

Aperçu

La santé numérique est l'un des huit éléments constitutifs des Équipes Santé Ontario (ÉSO) et comprend :

- 1) les atouts et les services en matière de santé numérique, sur lesquels porte le document d'information 7 de RISE; et
- 2) l'analyse des données, qui est possible grâce à ces atouts et services et sur laquelle porte le présent document d'information de RISE.

Les trois domaines de l'élément constitutif de la santé numérique qui ont trait à l'analyse des données sont les suivants :

- 1) l'harmonisation des données au sein des organismes, des secteurs et des systèmes;
- 2) la modélisation et l'analyse des données;
- 3) la diffusion et l'utilisation des données :
 - a) dans les soins aux patients (au point de service);
 - b) dans l'apprentissage et l'amélioration rapides des résultats des patients et les expériences de soins;
 - c) dans la gestion de la santé de la population, des risques financiers et autres mesures du rendement.

Bien que tous ces domaines (et sous-domaines) soient importants, c'est la diffusion et l'utilisation des données liées aux soins des patients qui présentent sans doute le plus grand potentiel. Si les patients et les prestataires de soins peuvent voir les répercussions sur les expériences de soins et les résultats de santé, ils seront sans doute beaucoup plus enclins à préconiser et à soutenir d'autres initiatives axées sur les données.

Ce document d'information de RISE traite de trois sujets :

- 1) exploitation des atouts liés à la santé numérique (élément constitutif n° 5) pour permettre l'analyse des données;
- 2) utilisation de l'analyse des données pour améliorer les soins aux patients et leurs expériences de soins (élément constitutif n° 4);
- 3) utilisation de l'analyse des données pour la mesure du rendement, l'amélioration de la qualité et l'apprentissage en continu (élément constitutif n° 8).

Les sections qui traitent de ces sujets présenteront respectivement un intérêt pour ceux qui décident où aller chercher les données, ceux qui veulent les utiliser pour améliorer les expériences en matière de soins et les résultats sur la santé pour leurs populations prioritaires de l'année 1, et ceux qui entendent réaliser des progrès en ce qui a trait aux mesures du quadruple objectif.

Exploitation des atouts liés à la santé numérique pour permettre l'analyse des données

Pour tirer profit des atouts liés à la santé, une ÉSO voudra peut-être adopter deux principes : 1) utiliser tous les atouts pertinents des partenaires participants, et non pas seulement de ceux qui font partie du cercle de soins depuis longtemps, pour bien comprendre l'ensemble de la population dont elle est responsable, et 2) préconiser une plus grande quantité de données et des données de meilleure qualité ainsi qu'une harmonisation accrue et améliorée pour comprendre les problèmes actuels et leurs causes, et pour surveiller la mise en œuvre des nouvelles approches.

Encadré 1 : Couverture des éléments constitutifs des ÉSO et pertinence pour les sections du formulaire de demande complet pour les ÉSO

Le présent document d'information RISE porte principalement sur l'**élément constitutif n° 5**, mais aussi sur les **éléments constitutifs n°s 4 et 8** :

- 1) population de patients déterminée
- 2) services pris en charge
- 3) collaboration avec les patients et mobilisation communautaire
- 4) soins aux patients et expérience** (objectif secondaire)
- 5) santé numérique** (objectif principal)
- 6) leadership, responsabilisation et gouvernance
- 7) structure de financement et d'encouragement
- 8) mesure du rendement, amélioration de la qualité et apprentissage continu** (objectif secondaire)

Il concerne principalement l'**annexe B** (Santé numérique), mais aussi la **section 3** (Comment transformerez-vous les soins) et une partie de la **section 5** (questions 5.1 et 5.2.1) du [formulaire de demande complet des ÉSO](#).

Vous trouverez ci-dessous les noms et les acronymes d'atouts en santé numérique et de bases de données. Ils sont en gras lorsqu'ils ont été normalisés en vertu des normes de l'Institut canadien d'information sur la santé. Les atouts et les bases de données ne sont pas répétés (p. ex. interRAI) lorsqu'ils ont été mentionnés une fois dans le tableau.

