	O	N	N
Partage des soins	N	N	O	O	N	O	N	O	N	O	N	N	N
Formation et réadaptation professionnelles	O	N	N	O	O	O	O	O	N	O	N	N	O
Télépsychiatrie	O	N	N	O	N	O	N	N	O	O	O	N	O
Soins de transition	N	O	O	N	O	O	O	N	O	O	O	O	N
Soins de répit	N	N	N	N	N	N	N	N	O	N	O	N	N

Remarques

* Les programmes ciblant les troubles concomitants s'adressent aux clients atteints d'une maladie mentale doublée d'un problème de dépendance. La description des types de services est présentée dans le document *Information sur les services communautaires en santé mentale et en dépendances*, Institut canadien d'information sur la santé, 2017 (mis à jour en 2018).

O : Le service est offert dans la province ou le territoire, mais pas nécessairement partout et de la même façon dans chaque province ou territoire.

N : Le service n'est pas offert dans la province ou le territoire.

Le gouvernement fédéral offre certains services directs de soins de santé à certains groupes, par exemple les membres des Premières Nations qui vivent dans les réserves, les Inuits, les membres actifs des Forces armées canadiennes, les anciens combattants admissibles, les détenus des pénitenciers fédéraux et certains groupes de revendicateurs du statut de réfugié.

Source

Adaptation du document *Information sur les services communautaires en santé mentale et en dépendances : survol de la collecte et de la déclaration de données au Canada*, Institut canadien d'information sur la santé, 2017 (mis à jour en 2018).

Accès aux services

Le médecin de famille représente habituellement le point d'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie. En effet, il oriente le patient vers un spécialiste ou un hôpital, ou fournit des renseignements sur les services communautaires n'exigeant aucune orientation, par exemple les centres de jour ou les services de counseling, de psychologues ou de travailleurs sociaux.

Les personnes atteintes de troubles graves ou n'ayant pas accès à un médecin de famille doivent souvent passer par les hôpitaux pour avoir accès à des services en santé mentale. Dans le cadre des protocoles de planification de la sortie des soins d'urgence ou des soins de courte durée, les patients peuvent en effet être dirigés vers les services communautaires appropriés. Plusieurs facteurs socioéconomiques, notamment le revenu et les caractéristiques d'emploi, influent sur la capacité d'accès et la façon dont les personnes accèdent aux services en santé mentale et en toxicomanie.

Les provinces et les territoires favorisent l'accès aux services par divers moyens. Les lignes téléphoniques d'information sur la santé, par exemple, permettent aux appelants d'obtenir des renseignements de base sur les troubles de santé mentale et de toxicomanie de même que sur les services offerts. Des applications mobiles, des services de messagerie texte, des services de consultation en ligne, des conseillers en milieu scolaire, la ligne Jeunesse, J'écoute et des organismes régionaux de l'Association canadienne pour la santé mentale constituent pour les jeunes un premier point de contact important qui facilite leur accès aux services. Certaines lignes d'information fournissent directement des services en santé mentale et en toxicomanie puisque le personnel est formé à cet égard. Quelques provinces et territoires travaillent à la mise en place d'un mécanisme d'admission centralisé à l'échelle de toute leur population.

Mesures diffusées au sujet des services en santé mentale et en toxicomanie

L'analyse environnementale sur les indicateurs liés aux services de santé mentale et de toxicomanie révèle que plus de 500 mesures et indicateurs ont fait l'objet d'une diffusion publique entre 2010 et 2017, dont environ la moitié ont été regroupés en catégories liées à l'accès. L'analyse montre aussi que des activités ont été menées à l'échelle des provinces et territoires et du pays pour recueillir des données et diffuser des indicateurs de santé mentale, dont ceux publiés par la Commission de la santé mentale du Canada^{6, 7}, le Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction¹² et l'ICIS.

De plus, l'analyse indique que l'ensemble des provinces et territoires rendent compte de mesures en santé mentale et en toxicomanie dans le contexte des soins de courte durée aux patients hospitalisés. La plupart des provinces et des territoires intègrent la santé

mentale à leurs rapports annuels ou publient des rapports distincts sur la santé mentale et la toxicomanie. La plupart diffusent également les taux de suicide et de blessures auto-infligées de même que l'état de santé mentale autodéclaré. Bon nombre de provinces et de territoires surveillent aussi le recours à certains services de consultation externe en santé mentale et en toxicomanie. Cependant, peu de recoupements peuvent être établis dans les types de services de consultation externe faisant l'objet d'une collecte de données.

Pour qu'on puisse déceler les lacunes dans les mesures de l'accès aux services, les indicateurs ont été regroupés selon le concept mesuré et mis en correspondance avec le Cadre de mesure de la performance du système de santé de l'ICIS. La figure 2 montre quelques mesures de l'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie relevées dans le cadre de l'analyse environnementale.

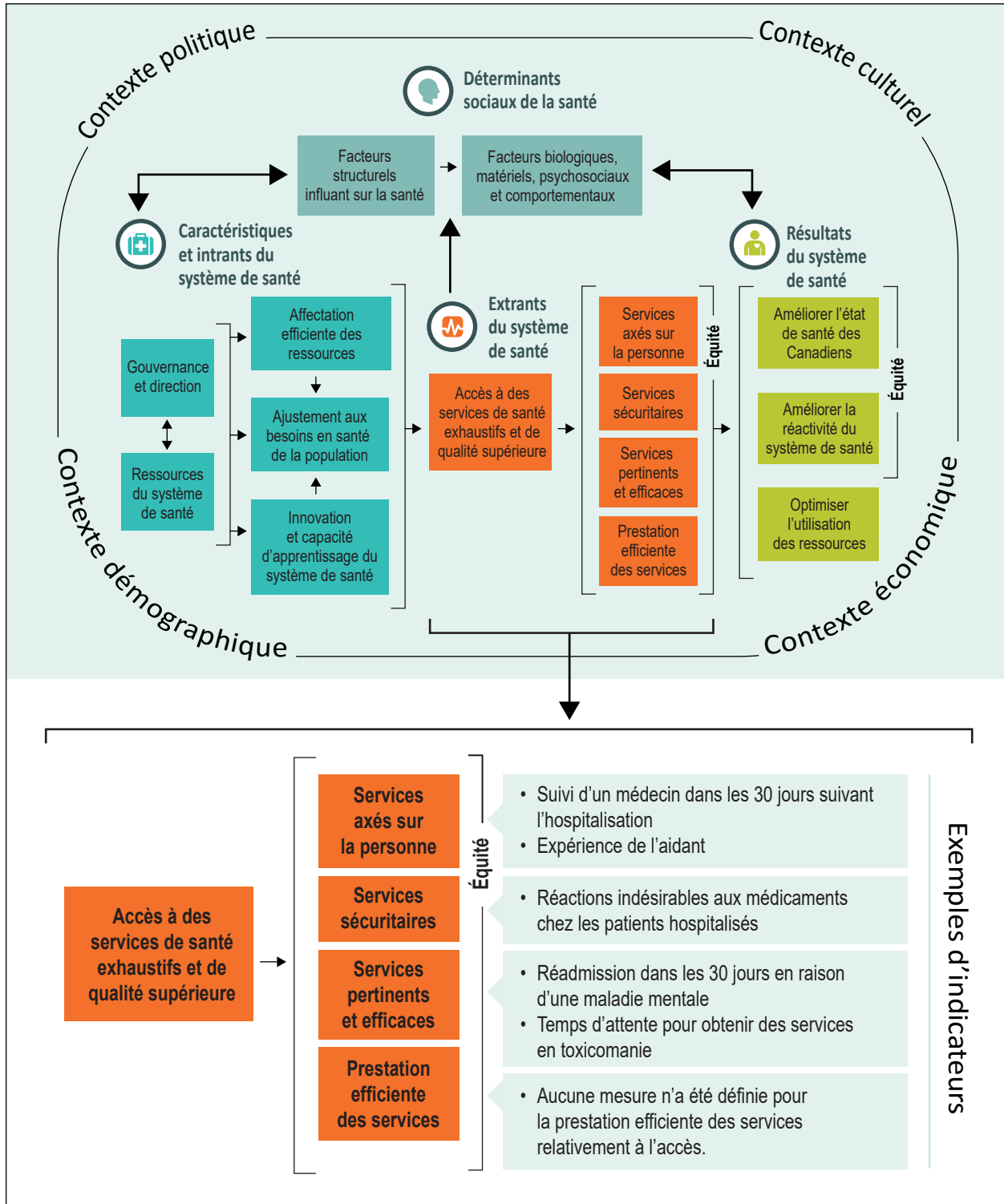
Les provinces et territoires mesurent un large éventail de thèmes. Même lorsque ces thèmes concordent, les méthodes de mesure varient, faisant appel à des sources de données, à des méthodes et des normes relatives aux délais ou aux besoins différentes, ou ciblant des groupes différents. Ces différences dans les mesures posent des difficultés lorsqu'elles sont déclarées à l'échelle du pays.

De même, lorsque l'accent a été mis uniquement sur l'accès, l'analyse révèle un manque d'uniformité dans la formulation des indicateurs déclarés. À titre d'exemple, 6 des 10 provinces ont des mesures liées aux temps d'attente pour obtenir des services communautaires en santé mentale et en toxicomanie. Cependant, les données recueillies varient, de sorte qu'on a observé des différences concernant les programmes et les services pris en compte, ainsi que les façons de mesurer les temps d'attente. Certaines provinces mesurent les temps d'attente en fonction de la gravité des besoins et d'autres, selon le délai pour obtenir des services précis, en psychiatrie par exemple.

L'ICIS diffuse régulièrement une quarantaine de mesures en santé mentale et en toxicomanie, surtout dans le contexte des soins hospitaliers. Ces mesures, bien que nombreuses, ne sont pas toutes déclarées à l'échelle du Canada. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de Statistique Canada constitue une autre source courante de données pancanadiennes. Des mesures peuvent être formulées à partir de cette enquête et agrégées à l'échelle de l'autorité compétente. Périodiquement, l'ESCC intègre un volet davantage axé sur la santé mentale. Il n'est cependant pas possible d'utiliser toutes les questions pertinentes pour faire état des déclarations par province ou territoire, en raison de la petite taille de l'échantillon dans certains cas lorsque les sondages sont ciblés (voir le tableau 5).

Le groupe de travail ICIS-FPT sur les services en santé mentale et en toxicomanie a validé les résultats de l'analyse, en plus d'ajouter des mesures non diffusées publiquement. De plus amples renseignements sur les 3 analyses environnementales peuvent être fournis sur demande.

Figure 2 Exemples de mesures de l'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie en lien avec le Cadre de mesure de la performance du système de santé



Mesures internationales de l'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie

Afin de tirer des leçons des autres pays, l'ICIS a analysé plusieurs sources de portée internationale, notamment celles de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et du groupe collaboratif International Initiative for Mental Health Leadership.

Parmi les thèmes d'indicateurs communs figuraient des mesures relatives aux soins de suivi appropriés après la sortie de l'hôpital (tout particulièrement le suivi en milieu communautaire), aux résultats pour les patients, aux suicides et à la mortalité ainsi qu'à l'admission involontaire en établissement de soins. Ces indicateurs, identiques ou semblables à certains utilisés au Canada, pourraient servir aux fins de comparaisons internationales futures. L'analyse a démontré que la coordination et la centralisation des soins communautaires comptent parmi les priorités communes des sources internationales, mais aussi qu'il est difficile d'évaluer la performance des systèmes de santé dans ces domaines.