Tableau 1 : Exemples de sources de données pour l'analyse des données

Type de soins	Exemples d'atouts en santé numérique et types de données qu'ils comprennent	Exemples de bases de données qui reposent sur ces atouts numériques (les bases de données en caractères gras sont normalisées)
Soins à domicile et soins communautaires	<ul style="list-style-type: none"> • Client Health and Related Information Systems (CHRIS) pour les recommandations électroniques internes, les évaluations, la planification et la coordination des soins, les recommandations aux prestataires de services communautaires, les avis électroniques avec les hôpitaux et les admissions pour des soins de longue durée • Dossier d'évaluation intégrée (DEI) pour les évaluations cliniques des organismes de soins à domicile ou de proximité, les centres de soins de longue durée et les organismes de santé mentale 	<ul style="list-style-type: none"> • Base de données sur les services à domicile (BDSD) • Ensembles de données interRAI pour les soins à domicile (et pour les soins de longue durée, les soins continus complexes et les soins de santé mentale)
Soins primaires	<ul style="list-style-type: none"> • Dossiers médicaux électroniques (DME) pour les prestataires de soins primaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Base de données de l'Assurance-santé de l'Ontario • Bases de données des centres de santé communautaires • Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires (RCSSSP) • Electronic Medical Record Administrative data Linked Database (EMRALD)
Soins spécialisés	<ul style="list-style-type: none"> • Systèmes d'information des hôpitaux (SIH) pour les sommaires de congé et les rapports d'imagerie diagnostique (notamment ceux de plus de 211 hôpitaux, de 100 établissements de santé autonomes (ESA) et des Services communs pour la santé Ontario) • Système d'information sur les temps d'attente (SITA) pour les temps d'attente d'une série de services offerts par les bureaux de chirurgiens, les hôpitaux et les ESA • iPort et iPort Access pour les résultats liés aux priorités d'accès aux soins (p. ex. examens d'imagerie par tomographie ou d'IRM, journées d'hospitalisation de patients nécessitant d'autres niveaux de soins) • Version électronique de l'Échelle canadienne de triage et de gravité (ÉCTG) pour les décisions de triage prises par les infirmières dans les salles d'urgence 	<ul style="list-style-type: none"> • Base de données sur les congés des patients (BDSP) • Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) • Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD) pour les soins continus dans les hôpitaux (et de longue durée) • Initiative ontarienne de coût par cas (IOCC) pour les soins spécialisés et continus (ainsi que les soins de réadaptation et de santé mentale)
Soins de réadaptation		<ul style="list-style-type: none"> • Système national d'information sur la réadaptation (SNIR)
Soins de longue durée	<ul style="list-style-type: none"> • Système d'information intégré interRAI pour les sommaires des profils de risque des patients lorsqu'ils sont admis dans un foyer de soins de longue durée 	
Santé publique	<ul style="list-style-type: none"> • Connexion immunisations Ontario pour les dossiers d'immunisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Données démographiques (p. ex. selon le recensement de 2016) et indices connexes (p. ex. indice de marginalisation de l'Ontario) • Statistiques démographiques (p. ex. naissances et décès)

Soins pour des problèmes de santé spécifiques		• Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM)
Soins au moyen de traitements déterminés		• Base de données sur les réclamations au Programme de médicaments de l'Ontario