Normes d'information relatives à la santé mentale et à la toxicomanie

Les provinces et territoires utilisent diverses normes pour saisir les données administratives, sociodémographiques et cliniques ainsi que les données sur l'expérience des clients recevant des services en santé mentale et en toxicomanie (voir l'annexe C). Non seulement les normes diffèrent entre elles, mais il arrive souvent qu'une province ou un territoire utilise de multiples normes et systèmes de collecte de l'information. Les normes varient également selon le milieu (milieu communautaire par rapport aux soins de courte durée).

Le tableau 3 illustre en quoi l'utilisation des normes et des échelles en santé mentale et en toxicomanie varie d'une province ou d'un territoire à l'autre. Étant donné que la plupart des sondages sur l'expérience des clients sont propres à chaque province, il se pourrait que les données qu'ils génèrent ne soient pas comparables.

Tableau 3 Normes d'information relatives aux services en santé mentale et en toxicomanie

Type de service	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nun.
Services communautaires en santé mentale													
Sondages sur l'expérience des clients	N	O	O	O	O	O	N	N	O	O	N	O	N
Échelle HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale)	N	N	N	N	N	N	N	N	O	O	O	N	N
Évaluation interRAI de la santé mentale en milieu communautaire	O	N	N	N	N	O	N	N	N	N	N	N	N
Camberwell : Évaluation commune des besoins en Ontario	N	N	N	N	N	O	N	N	N	N	N	N	N
Autre norme d'information clinique	O	O	N	O	N	O	N	O	O	O	O	N	N
Services en toxicomanie													
Sondages sur l'expérience des clients	O	O	N	O	N	O	N	N	O	O	O	O	N
Échelle HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale)	N	N	N	N	N	N	N	N	O	O	N	N	N
Instrument d'évaluation globale des besoins individuels (GAIN)	N	N	N	N	N	O	N	N	N	N	O	N	N
Autre norme d'information clinique	N	O	N	O	N	O	O	O	O	O	O	N	N

Remarques

O : La norme d'information clinique est utilisée dans une certaine mesure, mais l'étendue de son utilisation peut varier.

N : La norme d'information clinique n'est pas utilisée de manière uniforme dans la province ou le territoire.

Les Normes sur les systèmes d'information de gestion dans les organismes de santé du Canada (Normes SIG) servent de cadre pancanadien pour les données de nature financière et statistique sur les services communautaires en santé mentale. Elles permettent aussi de déterminer tous les coûts (soins directs et services diagnostiques et thérapeutiques) relatifs aux services en toxicomanie en milieu communautaire et en soins de courte durée.

Systèmes d'information sur la santé mentale et la toxicomanie

Les systèmes d'information sur les services communautaires en santé mentale varient considérablement d'une province et d'un territoire à l'autre. Les systèmes en place en sont à des étapes de développement très différentes. Il s'agit dans certains cas de fichiers Excel et dans d'autres cas, de bases de données plus élaborées ou exhaustives. De plus, certains systèmes sont très récents tandis que d'autres, plus anciens, ne sont pas en mesure de gérer les données complexes. Dans quelques provinces et territoires, l'information sur la santé mentale est intégrée à d'autres systèmes d'information sur les services de santé communautaires. Même lorsqu'un système est en place, les données ne s'étendent pas nécessairement à toutes les régions ou à tous les dispensateurs de services.

Le tableau 4 présente les provinces et les territoires ayant des systèmes de collecte de données sur les services communautaires en santé mentale et en toxicomanie. Il précise également s'il s'agit d'un système régional, provincial (ou territorial) ou pancanadien. Les systèmes sont généralement propres à la province ou au territoire, de sorte qu'il est difficile sans une analyse approfondie d'évaluer dans quelle mesure les données sont exhaustives ou comparables dans l'ensemble des provinces et territoires. Le tableau 5 fait état des sources de données pancanadiennes.

Tableau 4 Systèmes d'information sur les services communautaires en santé mentale et les services en toxicomanie

Province ou territoire	Services communautaires en santé mentale	Services en toxicomanie
T.-N.-L.	Système provincial*	Système provincial*
Î.-P.-É.	Système provincial*	Système provincial*
N.-É.	Système local ou aucun système	Système provincial*
N.-B.	Système provincial*	Système provincial*
Qc	Système provincial*	Système provincial*
Ont.	Système provincial*	Système provincial*
Man.	Système local ou aucun système	Système local ou aucun système
Sask.	Système provincial*	Système provincial*
Alb.	Système provincial*	Système provincial*
C.-B.	Système provincial*	Système provincial*
Yn	Système local ou aucun système	Système local ou aucun système
T.N.-O.	Système local ou aucun système	Système local ou aucun système
Nun.	Système territorial*	Système territorial*

Remarque

* Les systèmes provinciaux et territoriaux ne peuvent généralement pas être comparés entre eux.

Sources de données pancanadiennes

Plusieurs bases de données de l'ICIS contiennent de l'information sur les soins en santé mentale et en toxicomanie (tableau 5). Bien qu'elles comportent des données pancanadiennes, ces bases de données présentent des limites pour la mesure de l'accès aux services communautaires en santé mentale et en toxicomanie au pays. L'ICIS utilise une approche ciblée pour recueillir de nouvelles données, comblant les lacunes dans les banques de données existantes, répondant aux besoins en données pour les populations et thèmes prioritaires et pour les autres priorités des intervenants. Cette démarche permettra d'éliminer certaines limites actuelles relatives aux données. Plusieurs enquêtes auprès de la population, réalisées notamment par Statistique Canada et le Fonds du Commonwealth, permettent de recueillir des renseignements sur une plus vaste population, y compris les personnes dont les besoins ne sont pas satisfaits. Ces renseignements pourraient être utilisés ou modifiés en vue de constituer des échantillons représentatifs.

Tableau 5 Systèmes d'information pancanadiens intégrant des données sur les services en santé mentale et en toxicomanie

Base de données ou mécanisme de collecte de données	Type de données recueillies	Participation	Remarques
ICIS			
Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier (BDSMMH)	Données cliniques, administratives et démographiques sur les hospitalisations en raison de troubles mentaux ou de toxicomanie	Pancanadienne	Les données de la BDSMMH sont recueillies à l'aide des enregistrements de sortie des hôpitaux généraux ou psychiatriques provenant de 4 sources (notamment de la BDCP/BDMH et du SIOSM). Il s'agit des données pancanadiennes les plus complètes et les plus comparables. Toutefois, elles ne portent pas sur l'intégration avec les soins ou les services communautaires après la sortie.

Sélection d'indicateurs pancanadiens sur l'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie et l'accès aux services à domicile et aux soins communautaires : rapport d'étape

Base de données ou mécanisme de collecte de données	Type de données recueillies	Participation	Remarques
ICIS (suite)			
<p>Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM)</p>	<p>Données cliniques, administratives et démographiques sur les adultes qui reçoivent des services en santé mentale pour patients hospitalisés</p> <p>Les données cliniques sont recueillies au moyen de l'instrument d'évaluation des résidents — santé mentale (RAI-MH)</p>	<p>Ontario, Terre-Neuve-et-Labrador et Manitoba; projet pilote en cours au Québec</p>	<p>Le RAI-MH recueille de l'information sur divers aspects de la santé mentale des personnes, notamment la gravité de la dépression, les symptômes positifs, l'état fonctionnel et le risque d'automutilation ou de blessure à autrui.</p>
<p>Base de données sur les congés des patients (BDCP)/ Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH)</p>	<p>Données cliniques, administratives et démographiques sur les sorties des hôpitaux</p>	<p>Pancanadienne en ce qui concerne les données sur les soins de courte durée aux patients hospitalisés</p> <p>9 provinces et territoires soumettent des données sur les chirurgies d'un jour (les autres soumettent ces données au SNISA)</p> <p>Participation partielle en ce qui concerne les autres niveaux de soins (p. ex. soins psychiatriques, pour malades chroniques ou de réadaptation)</p>	<p>Les 2 bases de données constituent une source de données pour la BDSMMH.</p> <p>Elles contiennent aussi des enregistrements dans lesquels sont consignés des diagnostics en santé mentale et en toxicomanie qui ne constituent pas la raison principale du séjour.</p> <p>Elles contiennent de l'information sur les transitions entre les milieux de soins qui précèdent et suivent l'hospitalisation.</p>

Sélection d'indicateurs pancanadiens sur l'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie et l'accès aux services à domicile et aux soins communautaires : rapport d'étape

Base de données ou mécanisme de collecte de données	Type de données recueillies	Participation	Remarques
ICIS (suite)			
Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA)	Données cliniques, administratives et démographiques sur les patients qui reçoivent des soins ambulatoires (visites au service d'urgence, chirurgies d'un jour, et cliniques communautaires et de consultation externe)	Services d'urgence : participation complète en Alberta, en Ontario et au Yukon, et participation partielle dans 5 autres provinces Chirurgies d'un jour : participation complète dans 4 provinces (les autres soumettent des données à la BDCP/BDMH) Cliniques : participation partielle dans 3 provinces	Le niveau de participation (établissements déclarants et éléments de données déclarés) varie à l'échelle du pays. Le SNISA contient de l'information sur les transitions entre les milieux de soins qui précèdent ou suivent la visite en soins ambulatoires.
Base de données canadienne SIG (BDCS)	Données financières (comme les revenus et les dépenses) et statistiques au niveau de l'organisme sur les services de santé	Ensemble des provinces et des territoires, à l'exception du Québec et du Nunavut	Les données proviennent entre autres des hôpitaux, des autorités sanitaires régionales et d'autres organismes qui dispensent des services en santé mentale et en toxicomanie.
Base de données nationale sur les médecins (BDNM)	Caractéristiques démographiques des médecins et données sur les paiements et l'utilisation des services	Ensemble des provinces et des territoires, à l'exception du Nunavut	Les systèmes de paiement des médecins varient d'une province et d'un territoire à l'autre. Des analyses comparatives sont créées grâce à un processus de mise en correspondance et à des algorithmes.
Base de données médicales Scott's (BDMS)	Caractéristiques démographiques et données sur l'effectif, la formation et la migration des médecins	Pancanadienne	L'ICIS achète chaque année des données des Répertoires Scott's. Les données proviennent de divers organismes.

Sélection d'indicateurs pancanadiens sur l'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie et l'accès aux services à domicile et aux soins communautaires : rapport d'étape

Base de données ou mécanisme de collecte de données	Type de données recueillies	Participation	Remarques
ICIS (suite)			
Base de données sur la main-d'œuvre de la santé (BDMOS)	Données sur les caractéristiques démographiques, l'effectif, la formation, l'emploi et la migration de 30 groupes de professionnels de la santé	Pancanadienne	La BDMOS contient de l'information sur bon nombre de groupes professionnels qui dispensent des services en santé mentale et en toxicomanie, notamment les psychologues, les infirmières psychiatriques autorisées, les infirmières autorisées, les ergothérapeutes et les travailleurs sociaux. Elle contient des données agrégées sur la plupart des groupes et des données détaillées au niveau de l'enregistrement sur certains groupes (p. ex. le personnel infirmier).
Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP)	Données sur les demandes de remboursement de médicaments prescrits qui sont principalement recueillies auprès des régimes publics d'assurance médicaments	10 provinces et territoires et 1 programme de médicaments fédéral (pour les membres des Premières Nations et les Inuits) Dans la plupart des provinces et des territoires, la participation se limite aux demandes de remboursement présentées dans le cadre des programmes publics d'assurance médicaments; les données de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan et du Manitoba sont recueillies à l'échelle de la population (demandes de remboursement au titre des régimes publics et privés d'assurance médicaments)	Les données sur les personnes âgées sont les plus exhaustives en raison de la structure même des programmes publics d'assurance médicaments.

Sélection d'indicateurs pancanadiens sur l'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie et l'accès aux services à domicile et aux soins communautaires : rapport d'étape

Base de données ou mécanisme de collecte de données	Type de données recueillies	Participation	Remarques
Statistique Canada			
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)	Questions concernant l'état de santé mentale, l'accès aux services, les besoins perçus en matière de services formels, informels et de soutien, l'état fonctionnel et les handicaps, l'utilisation des médicaments et les covariables	Pancanadienne	L'ESCC peut recueillir de l'information sur les personnes qui ne font pas appel au système de santé formel puisqu'il s'agit d'une enquête menée auprès de la population. Ont été exclus du sondage : les personnes vivant dans les réserves et autres peuplements autochtones des provinces; les membres à temps plein des Forces armées canadiennes; les personnes vivant dans un établissement; les jeunes de 12 à 17 ans vivant en famille d'accueil; les personnes vivant dans les régions sanitaires du Québec du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James. Au total, ces exclusions représentent moins de 3 % de la population canadienne âgée de 12 ans et plus.
Fonds du Commonwealth			
Enquête internationale sur les politiques de santé	Expérience des patients et des dispensateurs en matière de système de santé	10 provinces du Canada, et 11 pays du Fonds du Commonwealth	Enquête annuelle menée en alternance auprès de 2 populations cibles, soit la population générale (18 ans et plus) et les personnes âgées ou malades, et la population des médecins de soins primaires. Ces enquêtes fournissent des données plus complètes sur l'accès. Cependant, les données de certaines provinces et certains territoires ne peuvent être diffusées par province ou territoire en raison de la petite taille de l'échantillon. La taille de l'échantillon est d'environ 4 000 à 5 000 habitants pour l'ensemble du Canada.

Services à domicile et soins communautaires



La présente section résume les constatations des analyses environnementales sur l'organisation et la prestation des services à domicile et des soins communautaires au Canada, sur les normes et systèmes d'information, de même que sur les mesures des services à domicile et des soins communautaires.

Financement et prestation des services à domicile et des soins communautaires

Le financement, l'élaboration des politiques, la réglementation et le suivi de la performance en matière de services à domicile et de soins communautaires relèvent principalement des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé, quoique certaines activités (ainsi que leur financement) peuvent incomber aux ministères des Services sociaux. La prestation des services à domicile et des soins communautaires est habituellement assurée par les autorités sanitaires régionales (directement ou par l'entremise d'agences en sous-traitance). Certains services, par exemple la dialyse à domicile, peuvent être dispensés directement par les hôpitaux.

Il n'est pas rare que les usagers doivent déboursier eux-mêmes pour la prestation de services à domicile et de soins communautaires, soit en supplément des services financés par le secteur public, soit pour accéder à des services non financés. Les services de soins infirmiers et palliatifs à domicile, par exemple, sont généralement financés par le secteur public, mais la prise en charge de services additionnels, comme ceux de thérapeutes et de préposés aux services de soutien à la personne, varie selon la province ou le territoire. Dans certains cas, le coût des services doit être assumé par les clients, sous forme de quotes-parts, ou par un régime d'assurance privée.

Services à domicile et soins communautaires offerts

Un vaste éventail de services à domicile et de soins communautaires sont offerts au pays.

En voici divers types :

- Gestion de cas — évaluation des besoins et coordination des soins.
- Services de soins infirmiers — évaluation continue du client, interventions thérapeutiques et soins cliniques.
- Soins palliatifs ou de fin de vie — évaluation continue des besoins du client, interventions thérapeutiques et soins cliniques.
- Services paramédicaux — ceux de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes ou de diététistes, par exemple.
- Services de soutien à domicile — soins personnels, entretien ménager et adaptation du domicile.
- Soutien aux aidants naturels — la plupart des bénéficiaires de services à domicile et de soins communautaires comptent aussi sur des aidants naturels, habituellement leurs conjoints ou leurs enfants. À long terme, les tâches de ces aidants peuvent devenir très lourdes. La plupart des provinces et territoires offrent des soins de répit, un appui financier ou d'autres formes de soutien.

Le tableau 6 présente les types de services à domicile et de soins communautaires offerts dans chaque province et territoire. Le coût de certains services peut être entièrement ou partiellement assumé par le client (sous forme de quotes-parts), selon des critères déterminés par les provinces ou territoires.

Tableau 6 Services à domicile et soins communautaires offerts

Type de service	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nun.
Services à domicile — professionnels de la santé													
Services de gestion de cas	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Services de soins infirmiers	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Physiothérapie	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O*
Ergothérapie	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O*
Réadaptation	O	N	N	O	O	O	N	N	N	O	N	N	N
Orthophonie	O*	N	N	O	O	O	N	N	O	N	O	O	O*
Inhalothérapie	O†	N	N	O	O	O	O	O	O	N	N	N	N
Travail social	O	O	N	O	O	O	O	N	O	N	O	O	O
Services en nutrition	O	O	N	O	O	O	O	O	O	N	N	O	O*
Services de pharmacie, services diagnostiques et services de laboratoire	O	O	N	O	N	O	N	N	O	N	N	O	N
Services psychosociaux	N	N	N	N	O	N	N	N	N	N	N	N	N

Sélection d'indicateurs pancanadiens sur l'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie
et l'accès aux services à domicile et aux soins communautaires : rapport d'étape

Type de service	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nun.
Services de soins palliatifs													
Services de soins palliatifs	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O*
Services à domicile — autres que ceux de professionnels de la santé													
Services de soutien à domicile	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O
Services communautaires													
Services de jour pour adultes	O	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N
Programmes de repas	O	N	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N
Services de bénévoles	N	N	N	O	O	O	N	O	O	N	N	O	N
Éducation en matière de santé	N	N	N	N	O	O	O	O	O	N	N	O	N
Transport	O	N	N	N	O	O	O	N	O	O	O	O	N
Protection des adultes	O	O	O	O	N	N	N	N	N	N	O	N	N
Services sociaux et récréatifs	N	N	N	O	N	O	N	N	O	O	N	O	N
Gestion du comportement	O	N	O	O	N	O	O	N	O	N	N	N	N
Autres programmes													
Soins autogérés (le client reçoit un montant pour acquérir les services dont il a besoin)	O	N	O	O	O	O	O	O	O	O	N	N	N
Soutien aux aidants naturels et services de soins de répit	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N

Remarques

* La disponibilité des services varie.

† Une seule région.

O : Le service est offert dans au moins quelques régions.

N : Le service n'est pas offert dans la province ou le territoire.

Sources

Adaptation, Association canadienne de soins et services à domicile, *Portraits des soins à domicile au Canada 2013*, 2013;
Base de données canadienne SIG, 2015, Institut canadien d'information sur la santé.

Accès aux services

Une personne peut présenter sa propre demande de services à domicile et de soins communautaires ou peut être orientée par un aidant familial ou un dispensateur de soins. C'est habituellement le médecin de soins primaires qui oriente le patient vers les soins palliatifs. Tous les patients orientés sont évalués; s'ils sont admissibles à des services à domicile, le nombre et le type de services, de même que la fréquence d'obtention des services, sont définis en fonction de leurs besoins et des politiques régionales en vigueur. Des provinces, à l'égard de certains services, procèdent à une évaluation du revenu et demandent parfois au client de payer une partie des services en fonction de son revenu. Les politiques qui définissent les critères d'admissibilité aux services à domicile, le nombre de services offerts et la durée de prestation diffèrent d'une province et d'un territoire à l'autre.

Dans la plupart des provinces et territoires, des gestionnaires de cas assurent la coordination des soins et des demandes d'orientation. Souvent, les activités de gestion de cas sont intégrées aux secteurs des soins de longue durée et des soins de courte durée pour qu'il soit plus facile d'accéder à toute une gamme de programmes et de services. Les gestionnaires de cas peuvent aussi travailler en milieu hospitalier. Ils participent alors au processus de planification des sorties et évaluent l'admissibilité de la personne aux soins en hébergement ou aux services à domicile avant sa sortie.

Diffusion des mesures des services à domicile et des soins communautaires

L'analyse environnementale menée par l'ICIS révèle qu'environ 200 mesures ont fait l'objet d'une diffusion publique au Canada entre 2010 et 2017. Environ la moitié de celles-ci ont été regroupées en catégories liées à l'accès. C'est là un nombre élevé de mesures, mais on n'a relevé aucun rapport national ou interprovincial intégrant des indicateurs de l'accès aux services à domicile et aux soins communautaires.

L'analyse montre que la quasi-totalité des provinces et territoires recueille des données sur la quantité de services à domicile dispensés et que la plupart sondent les clients des services à domicile. Toutefois, la nature et la portée des données varient. Certaines provinces déclarent des données sur les temps d'attente pour les services à domicile, mais les méthodes employées et les concepts mesurés diffèrent. Par exemple, certaines mesurent le temps d'attente pour l'évaluation, tandis que d'autres mesurent le temps d'attente pour la prestation de services, une fois l'évaluation terminée. L'analyse des services à domicile et des soins communautaires révèle que les indicateurs et mesures portent moins sur l'intégration aux soins primaires que sur les perceptions des clients en matière de coordination des soins. L'ICIS publie des rapports sur plusieurs mesures relatives aux services à domicile.

Celles-ci visent surtout les bénéficiaires de services à domicile de plus longue durée (voir le site icis.ca). L'ICIS diffuse également des rapports sur 16 indicateurs de la qualité des services à domicile dans un outil en ligne privé. Les résultats de 5 provinces et territoires y sont publiés à l'heure actuelle, mais leur nombre ne cesse de croître.