Ceux qui décident où aller chercher les données devront aussi savoir comment y accéder le plus facilement possible. Le système intégré d'aide à la décision – informatique décisionnelle (SIAD) est un exemple de plateforme que les ÉSO peuvent utiliser pour accéder à des données harmonisées. Il contient des données intégrées sur plus huit millions de patients de six régions (Érié St. Clair, Hamilton Niagara Haldimand Brant, Mississauga Halton, Sud-Ouest, Centre-Toronto et Waterloo Wellington). Les participants de deux autres régions devraient y être ajoutés prochainement (Centre-Ouest et Champlain). Le SIAD contient la plupart des ensembles de données (en caractères gras) indiqués à la troisième colonne du tableau 1, ainsi que les données de certains prestataires de soins primaires (p. ex. les données des dossiers médicaux électroniques de 12 centres de santé communautaires et d'une grande équipe Santé familiale) et de sources qui permettent de décrire les quartiers où les patients habitent. Il repose sur la participation volontaire des organismes de santé qui ont signé une entente de partage de données et de norme de service pour permettre l'établissement d'un lien avec les renseignements personnels en matière de santé dans un dossier longitudinal pour chaque patient inclus (c.-à-d. qu'il contient les soins offerts dans les organismes et au fil du temps). Par conséquent, il n'y a pas de données pour les patients qui ont obtenu des soins d'un organisme qui ne participe pas au SIAD (p. ex. il n'existe pas de données sur les soins primaires prodigués à des patients par une équipe Santé familiale qui ne participe pas au SIAD). Le partage des données par les organismes participants permet un accès rapide à celles-ci. Les nouvelles données sont soumises chaque semaine dans le SIAD, de sorte que la plupart des mesures dans le système datent de 25 à 60 jours tout au plus. Les données du SIAD peuvent être utilisées avec de nombreux outils de visualisation de données et de trousse statistiques.

Les ÉSO peuvent également avoir accès à des données brutes au moyen d'IntelliHealth. Cette source de données présente quatre différences importantes avec le SIAD. IntelliHealth contient ce qui suit :

- 1) des données sur tous les patients (pas seulement les patients qui obtiennent des soins d'un organisme qui y participe), mais ces données ne sont pas liées dans un dossier longitudinal pour chaque patient, comme c'est le cas avec le SIAD;
- 2) bon nombre des mêmes ensembles de données, mais pas ceux sur les soins primaires, les données des recensements et celles sur les coûts par cas (entre autres), comme c'est le cas avec le SIAD;
- 3) des données mises à jour chaque trimestre, donc pas aussi souvent que dans le SIAD;
- 4) certains outils de production de rapports, mais les données ne peuvent être utilisées avec plusieurs des outils de visualisation et trousse statistiques, comme le permet le SIAD;

L'outil d'aide à la décision pour l'établissement des priorités en matière de services (SPDAT) est un exemple d'outil d'aide à la décision qui peut être utilisé pour tirer profit des mêmes données brutes que celles d'IntelliHealth.

Le projet de veille stratégique communautaire est un exemple d'harmonisation des données de tous les organismes de santé et de proximité d'une certaine catégorie (prestataires de services de santé communautaires) dans une région donnée (Centre-Toronto). Les prestataires de services de santé communautaires œuvrent dans différents domaines : toxicomanie, santé mentale et services de soutien. Les données comprennent notamment des données d'utilisation des services à l'échelle individuelle. Cette plateforme d'harmonisation des données pourrait être utilisée par d'autres régions. De plus, les données de cette plateforme pourraient être ajoutées au SIED pour bonifier son dossier longitudinal (ou à une autre plateforme de données comme IntelliHealth).

Bien d'autres ensembles de données pourraient apporter un complément à ceux inclus dans les plateformes de données ci-dessus, par exemple :

- 1) l'initiative Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation (NQuiRE), qui est une base de données sur les indicateurs de qualité conçue pour les organismes vedettes en pratiques exemplaires et qui vise à surveiller systématiquement les progrès de la mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario dans les organismes;
- 2) ligne.santé.ca, qui offre un éventail de services communautaires dans chaque région.

Les ÉSO devront demander à leurs partenaires de dresser la liste des ensembles de données qui peuvent aider à combler les lacunes de leur plateforme de données préférée.

Avant d'entreprendre la modélisation et l'analyse nécessaires des données à l'aide de ces atouts et ensembles de données en matière de santé numérique, les ÉSO devront faire ce qui suit :

- 1) mettre à contribution le savoir-faire des personnes à l'interne qui peuvent réaliser ces tâches;
- 2) se tourner à court terme vers des fournisseurs tiers si ce savoir-faire n'existe pas à l'interne pour le moment;
- 3) demander l'aide de l'Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES) ou du ministère de la Santé lorsqu'il y a une économie d'échelle possible et que toutes les ÉSO (ou plusieurs d'entre elles) veulent accéder à des analyses de données similaires.