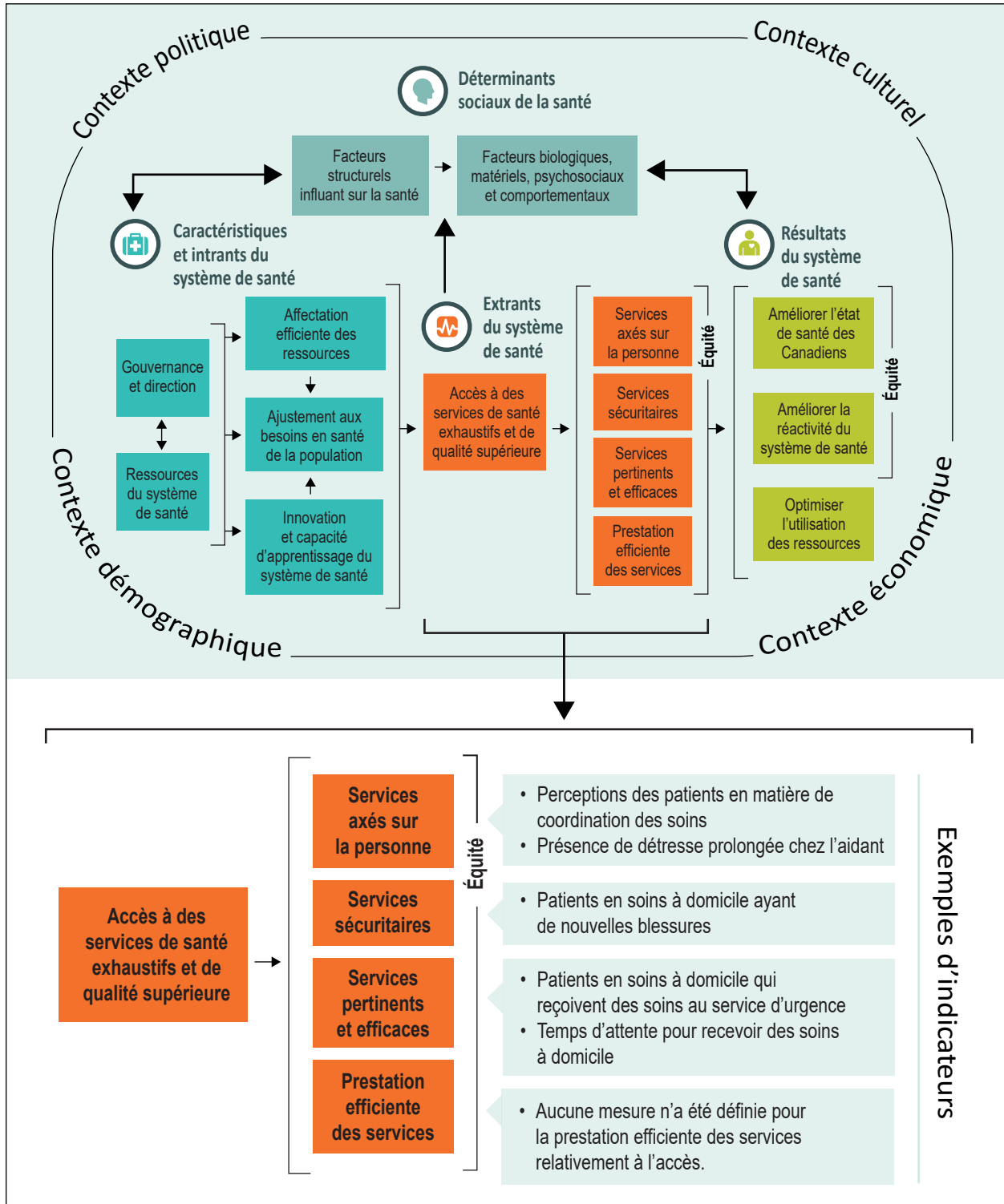
Pour que les lacunes touchant les mesures de l'accès aux services soient mises en lumière, les indicateurs et les mesures ont été regroupés selon les concepts mesurés, puis mis en correspondance avec le Cadre de mesure de la performance du système de santé de l'ICIS. La figure 3 montre quelques mesures de l'accès aux services à domicile et aux soins communautaires relevées dans le cadre de l'analyse environnementale.

Les différences citées précédemment sont à l'origine d'un manque d'uniformité, et par le fait même de comparabilité, dans l'ensemble des mesures.

Outre les données tirées de sources telles que l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de Statistique Canada, les enquêtes internationales du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé et l'Enquête sociale générale (ESG) du Canada, peu de données nationales, et par conséquent peu d'indicateurs pancanadiens, portent sur les services à domicile et les soins communautaires (voir le tableau 9). Les enquêtes pancanadiennes et les outils tels que les instruments d'évaluation interRAI fournissent par ailleurs certains renseignements sur l'expérience des aidants naturels.

Le groupe de travail ICIS-FPT sur les services à domicile et les soins communautaires, après avoir validé les résultats de l'analyse, a tenu compte d'indicateurs qui font l'objet d'une diffusion restreinte ou d'une diffusion qui dépasse le cadre des ministères de la Santé. De plus amples renseignements sur les 3 analyses environnementales peuvent être fournis sur demande.

Figure 3 Exemples de mesures de l'accès aux services à domicile et aux soins communautaires en lien avec le Cadre de mesure de la performance du système de santé



Mesures internationales de l'accès aux services à domicile et aux soins communautaires

Afin de tirer des leçons des autres pays, l'ICIS a analysé plusieurs sources de portée internationale, notamment celles de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Il en est ressorti que les indicateurs abordent plusieurs thèmes communs, mais qu'ils mesurent de façon peu cohérente, ce qui rend les comparaisons internationales difficiles. Ces indicateurs englobent des temps d'attente précis (entre l'évaluation et le début de la prestation de services), les taux d'utilisation des services, la qualité des services (en particulier la coordination des services) et les résultats pour les patients.

Normes d'information relatives aux services à domicile et aux soins communautaires

Les provinces et les territoires s'appuient sur diverses normes pour saisir des données cliniques, évaluer les besoins et recueillir des renseignements sur l'expérience des clients à l'égard des services à domicile et des soins communautaires (y compris les soins palliatifs). L'instrument d'évaluation RAI-HC et l'évaluation à l'accueil interRAI sont les normes d'information clinique les plus couramment utilisées pour les services à domicile. Appuyés par l'ICIS, 8 provinces et territoires du Canada utilisent l'un des outils d'évaluation clinique interRAI pour évaluer les éventuels clients des services à domicile et pour déterminer l'admissibilité aux services à domicile ou aux soins de longue durée. Axés sur la continuité des soins, les outils interRAI utilisent un ensemble clé d'éléments de données et un langage commun. Le recours à la suite d'instruments interRAI s'intensifie à l'échelle du pays. En effet, toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception du Québec, utilisent déjà ces outils ou ont entamé des discussions avec l'ICIS en vue de leur mise en œuvre. Les normes d'information clinique interRAI appuient davantage la production de rapports sur la sécurité, la qualité et les résultats que sur l'accessibilité des services.

La plupart des provinces et territoires réalisent aussi un sondage sur l'expérience des clients, mais celui-ci n'est pas très uniforme d'une province à l'autre. Il existe un instrument d'évaluation clinique interRAI sur les soins palliatifs, mais il ne constitue que l'un des outils utilisés par les provinces et territoires. En ce qui concerne les soins palliatifs, les normes d'information clinique les plus couramment utilisées sont l'Échelle de performance pour patients en soins palliatifs (PPS) et l'Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (EASE). Bon nombre de provinces et de territoires utilisent toutefois d'autres normes d'information clinique. L'annexe C fournit des précisions sur les normes utilisées par les provinces et territoires.

Les Normes SIG servent de cadre pancanadien pour les données de nature financière et statistique sur les services de santé, y compris les services à domicile et les soins palliatifs, mais elles n'ont pas été mises en œuvre dans tous les organismes qui offrent de tels services.

Le tableau 7 illustre en quoi l'utilisation de normes pour les services à domicile et les soins palliatifs varie d'une province ou d'un territoire à l'autre.

Tableau 7 Normes d'information utilisées en services à domicile et en soins palliatifs

Type de service	T.-N.-L.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	Qc	Ont.	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.	Yn	T.N.-O.	Nun.
Services à domicile													
RAI-HC (services à domicile)	O	N	O	N	N	O	O	O	O	O	O	N	N
Évaluation à l'accueil interRAI	N [*]	N	N	N	N	O	N [†]	O [‡]	O [‡]	O [‡]	O [‡]	N	N
Sondages sur l'expérience des clients	O	O	N	O	O	O	O	N	O	N	N	N	O
Autre	N	O	N	O	O	N	N	N	N	N	N	N	N
Soins palliatifs													
Échelle de performance pour patients en soins palliatifs (PPS)	N	O	N	O	O [‡]	O	O [‡]	O [‡]	O [‡]	N	O	N	N
Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (EES)	N	O	N	O	O [‡]	O	O [‡]	O	O [‡]	O	O	N	N
Sondages sur l'expérience des clients	N	N	N	O	N	O	N	N	O	N	N	N	N
Autre	O	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	N

Remarques

* Terre-Neuve-et-Labrador est sur le point de mettre en œuvre l'évaluation à l'accueil interRAI.

† Au Manitoba, l'Office régional de la santé de Winnipeg et Santé Prairie Mountain commenceront à recueillir des données au moyen de l'évaluation à l'accueil interRAI en 2018.

‡ Utilisation partielle.

O : Le service est offert dans une certaine mesure et de façon variable.

N : Le service n'est pas offert dans la province ou le territoire.

Systèmes d'information sur les services à domicile et les soins communautaires

Plus de la moitié des autorités compétentes se sont dotées d'un système qui leur permet de recueillir des données sur les services à domicile à l'échelle de la province ou du territoire.

D'autres ont créé un système centralisé de prise de rendez-vous ou un système d'information sur les médicaments délivrés en milieu communautaire. Une autorité compétente conserve quant à elle des renseignements sur les services à domicile dans le dossier médical électronique (DME).

La plupart des provinces et des territoires n'ont pas de répertoires centraux dans lesquels verser les renseignements sur les soins palliatifs. Ceux qui existent ont habituellement une portée régionale (2 autorités compétentes) ou ne visent que les soins palliatifs à domicile (4 autorités compétentes). Une des autorités compétentes transfère toutes ses données aux fins de saisie manuelle.

Le tableau 8 fait état des autorités compétentes qui ont mis en place des systèmes d'information sur les bénéficiaires de services à domicile et de soins palliatifs. Il précise également s'il s'agit d'un système régional, provincial ou territorial. Étant donné que les systèmes d'information sont généralement propres à chaque province ou territoire, les données recueillies pourraient ne pas être comparables. Le tableau 9 présente les systèmes d'information pancanadiens.

Tableau 8 Systèmes d'information sur les services à domicile et les soins palliatifs

Province ou territoire	Système d'information sur les services à domicile*	Système désigné d'information sur les soins palliatifs†
T.-N.-L.	Système provincial‡	Système régional ou aucun système
Î.-P.-É.	Système provincial	Système régional ou aucun système
N.-É.	Système provincial	Système régional ou aucun système
N.-B.	Système provincial	Système régional ou aucun système
Qc	Système provincial	Système régional ou aucun système
Ont.	Système provincial	Système régional ou aucun système
Man.	Système régional ou aucun système	Système régional ou aucun système
Sask.	Système provincial	Système régional ou aucun système
Alb.	Système régional ou aucun système	Système régional ou aucun système
C.-B.	Système provincial	Système provincial
Yn	Système territorial	Système régional ou aucun système
T.N.-O.	Système régional ou aucun système	Système régional ou aucun système
Nun.	Système territorial	Système territorial

Remarques

* La plupart des provinces et des territoires n'ont pas de système d'information propre aux soins palliatifs; les renseignements sur les patients qui reçoivent ce type de soins à domicile sont saisis dans le système d'information sur les services à domicile, s'il y en a un.

† Un système désigné d'information sur les soins palliatifs recueille des renseignements sur tous les patients qui bénéficient de soins palliatifs, même ceux qui les reçoivent à domicile.

‡ Les systèmes provinciaux et territoriaux ne peuvent généralement pas être comparés entre eux.

La section qui suit fournit des renseignements concernant les données pancanadiennes sur les services à domicile et les soins communautaires.

Systèmes d'information pancanadiens

Plusieurs bases de données de l'ICIS contiennent de l'information sur les services à domicile et les soins communautaires (tableau 9) sous forme de données pancanadiennes qui, dans certains cas, peuvent être couplées. Bien que ces banques de données peuvent présenter à l'heure actuelle certaines lacunes au chapitre de la mesure de l'accès à court terme aux services à domicile et aux soins communautaires à l'échelle du pays, d'importants travaux ont été entrepris ou planifiés en vue de les combler. Les bases de données de l'ICIS, en raison de leur exhaustivité et de leur nature longitudinale, peuvent toutefois servir à mesurer les soins cliniques offerts aux clients des soins de longue durée à domicile, y compris certains aspects de la qualité des soins, du fonctionnement des clients et des résultats.

Tableau 9 Systèmes d'information pancanadiens intégrant des données sur les services à domicile et les soins communautaires

Base de données ou mécanisme de collecte de données	Type de données recueillies	Participation	Remarques
ICIS			
Système d'information sur les services à domicile (SISD)	Données démographiques, cliniques, administratives et sur l'utilisation des ressources propres aux clients qui participent à un programme de services à domicile financé par le secteur public Les données cliniques sont recueillies au moyen des instruments d'évaluation interRAI : <ul style="list-style-type: none"> • le RAI-HC pour les clients des services à domicile de longue durée • l'évaluation à l'accueil interRAI pour tous les clients qui présentent une demande de services à domicile 	À l'heure actuelle, 7 provinces utilisent les évaluations interRAI et 5 soumettent les données à l'ICIS 3 provinces soumettent également des données administratives et des données sur l'utilisation des services propres à leurs clients des services à domicile	L'étendue et la portée des éléments de données soumis varient d'une province ou d'un territoire à l'autre.

Sélection d'indicateurs pancanadiens sur l'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie et l'accès aux services à domicile et aux soins communautaires : rapport d'étape

Base de données ou mécanisme de collecte de données	Type de données recueillies	Participation	Remarques
ICIS (suite)			
Système national d'information sur l'utilisation des médicaments prescrits (SNIUMP)	Données sur les demandes de remboursement de médicaments prescrits qui sont principalement recueillies auprès des régimes publics d'assurance médicaments	10 provinces et territoires et 1 programme de médicaments fédéral (pour les membres des Premières Nations et les Inuits) Dans la plupart des provinces et des territoires, la participation se limite aux demandes de remboursement présentées dans le cadre des programmes publics d'assurance médicaments; les données de la Colombie-Britannique, de la Saskatchewan et du Manitoba sont recueillies à l'échelle de la population (demandes de remboursement au titre des régimes publics et privés d'assurance médicaments)	Les données sur les personnes âgées sont les plus exhaustives en raison de la structure même des programmes publics d'assurance médicaments.
Base de données sur les congés des patients (BDCP)/Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH)	Données cliniques, administratives et démographiques sur les sorties des hôpitaux	Pancanadienne en ce qui concerne les données sur les soins de courte durée aux patients hospitalisés 9 provinces et territoires soumettent des données sur les chirurgies d'un jour (les autres soumettent ces données au SNISA) Participation partielle en ce qui concerne les autres niveaux de soins (p. ex. soins psychiatriques, pour malades chroniques ou de réadaptation)	Il s'agit des données pancanadiennes les plus complètes et les plus comparables. Les bases de données contiennent de l'information sur les transitions entre les milieux de soins qui précèdent et suivent l'hospitalisation (y compris les services à domicile et les soins communautaires).

Sélection d'indicateurs pancanadiens sur l'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie et l'accès aux services à domicile et aux soins communautaires : rapport d'étape

Base de données ou mécanisme de collecte de données	Type de données recueillies	Participation	Remarques
ICIS (suite)			
Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA)	Données cliniques, administratives et démographiques sur les patients qui reçoivent des soins ambulatoires (visites au service d'urgence, chirurgies d'un jour, et cliniques communautaires et de consultation externe)	Services d'urgence : participation complète en Alberta, en Ontario et au Yukon; participation partielle dans 5 autres provinces Chirurgies d'un jour : participation complète dans 4 provinces (les autres soumettent des données à la BDCP/BDMH) Cliniques : participation partielle dans 3 provinces	Le niveau de participation (établissements déclarants et éléments de données déclarés) varie à l'échelle du pays. Le SNISA contient en outre de l'information sur les transitions entre les milieux de soins qui précèdent et suivent la visite en soins ambulatoires (y compris les services à domicile et les soins communautaires).
Base de données canadienne SIG (BDCS)	Données financières (comme les revenus et les dépenses) et statistiques au niveau de l'organisme sur les services de santé	Ensemble des provinces et des territoires, à l'exception du Québec et du Nunavut	Les données proviennent entre autres des autorités sanitaires régionales et d'autres organismes qui dispensent des services à domicile et des soins communautaires.
Base de données nationale sur les médecins (BDNM)	Caractéristiques démographiques des médecins et données sur les paiements et l'utilisation des services	Ensemble des provinces et des territoires, à l'exception du Nunavut	Les systèmes de paiement des médecins varient d'une province et d'un territoire à l'autre. Des analyses comparatives sont créées grâce à un processus de mise en correspondance et à des algorithmes.
Base de données médicales Scott's (BDMS)	Caractéristiques démographiques et données sur l'effectif, la formation et la migration des médecins	Pancanadienne	L'ICIS achète chaque année les données des Répertoires Scott's. Les données proviennent de divers organismes.

Sélection d'indicateurs pancanadiens sur l'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie et l'accès aux services à domicile et aux soins communautaires : rapport d'étape

Base de données ou mécanisme de collecte de données	Type de données recueillies	Participation	Remarques
ICIS (suite)			
Base de données sur la main-d'œuvre de la santé (BDMOS)	Données sur les caractéristiques démographiques, l'effectif, la formation, l'emploi et la migration de 30 groupes de professionnels de la santé	Pancanadienne	<p>La BDMOS contient des données au niveau de l'enregistrement sur certains groupes professionnels (personnel infirmier, pharmaciens, physiothérapeutes, ergothérapeutes, technologistes de laboratoire médical et technologues en radiation médicale) et des données agrégées sur d'autres groupes.</p> <p>Elle ne contient pas de données sur les préposés aux services de soutien à la personne qui fournissent de nombreux services à domicile et soins communautaires.</p>

Sélection d'indicateurs pancanadiens sur l'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie et l'accès aux services à domicile et aux soins communautaires : rapport d'étape

Base de données ou mécanisme de collecte de données	Type de données recueillies	Participation	Remarques
Statistique Canada			
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)	Le module sur les services à domicile intègre des questions sur les types de soins et de services reçus. L'ESCC comprend également un module sur les besoins non satisfaits en matière de soins.	Pancanadienne	<p>L'ESCC peut recueillir de l'information sur les personnes qui ne font pas appel au système de santé formel puisqu'il s'agit d'une enquête menée auprès de la population.</p> <p>Le biais de non-réponse au sondage et la taille des échantillons à l'échelle des provinces et des territoires doivent être pris en compte.</p> <p>Ont été exclus du sondage : les personnes vivant dans les réserves et autres peuplements autochtones des provinces; les membres à temps plein des Forces armées canadiennes; les personnes vivant dans un établissement; les jeunes de 12 à 17 ans vivant en famille d'accueil; les personnes vivant dans les régions sanitaires du Québec du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James.</p> <p>Au total, ces exclusions représentent moins de 3 % de la population canadienne âgée de 12 ans et plus.</p>

Base de données ou mécanisme de collecte de données	Type de données recueillies	Participation	Remarques
Statistique Canada (suite)			
Enquête sociale générale (ESG)	<p>Enquête annuelle de Statistique Canada menée en alternance sur l'un de 6 thèmes cibles, dont celui des soins donnés et reçus.</p> <p>Les questions concernent par exemple</p> <ul style="list-style-type: none"> • les types et la quantité de soins que les aidants familiaux prodiguent ou que les Canadiens reçoivent • les besoins non satisfaits des personnes qui ont besoin de soins, mais n'en reçoivent pas • l'incidence de la prestation de soins • les caractéristiques sociodémographiques 	10 provinces	<p>La dernière enquête portant sur les soins donnés et reçus remonte à 2012.</p> <p>La taille de l'échantillon était d'environ 25 000 personnes.</p>
Fonds du Commonwealth			
Enquête internationale sur les politiques de santé	Expérience des patients et des dispensateurs en matière de système de santé	10 provinces du Canada, et 11 pays du Fonds du Commonwealth	<p>Enquête annuelle menée en alternance auprès de 2 populations cibles, soit la population générale (18 ans et plus) et les personnes âgées ou malades, et la population des médecins de soins primaires.</p> <p>Ces enquêtes fournissent des données plus complètes sur l'accès. Cependant, les données de certaines provinces et certains territoires ne peuvent être diffusées par province ou territoire en raison de la petite taille de l'échantillon.</p> <p>La taille de l'échantillon est d'environ 4 000 à 5 000 habitants pour l'ensemble du Canada.</p>

Annexe A : Groupes de travail ICIS-FPT — participants et mandat

Le groupe de travail ICIS-FPT sur la mesure de la performance relative aux priorités partagées en santé consacré **aux services à domicile et aux soins communautaires** est formé des intervenants suivants : un responsable de chaque autorité compétente (FPT), nommé par le sous-ministre de la Santé respectif, et un responsable de l'ICIS. En tant que représentants de leur sous-ministre de la Santé respectif, les membres du groupe collaborent avec l'ICIS et les autres représentants FPT afin de parvenir à un consensus sur l'ensemble d'indicateurs communs à préconiser pour mesurer l'amélioration de l'accès aux services à domicile et aux soins communautaires. Le groupe de travail a été invité à présenter ses recommandations définitives aux ministres de la Santé FPT aux fins de prise de décision. Le groupe inclut les membres suivants :

Services à domicile et soins communautaires (en date du 21 février 2018)

- Jodi-Anne Brzozowski, Santé Canada
- Lisa Cardinal, Territoires du Nord-Ouest
- Jill Casey, Nouvelle-Écosse
- Michael Corman, Île-du-Prince-Édouard
- Michael Harvey, Terre-Neuve-et-Labrador
- Ross Hayward, Colombie-Britannique
- Stephen Jackson, Nunavut
- Bidénam Kambia-Chopin (observation), Québec
- Jocelyn LeBlond, Saskatchewan
- Deborah Malazdrewicz, Manitoba
- Joan McGowan, Nouveau-Brunswick
- Kathleen Morris, Institut canadien d'information sur la santé
- Amy Olmstead, Ontario
- Amy Riske, Yukon
- Larry Svenson, Alberta

Le groupe de travail ICIS-FPT sur la mesure de la performance relative aux priorités partagées en matière de santé consacré **aux services en santé mentale et en toxicomanie** est formé des intervenants suivants : un responsable de chaque autorité compétente (FPT), nommé par le sous-ministre de la Santé respectif, et un responsable de l'ICIS. En tant que représentants de leur sous-ministre de la Santé respectif, les membres du groupe collaborent avec l'ICIS et les autres représentants FPT afin de parvenir à un consensus sur l'ensemble d'indicateurs communs à préconiser pour mesurer l'amélioration de l'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie. Le groupe de travail a été invité à présenter ses recommandations définitives aux ministres de la Santé FPT aux fins de prise de décision. Le groupe inclut les membres suivants :

Services en santé mentale et en toxicomanie (en date du 21 février 2018)

- Kevin Barnes, Île-du-Prince-Édouard
- Geneviève Boucher (observation), Québec
- Jodi-Anne Brzozowski, Santé Canada
- Lisa Cardinal, Territoires du Nord-Ouest
- Jill Casey, Nouvelle-Écosse
- Michael Harvey, Terre-Neuve-et-Labrador
- Ross Hayward, Colombie-Britannique
- Deborah Malazdrewicz, Manitoba
- Opal McInnis, Nunavut
- Patrick Mitchell, Ontario
- Kathleen Morris, Institut canadien d'information sur la santé
- Debbie Peters, Nouveau-Brunswick
- Larry Svenson, Alberta
- Mary VanStone, Yukon
- Kathey Willerth, Saskatchewan

Mandat des membres

Mandat des membres

Le mandat et la structure des groupes de travail seront revus annuellement. Les membres des groupes de travail seront appelés à siéger jusqu'à la sélection d'indicateurs communs.