Sur ce dernier point, le Ministère prévoit fournir à toutes les équipes invitées à présenter un formulaire de demande complet les données sur les mesures concernant leur population. Ces données visent à aider les équipes qui s'appêtent à devenir des ÉSO de façon qu'elles puissent :

- 1) assumer la responsabilité d'une population en utilisant les tendances d'accès des patients, que les personnes résident ou non dans la région;
- 2) commencer à étudier les données populationnelles sur les mesures clés plutôt que les données qui sont propres à leur organisation.

Utilisation de l'analyse de données pour améliorer les soins aux patients et leur expérience

Afin d'améliorer de façon continue les résultats des patients et les expériences de soins qui leur sont dispensés (élément constitutif n° 4), les équipes devront adopter une approche axée sur « l'apprentissage et l'amélioration rapides ». Une telle approche comporte six étapes :

- 1) définition du problème (ou de l'objectif) par un examen interne et externe ayant notamment pour but de comprendre les causes du problème et les facteurs faisant obstacle à l'atteinte de l'objectif;
- 2) conception d'une solution fondée sur les données et les données probantes;
- 3) mise en œuvre du plan (possiblement à l'aide de projets pilotes avec groupes contrôles);
- 4) évaluation visant à déterminer ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas;
- 5) modification et amélioration continue en fonction des leçons tirées de l'évaluation (et d'autres évaluations des ÉSO);
- 6) partage des résultats afin d'améliorer la diffusion des solutions efficaces au sein du système de santé.

Le premier objectif des équipes en voie de devenir des ÉSO sera d'améliorer les expériences en matière de soins et les résultats de santé de leurs populations prioritaires de l'année 1. Ce faisant, les équipes voudront documenter les processus qui pourront ultérieurement être élargis et adaptés à d'autres populations.

Tel que décrit dans le document d'information 6 de RISE sur la gestion de la santé de la population, les équipes devront :

- 1) utiliser une approche axée sur la gestion de la santé de la population, ce qui signifie qu'elles devront :
 - a) cibler une ou plusieurs populations prioritaires de l'année 1 pour lesquelles les mesures du quadruple objectif sont particulièrement mauvaises, puis répartir ces populations prioritaires en groupes (ou segments de population) ayant des besoins communs et chercher à comprendre les obstacles qui nuisent à la satisfaction de leurs besoins (étape 1 du cycle d'amélioration et d'apprentissage rapides);
 - b) élaborer les services prodigués aux patients à portée (c.-à-d. les services qui sont offerts de manière proactive et opportuniste chaque fois qu'un patient a recours au système de santé) et les services d'approche (c.-à-d. créer des liens avec les patients qui ne cherchent pas actuellement à obtenir des soins et leur offrir des services de manière proactive), en tenant compte des obstacles qui empêchent chaque groupe d'obtenir les soins dont il a besoin (étape 2 du cycle);
 - c) stratifier les services à offrir (étape 3 du cycle);
- 2) élaborer des protocoles de soins optimaux pour les patients qui ont besoin de soins actifs épisodiques ou de soins chirurgicaux planifiés (étape 2 du cycle), comme l'ont fait certains partenaires des ÉSO dans le cadre de projets pilotes axés sur un financement intégré de « soins regroupés ».

Pour s'acquitter de cette tâche, les équipes devront probablement nommer un groupe de travail pour chacune des

populations prioritaires de l'année 1.