Plan de travail (version préliminaire)

- Lancement du projet, et clarification de la portée et des produits livrables
- Détermination des besoins en information et des priorités clés
- Analyse environnementale sur les indicateurs existants et l'infrastructure de données
- Consultations auprès des intervenants et des experts
- Sélection des indicateurs
- Rapport d'étape (mars 2018)
- Élaboration d'indicateurs, s'il y a lieu
- Recommandations formulées aux ministres de la Santé FPT portant sur un ensemble d'indicateurs communs visant à mesurer la progression à l'échelle pancanadienne des priorités convenues relativement à la santé mentale et la toxicomanie ainsi qu'aux services à domicile et aux soins communautaires, et diffusion annuelle des indicateurs aux Canadiens

Rôles et responsabilités (ICIS)

- Élaborer le mandat des groupes, puis le transmettre aux responsables aux fins de consultation et d'approbation.
- Offrir du soutien administratif aux groupes de travail ICIS-FPT, en ce qui concerne notamment les aspects suivants de leurs réunions : organiser et présider les rencontres; transmettre les trousseaux d'information et les comptes rendus; solliciter l'avis des membres quant aux points à inscrire aux ordres du jour.
- Favoriser l'élaboration d'une stratégie de participation externe et d'appel à la mobilisation, au vu des conseils des responsables FPT, des intervenants externes pertinents et des experts en la matière, afin d'éclairer et d'appuyer les processus de sélection et d'élaboration des indicateurs.
- Élaborer des analyses environnementales et transmettre les résultats aux responsables FPT aux fins de discussion et de validation.

- Fournir des outils d'aide à la prise de décisions et faciliter le processus de sélection et d'élaboration des indicateurs.
- Sur demande, faire des comptes rendus périodiques pour le compte des groupes de travail ICIS-FPT, dans le cadre de la réunion des ministres de la Santé, de la Conférence des sous-ministres de la Santé et de son sous-comité, le forum canadien sur l'information sur la santé.

L'ICIS doit rendre compte de ses activités

- aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, de façon conjointe;
- aux ministres de la Santé FPT par l'entremise de la Conférence des sous-ministres de la Santé, en tant que groupe, de concert avec les responsables FPT;
- au Conseil d'administration de l'ICIS.

Rôles et responsabilités (responsables FPT)

- Discuter en toute connaissance de cause des sources de données et des activités de mesure dans leur province ou leur territoire.
- Diriger et coordonner les travaux connexes dans leur province ou leur territoire.
- Représenter la province ou le territoire en collaborant avec l'ICIS et les autres représentants afin de parvenir à un consensus sur le choix des indicateurs.
- Participer régulièrement et activement aux réunions et aux activités du groupe de travail.
- Orienter et valider les analyses environnementales sur les sources de données et les indicateurs qui sont déjà en place.
- Définir et appuyer les activités de mobilisation des experts des secteurs visés au sein de la province ou du territoire.
- Aiguiller l'élaboration du rapport d'étape provisoire à l'intention des Canadiens qui doit être publié en mars 2018.
- Aiguiller la planification des activités de communication.

Les responsables FPT doivent rendre compte de leurs activités

- à leur sous-ministre de la Santé;
- aux ministres de la Santé par l'entremise de la Conférence des sous-ministres de la Santé, en tant que groupe, de concert avec l'ICIS.

Réunions

- Les groupes de travail ICIS-FPT doivent se réunir au moins une fois par mois. Les réunions prendront généralement la forme de téléconférences, mais pourraient se tenir en personne, à l'occasion. Des réunions spéciales seront organisées au besoin.
- L'ICIS remboursera les frais de déplacement et d'hébergement des participants aux réunions en personne des groupes de travail. Les membres des groupes de travail soumettront alors des formulaires de demande de remboursement au service administratif des groupes de travail ICIS-FPT, conformément à la politique de l'ICIS en matière de remboursement des frais de déplacement.
- Les 2 groupes de travail tiendront des réunions conjointes lorsqu'il s'agira d'aborder les objectifs communs (p. ex. établissement du niveau, définition de la portée, compte rendu des activités), mais se réuniront de façon distincte lorsqu'il s'agira de choisir et d'élaborer les indicateurs propres à leur domaine.
- Sur le conseil des responsables FPT, l'ICIS invitera des intervenants et des experts en la matière externes à participer à certaines réunions des groupes de travail pour aiguiller et appuyer les processus de sélection et d'élaboration des indicateurs.

Communications

Les activités du service administratif des groupes de travail ICIS-FPT s'appuieront sur des principes de respect, de transparence, de collaboration et de prise de décisions concertées. Toutes les décisions prises par les groupes de travail seront communiquées comme suit :

- Le service administratif transmettra aux membres des groupes les procès-verbaux et les mesures de suivi aux fins d'examen et d'approbation.
- Un rapport d'étape semestriel sera présenté au nom des groupes de travail ICIS-FPT dans le cadre de la Conférence des sous-ministres de la Santé; il inclura les messages clés précédemment communiqués aux membres de groupes de travail.
- Les responsables et le service administratif de l'ICIS peuvent faire part des progrès réalisés aux membres de leurs équipes de haute direction, s'il y a lieu.

Annexe B : Outils d'appui à la sélection et à l'élaboration des indicateurs

Cadre de mesure de la performance du système de santé de l'ICIS

- Le Cadre de mesure de la performance du système de santé de l'ICIS vise à soutenir les priorités des régions, provinces et territoires canadiens en matière d'amélioration de la performance en illustrant les relations de causalité escomptées entre les dimensions de la performance du système de santé. Il tient compte de l'évolution des besoins de ses divers utilisateurs en matière d'information sur la performance, repose sur les connaissances scientifiques actuelles et est exploitable, puisqu'il offre une grille d'analyse et d'interprétation pouvant servir à gérer et à améliorer la performance du système de santé.
- Le Cadre de mesure de la performance du système de santé de l'ICIS peut orienter les processus d'élaboration et contextualiser l'information et les rapports sur le système de santé. Il peut guider la sélection des indicateurs à mesurer et à diffuser, et permet de cerner les lacunes et les possibilités concernant les divers aspects à mesurer. Enfin, il offre un langage commun aux divers intervenants qui cherchent à évaluer le système de santé et à en concrétiser les objectifs et les priorités.

Cycle d'élaboration des indicateurs

- L'ICIS élabore régulièrement de nouveaux indicateurs pour combler les besoins en données et connaissances et offrir aux intervenants une bonne vue d'ensemble des systèmes de santé au pays. Pour ce faire, l'ICIS assujettit le cycle d'élaboration des indicateurs à un processus rigoureux et éprouvé. En effet, une fois qu'un besoin en information ou une lacune dans les connaissances est cerné, l'indicateur est élaboré en 4 étapes, à savoir : entreprendre et évaluer, élaborer, calculer et diffuser. Le temps nécessaire à l'exécution des étapes 1 à 4 varie. La disponibilité de données de qualité supérieure influe considérablement sur ce délai.

Outil d'évaluation des sources de données

- L'**Outil d'évaluation des sources de données** de l'ICIS définit un ensemble de critères qui permettent d'analyser de fond en comble les sources de données afin de déterminer si elles sont utilisables, c'est-à-dire si la qualité des données est suffisante pour calculer des indicateurs de santé pertinents et précis.
- Cette évaluation porte sur 5 dimensions de la qualité : la pertinence, l'exactitude et la fiabilité, la comparabilité et la cohérence, l'actualité et la ponctualité, et l'accessibilité et la clarté. L'outil peut servir à définir les limites des données au chapitre des caractéristiques de la qualité (p. ex. la mesure dans laquelle les données cernent les populations d'intérêt, la disponibilité de l'élément, la comparabilité à l'échelle des autorités compétentes) qui influent sur l'utilisation des données pour le calcul des indicateurs. L'outil permet d'évaluer de nombreux types de sources de données et les critères peuvent être adaptés, élargis ou restreints en fonction des besoins et des priorités de l'organisme ou du programme.

Cadre de la qualité de l'information

- Le Cadre de la qualité de l'information de l'ICIS fournit une structure globale pour toutes les pratiques de gestion de la qualité de l'ICIS liées à la collecte et au traitement de données qui peuvent servir à la création d'indicateurs et d'autres produits d'information.
- Les organismes peuvent utiliser ce cadre de manière intégrale pour analyser la portée de leurs propres activités d'assurance de la qualité, afin de comprendre et d'évaluer la qualité des données et de l'information et de diffuser des renseignements à ce sujet. Ils peuvent également s'en servir pour définir les domaines qu'il convient de renforcer pour appuyer et améliorer la production d'indicateurs de santé ainsi que leurs données sous-jacentes. Les ressources et les outils clés associés à ce cadre (notamment l'Outil d'évaluation des sources de données et le cycle d'élaboration des indicateurs) favorisent également l'élaboration d'indicateurs de santé.

Données de l'ICIS sur la santé mentale et la toxicomanie

- Cette page Web décrit les données que l'ICIS a recueillies pour répondre aux questions liées à la santé mentale et à la toxicomanie. De petites sections distinctes résument les types de données qui figurent dans chacune des banques de données.

Données de l'ICIS sur les services à domicile et les soins communautaires

- Cette page Web décrit les données que l'ICIS a recueillies pour répondre aux questions liées aux services à domicile et aux soins communautaires. De petites sections distinctes résument les types de données qui figurent dans chacune des banques de données.

Annexe C : Normes d'information

Normes d'information relatives aux services communautaires en santé mentale

Plusieurs normes d'information clinique régissent les services communautaires en santé mentale destinés aux adultes. Leur nature et leur portée diffèrent toutefois d'une province ou d'un territoire à l'autre (autorité compétente). En voici quelques exemples : l'échelle HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale) (3 autorités compétentes); l'instrument d'évaluation interRAI de la santé mentale en milieu communautaire (utilisé dans 2 autorités compétentes et à l'étude dans une autre); l'outil LOCUS^{MD} (Level of Care Utilization System) (une autorité compétente); l'Évaluation commune des besoins en Ontario (ECBO) (une autorité compétente); des outils d'évaluation mis au point par l'autorité compétente (2 autorités compétentes). En ce qui concerne les enfants et les jeunes, certains cliniciens emploient l'échelle HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scale for Children and Adolescents) (2 autorités compétentes) et l'instrument d'évaluation interRAI pour la santé mentale chez les enfants et adolescents (SMEA) (une autorité compétente). Les Normes SIG servent de cadre pour les données de nature financière et statistique sur les services en santé mentale en milieu communautaire. Enfin, des renseignements sur l'expérience des clients sont également recueillis dans le cadre d'un certain nombre de sondages. 2 autorités compétentes ont utilisé un sondage d'Agrément Canada (Mental Health Inpatient and Outpatient Survey), mais leur uniformité est limitée.

Normes d'information relatives aux services en toxicomanie (en soins de courte durée ou en milieu communautaire)

Les normes d'information clinique qui régissent les divers types de toxicomanie varient à l'échelle du pays. Outre l'échelle HoNOS (Health of the Nation Outcome Scale), l'instrument d'évaluation globale des besoins individuels (GAIN) et l'échelle HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scale for Children and Adolescents), qui sont en usage dans 2 autorités compétentes, d'autres normes d'information clinique font l'objet d'une utilisation (souvent partielle) à l'échelle d'une seule autorité compétente : RAI — santé mentale (en soins de courte durée seulement), outils d'évaluation à l'admission et à la sortie (ADAT), outils de dépistage de la toxicomanie CAGE, échelle de symptômes de sevrage d'alcool (CIWA-Ar) et instrument GAIN-SS (version abrégée de l'instrument GAIN). 8 autorités compétentes utilisent des normes d'information en matière d'expérience des clients, mais aucune de ces normes ne se recoupent. Les Normes SIG servent de cadre pour déterminer tous les coûts (soins directs et services diagnostiques et thérapeutiques).

Normes d'information relatives aux services à domicile

En ce qui concerne l'évaluation des clients qui reçoivent des services à domicile autres que de courte durée, 8 autorités compétentes ont mis en œuvre (7 entièrement et une partiellement) soit le RAI-HC, soit l'instrument Services à domicile interRAI, et une a entrepris la mise en œuvre ou procède à une analyse de rentabilité. L'une des autorités compétentes qui n'ont pas déployé d'instruments RAI utilise l'outil d'évaluation multiclientèle pour évaluer les besoins de toute personne nécessitant des services à domicile. Pour définir les besoins en services, nombre de provinces et de territoires ont recours à l'évaluation à l'accueil interRAI. Une des autorités compétentes s'en sert à l'échelle de toutes ses régions, 4 ou 5 s'en servent dans certaines régions ou certains sites pilotes, une a planifié sa mise en œuvre et une autre envisage de le faire. Enfin, une des autorités compétentes utilise l'outil SAST (Seniors Assessment and Screening Tool) à des fins de dépistage. Les Normes SIG permettent la déclaration de données financières pour les services à domicile. En outre, 8 autorités compétentes ont recueilli des renseignements sur l'expérience des clients, mais les normes qu'elles utilisent ne sont pas uniformes.

Normes d'information relatives aux soins palliatifs

La plupart des provinces et des territoires s'appuient sur l'Échelle de performance pour patients en soins palliatifs (PPS) pour mesurer la détérioration de l'état des résidents en soins palliatifs (mise en œuvre complète dans 4 autorités compétentes et mise en œuvre partielle dans 4) et l'Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (EESSE) (mise en œuvre complète dans 6 autorités compétentes et mise en œuvre partielle dans 3). En ce qui concerne les patients qui reçoivent des soins palliatifs à domicile, on utilise le RAI-HC dans 5 autorités compétentes. Afin de mieux comprendre les besoins et les préférences en matière de soins palliatifs, plusieurs autorités compétentes ont choisi d'adopter la norme Soins palliatifs interRAI. Dans certains cas, la norme vise les soins palliatifs à domicile au sein de la province ou du territoire (une autorité compétente) et dans d'autres, des projets pilotes précis (3 autorités compétentes). D'autres normes d'information clinique ont été mises en œuvre à l'échelle d'une seule autorité compétente : le système de classification d'Edmonton pour la douleur chez les patients atteints de cancer (ECS-CP), le mini-examen de l'état mental Folstein, l'outil CAGE, l'échelle POS (Palliative Outcome Scale), l'échelle FAMCARE, les outils Karnofsky, le thermomètre de détresse et l'outil d'évaluation des capacités fonctionnelles d'Edmonton. Les Normes SIG servent de cadre pour les données financières et statistiques, mais elles ne sont pas utilisées à vaste échelle pour les renseignements financiers relatifs aux soins palliatifs. Par ailleurs, aucune norme d'information sur l'expérience des clients n'a été déployée à vaste échelle pour les clients en soins palliatifs. En ce qui concerne ceux qui reçoivent des soins palliatifs à domicile, les sondages sur l'expérience des clients des services à domicile s'appliqueraient. Enfin, seule une autorité compétente a adopté une norme d'information sur l'expérience des clients en soins palliatifs (Wascana client-centred care survey), mais cette norme n'a été mise en œuvre que dans une région.

Annexe D : Consultations auprès du public et des intervenants

Nous remercions sincèrement toutes les personnes, d'un océan à l'autre, qui ont offert soutien, conseils et recommandations aux groupes de travail ICIS-FPT tout au long de ce parcours, y compris celles qui ont participé aux réunions en personne, à l'application de la méthode Delphi et aux entrevues. Plus de 100 Canadiens ont participé aux groupes de discussion et plus de 650 au sondage en ligne, et nous les remercions également.

Notez que certaines consultations ont eu lieu sous le couvert de l'anonymat, de sorte que le nom de certains participants ne figure pas dans la liste qui suit. Nous remercions néanmoins toutes les personnes qui ont bien voulu faire connaître leurs points de vue et leur expérience.

Nous avons sollicité l'opinion des personnes et organisations suivantes tout au long du projet :

- Aaron Sheldon, Services de santé Alberta
- Amy Good, Services de santé Alberta
- Amy Porath, Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances
- André Delorme, gouvernement du Québec
- Anna Greenberg, Qualité des services de santé Ontario
- Anne-Marie Ugnat, Agence de la santé publique du Canada
- Anthony Milonas, président du conseil d'administration, Association canadienne de soins et services à domicile, Groupe Santé CBI
- Ashley Chisholm, Association des infirmières et infirmiers du Canada
- Brian Rush, Centre de toxicomanie et de santé mentale
- Carla McLean, Services de santé Alberta
- Carol Adair, Université de Calgary
- Charlotte Waddell, Université Simon Fraser
- Christopher Canning, Commission de la santé mentale du Canada
- Dafna Kohen, Statistique Canada
- Dawn Moynihan, Groupe Santé CBI
- Dawn Vernon, aidant naturel
- Donna Conway, Island Health de Victoria
- Ed Mantler, Commission de la santé mentale du Canada
- Elyse Trudell, Conseil des jeunes de la Commission de la santé mentale du Canada
- Esther Green, Partenariat canadien contre le cancer

- Evangeline Danseco, Centre de l'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents
- Florence Budden, Fédération canadienne des infirmières et infirmiers en santé mentale
- Ian Boeckh, Fondation Graham Boeckh
- Ian Manion, Centre de santé mentale Royal Ottawa
- Janice Keefe, Centre sur le vieillissement de la Nouvelle-Écosse
- Jennifer Murdoch, Jeunesse, J'écoute
- Jennifer Shipper, Qualité des services de santé Ontario
- Jim Silvius, Services de santé Alberta
- John Dick, groupe Hallway de la Commission de la santé mentale du Canada
- John Hirdes, Université de Waterloo
- José Pereira, Collège des médecins de famille du Canada
- Joseph Szamuhel, Association canadienne pour la santé mentale
- Kaiyan Fu, Saint Elizabeth Health Care
- Kathy Chouinor, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique
- Katie Dilworth, Association canadienne des infirmières et infirmiers en santé communautaire
- Kellee Martin, gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador
- Kimberly Moran, Santé mentale pour enfants Ontario
- Laurel Lemchuk-Favel, Régie de la santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique
- Linda Courey, Autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse
- Lisa Benedet, Association canadienne des soins et services à domicile
- Lori Mitchell, Office régional de la santé de Winnipeg
- Marcel Saulnier, Santé Canada
- Maria Gruending, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario
- Mark Smith, Centre manitobain des politiques en matière de santé
- Martin Hébert, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
- Mary Sullivan, ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Île-du-Prince-Édouard
- Mike Cass, Institut canadien pour la sécurité des patients
- Nicholas Watters, Commission de la santé mentale du Canada
- Nicolette Slovit, Bureau de santé publique de Toronto
- Ondina Love, Groupe d'intervention action santé
- Pamela Prince, Centre de santé mentale Royal Ottawa
- Rochelle Garner, Statistique Canada
- Ruth Stoddart, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario

- Samir Sinha, Université de Toronto
- Sharon Baxter, Association canadienne des soins palliatifs
- Shirin Roshanafshar, Statistique Canada
- Stephen Vail, Association médicale canadienne
- Susan Brien, Qualité des services de santé Ontario
- Susan Stevens, Autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse
- Suzanne Dupuis-Blanchard, Université de Moncton
- Sylvie Martin, gouvernement du Nouveau-Brunswick
- Tracy Parsons, Newfoundland and Labrador Centre for Health Information
- Virginia Toulouse, Régie de la santé des Premières Nations de la Colombie-Britannique
- Wendy Preskow, National Initiative for Eating Disorders
- Yves Talbot, Collège des médecins de famille du Canada
- Agewell
- Alliance canadienne pour la santé mentale et la maladie mentale
- Assemblée des Premières Nations
- Association canadienne de santé publique
- Association canadienne des individus retraités
- Association des psychiatres du Canada
- Baycrest Health Sciences
- Canadian Frailty Network
- Coalition canadienne des organismes de bienfaisance en santé
- Collège des médecins de famille du Canada
- Conseil des jeunes de la Commission de la santé mentale du Canada
- Fédération nationale des retraités
- Fondation Pallium du Canada
- Groupe Halliday de la Commission de la santé mentale du Canada
- Inforoute santé du Canada
- Inuit Tapiriit Kanatami
- Patients Canada
- Ralliement national des Métis
- Santé Fraser
- Société Alzheimer du Canada
- Société canadienne de la sclérose latérale amyotrophique
- Société canadienne de psychologie

- Société canadienne de schizophrénie
- Société canadienne du SIDA
- Société pour les troubles de l'humeur du Canada
- Soins de santé Bayshore
- SoinsSantéCAN
- Trillium Health Partners
- Voices From the Street
- VON Canada
- YMCA National Office

Annexe E : Texte de remplacement pour les images

Processus de sélection des indicateurs

Le processus de sélection des indicateurs et les activités liées aux travaux sur les priorités partagées en santé sont divisés en 6 étapes.

Les étapes 1 à 3 ont été exécutées entre octobre 2017 et février 2018. L'étape 1 comportait des analyses et des évaluations validées par des groupes de travail fédéral, provinciaux et territoriaux (FPT). Ils ont évalué l'état des services, les mesures et les normes et systèmes d'information. L'ICIS et les groupes de travail FPT ont revu et confirmé l'information.

L'étape 2 comportait la participation des gouvernements FPT, des intervenants et du public. L'ICIS a collaboré avec les gouvernements FPT, les intervenants du secteur de la santé, les experts dans la mesure de la performance, les patients et le public. L'ICIS a recueilli de l'information sur les priorités dans le but d'établir les principes guidant la sélection des indicateurs.

L'étape 3 comportait la discussion et l'évaluation des indicateurs. L'ICIS et les groupes de travail FPT ont donné la priorité aux mesures existantes pouvant être utilisées pour mesurer l'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie, ainsi qu'aux services à domicile et aux soins communautaires. Ils ont mis en relief les lacunes décelées sur le plan de l'information qui appellent l'adoption de mesures conséquentes.

On prévoit exécuter les étapes 4 et 5 entre mars et juin 2018. L'étape 4 comportera la proposition d'indicateurs. L'ICIS et les groupes de travail FPT délimiteront un choix de 3 à 5 indicateurs de l'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie ainsi qu'aux services à domicile et aux soins communautaires.

L'étape 5 comportera la formulation de recommandations sur les indicateurs. Ces recommandations seront soumises à la Conférence des sous-ministres de la Santé et aux ministres de la Santé FPT.

L'étape 6 devrait commencer à la fin de 2018 ou au début de 2019. Cette dernière étape comportera l'élaboration et la diffusion continue des indicateurs, y compris la définition de la méthodologie applicable à l'ensemble des indicateurs et l'établissement de sources de données relatives aux nouveaux indicateurs. Des rapports annuels seront destinés au public canadien.

Figure 1 : Financement et prestation des services communautaires en santé mentale et en toxicomanie

Ce diagramme illustre la façon dont les services communautaires en santé mentale et en toxicomanie sont financés et offerts.

Les ministères de la Santé sont responsables de la mise en œuvre des politiques relatives aux services communautaires en santé mentale et en toxicomanie, de la mesure de la performance ainsi que du financement des soins de santé dans leur autorité compétente respective.