Étape 1 : Définition du problème (ou de l'objectif)

Une analyse poussée des données est essentielle pour définir une population prioritaire et la diviser en groupes (ou segments de population) ayant des besoins communs, y compris les lacunes relatives aux soins et à la coordination de ceux-ci ainsi que les obstacles qui empêchent de satisfaire ces besoins. Pour orienter cette analyse des données, le groupe de travail aura idéalement établi un point de départ pour le choix d'une population prioritaire (p. ex. pour laquelle les mesures du quadruple objectif sont particulièrement déficientes) et d'un segment de population (p. ex. la combinaison d'un groupe d'âge et de maladies), et répertorié les facteurs qui pourraient aider à connaître les besoins (ce qui doit donc être inclus dans l'analyse des données). Comme l'indique le document d'information 6 de RISE sur la prise en charge de la santé de la population, les facteurs peuvent comprendre ce qui suit : 1) la gravité de la maladie ou des facteurs de risque; 2) l'utilisation (ou la non-utilisation) de divers types de services de santé; 3) une vaste gamme de facteurs sociodémographiques, et 4) les caractéristiques des quartiers où les patients habitent. Une fois l'analyse des données terminée, le groupe de travail (ou les décideurs dont il relève) peut définir des segments de populations prioritaires (et les lacunes relatives aux soins et à la coordination de ceux-ci ainsi que les obstacles qui empêchent de satisfaire ces besoins) dans lesquels l'incidence des services prodigués aux patients à portée et des services d'approche sur les quatre objectifs sera probablement la plus grande.

Une analyse poussée des données est aussi nécessaire pour connaître le profil des patients qui auront besoin de soins actifs épisodiques ou de soins chirurgicaux planifiés, ainsi que le type, le volume et le coût des services qu'ils reçoivent et les obstacles à l'obtention des soins nécessaires. Ce profil peut aider le groupe de travail à mettre l'accent sur la conception de protocoles de soins optimaux pour le sous-groupe de la population prioritaire de l'année 1 qui aura besoin de ces soins.

Dans les deux cas, le but de l'analyse des données est principalement de comprendre ce qui ne fonctionne pas bien maintenant et pour quelle raison.

Étapes 2 et 3 : Conception d'une solution et exécution du plan

Pour les étapes de conception d'une solution et d'exécution du plan, le groupe de travail devra principalement s'en remettre aux données probantes issues de la recherche plutôt qu'à l'analyse des données. Ces deux étapes devront tenir compte des obstacles qui empêchent chaque population d'obtenir les soins dont elle a besoin. L'analyse des données peut seulement être utile à ces étapes pour aider à déterminer quelles solutions et quelles stratégies de mise en œuvre sont fournies à l'heure actuelle et par quels prestataires (et donc les différences par rapport aux données issues de la recherche devraient être indiquées).

Étape 4 : Évaluation visant à déterminer ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas

L'analyse des données reprend ici son importance pour la surveillance de la mise en œuvre des solutions choisies et les évaluations des résultats locaux, qui sont traitées plus en détail ci-dessous.

Nous présentons les éléments essentiels de l'amélioration des résultats des patients et des expériences de soins qui leur sont dispensés, établis à partir de l'information qui précède ainsi que du document d'information 6 de RISE sur la gestion de la santé de la population et du document d'information 9 de RISE sur les sources de données probantes (y compris sur la manière dont l'analyse des données vient compléter les données probantes de la recherche), dans le [résumé des documents d'information de RISE](#).

Utilisation de l'analyse des données pour la mesure du rendement, l'amélioration de la qualité et l'apprentissage en continu

En plus d'utiliser les données pour améliorer les soins aux patients et leur expérience, les ÉSO devront se servir de l'analyse des données dans la mesure du rendement, l'amélioration de la qualité et l'apprentissage continu (élément constitutif n° 8 des ÉSO). Elles pourraient juger utile de tenir compte des suggestions suivantes à cet égard :