Dans toutes les provinces et aux Territoires du Nord-Ouest, la prestation des services en santé mentale et en toxicomanie est principalement assurée par les autorités sanitaires régionales, directement ou par l'entremise d'agences en sous-traitance. Dans le cas du Yukon et du Nunavut, la prestation des services en santé mentale et en toxicomanie est principalement assurée par les ministères de la Santé.

Dans quelques provinces et territoires, d'autres ministères ou services peuvent aussi assurer la prestation de ces services. En Colombie-Britannique, ce sont le ministère de la Santé mentale et de la Toxicomanie et le ministère du Développement de l'enfant et de la famille. En Alberta, ce sont le ministère des Services aux enfants et le ministère des Services sociaux et communautaires. Au Manitoba, ce sont le ministère des Services à la famille et Enfants en santé Manitoba. En Ontario, c'est le ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse. À Terre-Neuve-et-Labrador, c'est le ministère des Enfants, des Aînés et du Développement social. Au Nunavut, c'est le ministère de la Santé, qui peut aussi défrayer les résidents qui reçoivent des services en Ontario, au Manitoba et dans les Territoires du Nord-Ouest. D'autres ministères peuvent intervenir, notamment de l'Éducation et de la Justice, mais ils n'ont pas été pris en considération pour les besoins du présent rapport.

Figure 2 : Exemples de mesures de l'accès aux services en santé mentale et en toxicomanie en lien avec le Cadre de mesure de la performance du système de santé

Le Cadre de mesure de la performance du système de santé de l'ICIS est composé de 4 quadrants : Résultats du système de santé, Déterminants sociaux de la santé, Extrants du système de santé et Caractéristiques et intrants du système de santé. Ils sont liés par une chaîne de causalité escomptée dont les maillons forment un cadre dynamique. Voici un aperçu de ces quadrants, suivi d'exemples de mesures pour chaque dimension du quadrant Extrants du système de santé. Ces exemples sont tirés de l'analyse environnementale.

Le premier quadrant, Résultats du système de santé, est composé de 3 dimensions : Améliorer l'état de santé des Canadiens, Améliorer la réactivité du système de santé et Optimiser l'utilisation des ressources. Ces 2 premières dimensions englobent l'équité afin de représenter l'objectif global de répartition équitable. Le troisième quadrant, Extrants du

système de santé, est composé d'une seule dimension (Accès à des services de santé exhaustifs et de qualité supérieure) et de 4 attributs (Services axés sur les personnes, Services sécuritaires, Services pertinents et efficaces et Prestation efficiente des services) liés à la qualité des services de santé fournis qui ont une incidence sur les 3 dimensions du quadrant 1. Les quadrants 1 et 2 (Déterminants sociaux de la santé) influent l'un sur l'autre.

Le deuxième quadrant, Déterminants sociaux de la santé, est composé de 2 dimensions : Facteurs structurels influant sur la santé et Facteurs biologiques, matériels, psychosociaux et comportementaux. La première dimension influe sur la deuxième. Les quadrants 1 et 2 influent l'un sur l'autre. Les quadrants 4 (Caractéristiques et intrants du système de santé) et 2 influent également l'un sur l'autre. Le quadrant 2 est aussi influencé par le quadrant 3 (Extrants du système de santé).

Le troisième quadrant, Extrants du système de santé, est composé d'une seule dimension, Accès à des services de santé exhaustifs et de qualité supérieure, et de 4 attributs liés à la qualité : Services axés sur les personnes, Services sécuritaires, Services pertinents et efficaces et Prestation efficiente des services. Ces dimensions d'attributs liés à la qualité englobent aussi l'équité. L'accès à des services de santé exhaustifs et de qualité supérieure est influencé conjointement par les dimensions du quatrième quadrant : Affectation efficiente des ressources, Ajustement aux besoins en santé de la population et Innovation et capacité d'apprentissage du système de santé. Le quadrant 3 influe sur le quadrant 2.

Le quatrième quadrant, Caractéristiques et intrants du système de santé, est composé de 5 dimensions : Gouvernance et direction, Ressources du système de santé, Affectation efficiente des ressources, Ajustement aux besoins en santé de la population et Innovation et capacité d'apprentissage du système de santé. Ce quadrant est composé de 2 dimensions fondamentales qui influent sur la capacité d'amélioration du système : Gouvernance et direction et Ressources du système de santé. Ces dimensions influent l'une sur l'autre, en plus d'influer sur les autres dimensions des caractéristiques et intrants de ce quadrant. Les dimensions Affectation efficiente des ressources, Ajustement aux besoins en santé de la population et Innovation et capacité d'apprentissage du système de santé influent les unes sur les autres. Les quadrants 4 et 2 influent l'un sur l'autre.

On retrouve 4 éléments contextuels — Contexte culturel, Contexte économique, Contexte démographique, Contexte politique — qui entourent les quadrants du cadre.

Voici des exemples de mesures pour chacune des dimensions des Extrants du système de santé :

- Pour la dimension Services axés sur la personne, des exemples seraient le suivi d'un médecin dans les 30 jours suivant l'hospitalisation et l'expérience de l'aidant.
- Pour la dimension Services sécuritaires, un exemple de mesure serait les réactions indésirables aux médicaments chez les patients hospitalisés.

- Pour la dimension Services pertinents et efficaces, des exemples de mesures seraient le temps d'attente pour obtenir des services en toxicomanie ou la réadmission dans les 30 jours en raison d'une maladie mentale.
- Aucune mesure n'a été définie pour la prestation efficiente des services relativement à l'accès.

Figure 3 : Exemples de mesures de l'accès aux services à domicile et aux soins communautaires mises en correspondance avec le Cadre de mesure de la performance du système de santé

Le Cadre de mesure de la performance du système de santé de l'ICIS est composé de 4 quadrants : Résultats du système de santé, Déterminants sociaux de la santé, Extrants du système de santé et Caractéristiques et intrants du système de santé. Ils sont liés par une chaîne de causalité escomptée dont les maillons forment un cadre dynamique. Voici un aperçu de ces quadrants, suivi d'exemples de mesures pour chaque dimension du quadrant Extrants du système de santé. Ces exemples sont tirés de l'analyse environnementale.

Le premier quadrant, Résultats du système de santé, est composé de 3 dimensions : Améliorer l'état de santé des Canadiens, Améliorer la réactivité du système de santé et Optimiser l'utilisation des ressources. Ces 2 premières dimensions englobent l'équité afin de représenter l'objectif global de répartition équitable. Le troisième quadrant, Extrants du système de santé, est composé d'une seule dimension (Accès à des services de santé exhaustifs et de qualité supérieure) et de 4 attributs (Services axés sur les personnes, Services sécuritaires, Services pertinents et efficaces et Prestation efficiente des services) liés à la qualité des services de santé fournis qui ont une incidence sur les 3 dimensions du quadrant 1. Les quadrants 1 et 2 (Déterminants sociaux de la santé) influent l'un sur l'autre.

Le deuxième quadrant, Déterminants sociaux de la santé, est composé de 2 dimensions : Facteurs structurels influant sur la santé et Facteurs biologiques, matériels, psychosociaux et comportementaux. La première dimension influe sur la deuxième. Les quadrants 1 et 2 influent l'un sur l'autre. Les quadrants 4 (Caractéristiques et intrants du système de santé) et 2 influent également l'un sur l'autre. Le quadrant 2 est aussi influencé par le quadrant 3 (Extrants du système de santé).

Le troisième quadrant, Extrants du système de santé, est composé d'une seule dimension, Accès à des services de santé exhaustifs et de qualité supérieure, et de 4 attributs liés à la qualité : Services axés sur les personnes, Services sécuritaires, Services pertinents et efficaces et Prestation efficiente des services. Ces dimensions d'attributs liés à la qualité englobent aussi l'équité. L'accès à des services de santé exhaustifs et de qualité supérieure est influencé conjointement par les dimensions du quatrième quadrant : Affectation efficiente des ressources, Ajustement aux besoins en santé de la population et Innovation et capacité d'apprentissage du système de santé. Le quadrant 3 influe sur le quadrant 2.

Le quatrième quadrant, Caractéristiques et intrants du système de santé, est composé de 5 dimensions : Gouvernance et direction, Ressources du système de santé, Affectation efficiente des ressources, Ajustement aux besoins en santé de la population et Innovation et capacité d'apprentissage du système de santé. Ce quadrant est composé de 2 dimensions fondamentales qui influent sur la capacité d'amélioration du système : Gouvernance et direction et Ressources du système de santé. Ces dimensions influent l'une sur l'autre, en plus d'influer sur les autres dimensions des caractéristiques et intrants de ce quadrant. Les dimensions Affectation efficiente des ressources, Ajustement aux besoins en santé de la population et Innovation et capacité d'apprentissage du système de santé influent les unes sur les autres. Les quadrants 4 et 2 influent l'un sur l'autre.

On retrouve 4 éléments contextuels — Contexte culturel, Contexte économique, Contexte démographique, Contexte politique — qui entourent les quadrants du cadre.

Voici des exemples de mesures pour chacune des dimensions des Extrants du système de santé :

- Pour la dimension Services axés sur la personne, des exemples sont les perceptions des patients en matière de coordination des soins, et la présence de détresse prolongée chez l'aidant dans les cas de clients ayant un aidant naturel.
- Pour la dimension Services sécuritaires, un exemple peut être un patient en soins à domicile ayant de nouvelles blessures.
- Pour la dimension Services pertinents et efficaces, des exemples de mesures peuvent être des patients en soins à domicile qui reçoivent des soins au service d'urgence, ou le temps d'attente pour recevoir des services à domicile.
- Aucune mesure n'a été définie pour la prestation efficiente des services relativement à l'accès.

Références

1. Santé Canada. [L'énoncé de principes communs sur les priorités partagées en santé](#). Consulté le 11 décembre 2017.
2. Institut canadien d'information sur la santé. [Cadre de mesure de la performance du système de santé canadien](#). 2013.
3. Institut canadien d'information sur la santé. [Information sur les services communautaires en santé mentale et en dépendances : survol de la collecte et de la déclaration de données au Canada](#). 2017.
4. Commission de la santé mentale du Canada. [Guidelines for Recovery-Oriented Practice](#). 2015.
5. Commission de la santé mentale du Canada. [Informing the Future: Mental Health Indicators for Canada](#). 2015
6. Commission de la santé mentale du Canada. [Changing Directions, Changing Lives : The Mental Health Strategy for Canada](#). 2012.
7. Institut canadien d'information sur la santé. [Cycle d'élaboration des indicateurs](#). Consulté le 11 décembre 2017.
8. Institut canadien d'information sur la santé. [Outil d'évaluation des sources de données de l'ICIS](#). 2017.
9. Association canadienne de soins et services à domicile. [Better Home Care: A National Action Plan](#). 2016.
10. Association canadienne de soins et services à domicile. [Portraits of Home Care](#). 2013.
11. Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction. [Toward Quality Mental Health Services in Canada: A Comparison of Performance Indicators Across 5 Provinces](#). 2017.

**ICIS Ottawa**

495, chemin Richmond
Bureau 600
Ottawa (Ont.)
K2A 4H6
613-241-7860

ICIS Toronto

4110, rue Yonge
Bureau 300
Toronto (Ont.)
M2P 2B7
416-481-2002

ICIS Victoria

880, rue Douglas
Bureau 600
Victoria (C.-B.)
V8W 2B7
250-220-4100

ICIS Montréal

1010, rue Sherbrooke Ouest
Bureau 602
Montréal (Qc)
H3A 2R7
514-842-2226

icis.ca

17137-0318