- 1) se concentrer sur un nombre limité de mesures du quadruple objectif (p. ex. quelques mesures essentielles qui couvrent tous les aspects du quadruple objectif à l'échelle d'un secteur et de plusieurs secteurs);
- 2) utiliser des mesures axées sur la population et le patient (p. ex. s'assurer que les mesures visent les usagers et les non-usagers des services, qu'elles peuvent être stratifiées pour comparer des segments de population importants et qu'elles permettent de déceler les inégalités);
- 3) appliquer des cascades de mesures et de rapports « par tranche » (p. ex. s'assurer que la performance est mesurée dans toutes les unités organisationnelles de l'ÉSO, que celles-ci peuvent être intégrées aux cascades de mesures et que des mesures supplémentaires peuvent être ajoutées au besoin pour les unités de plus haut niveau);
- 4) faire correspondre les mesures aux activités de mise en œuvre (p. ex. lors de la conception d'une solution, élaborer un modèle logique et l'utiliser pour orienter les activités de mise en œuvre; et lorsque de nouvelles activités sont lancées, faire correspondre les mesures clés aux extraits et résultats attendus);
- 5) veiller à ce que les mesures soient immédiatement utilisables au point de service ou pour les services de proximité (p. ex. les intégrer dans les outils d'aide à la décision contenus dans les dossiers de santé électroniques; assurer une rétroaction avec les prestataires de soins de santé et les équipes sur leur performance; et les utiliser dans les cycles d'apprentissage et d'amélioration rapides des ÉSO pour la conception des services prodigués aux patients à portée et des services d'approche, ainsi que des protocoles de soins cliniques);
- 6) examiner fréquemment les mesures et peaufiner les solutions et les activités de mise en œuvre au besoin (p. ex. s'assurer que les mesures sont examinées à intervalles réguliers dans les unités de l'organisation, que ces examens sont intégrés aux cycles d'amélioration et d'apprentissage rapides des ÉSO, et que les dirigeants et les gestionnaires des organismes assument la responsabilité de l'amélioration);
- 7) surveiller les conséquences inattendues des problèmes lors de la mise en œuvre (p. ex. s'assurer que tout extrait ou résultat imprévu est répertorié et intégré aux cycles d'amélioration et d'apprentissage rapides des ÉSO).

Pour ce qui est de la première suggestion, les équipes invitées à remplir le formulaire de demande complet trouveront une liste des principales mesures du Ministère pour les ÉSO candidates au cours de la première année.

Comme il est indiqué dans l'aperçu et au point 5, c'est la diffusion et l'utilisation des données liées aux soins des patients qui présentent sans doute le plus grand potentiel pour favoriser l'amélioration. Les ÉSO peuvent s'inspirer de la [littérature très riche portant sur l'audit et la rétroaction](#) pour planifier leurs activités.

Les ÉSO pourraient tirer avantage d'un tableau de bord qui leur permettrait de se comparer. Un tableau de bord de ce type a été utilisé aux États-Unis pour faciliter la mesure du rendement, l'amélioration de la qualité et l'apprentissage continu au sein des organismes de santé responsables, lesquels s'apparentent à bien des égards aux ÉSO (voir le document d'information 11 de RISE). L'Ontario possède une certaine expérience avec de tels tableaux de bord, même s'ils sont utilisés à l'échelle organisationnelle (p. ex. pour les hôpitaux en général et les soins obstétriques hospitaliers en particulier), mais pas à l'échelle d'un système de santé local (comme les ÉSO).

Moat KA, Lavis JN. Document d'information RISE 8 : Analyse des données. Hamilton, Canada : McMaster Health Forum, 2019.

RISE rédige ses propres ressources (comme le présent document d'information RISE) à l'appui de l'amélioration et de l'apprentissage rapides, et il offre également un accès structuré à des ressources rédigées par d'autres partenaires et par le ministère. RISE est soutenu grâce à une subvention du ministère de la Santé de l'Ontario au McMaster Health Forum. Les opinions, conclusions et résultats sont ceux de RISE et sont indépendants du ministère. Aucun endossement par le ministère n'est visé ou ne devrait être inféré.

ISSN : 2562-7759 (en ligne)



>> **Contact us**
1280 Main St. West, MML-417
Hamilton, ON, Canada L8S 4L6
+1.905.525.9140 x 22121
rise@mcmaster.ca

>> **Find and follow us**
OHTrise.org
forumHSS