



VÉRIFICATEUR
GÉNÉRAL DU QUÉBEC

**RAPPORT
À L'ASSEMBLÉE NATIONALE
POUR L'ANNÉE 2004-2005
TOME I**



Chapitre

***Certification
des indicateurs de santé – 2004***

***Vérification menée auprès
du ministère de la Santé et des Services sociaux***

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	7.1
MANDAT ET PORTÉE DE NOTRE VÉRIFICATION	7.5
CONCLUSIONS GÉNÉRALES	7.7
EXPOSÉ DES CONSTATATIONS, RECOMMANDATIONS ET COMMENTAIRES	
Fiabilité des données du système MED-ÉCHO	7.11
Prévalence du diabète	7.18
Annexe – Rapport du Vérificateur général sur les indicateurs de santé	

Les commentaires du ministère apparaissent après chacun des sujets traités.

Vérification menée par

André Veillette
Directeur de vérification
 Nicolas Bougie
 Anny-Jane Ouellet
 Lynda Roy
 Luc Tougas

Sigles utilisés dans ce chapitre

CSM Conférence des sous-ministres
 de la Santé
ICIS Institut canadien d'information
 sur la santé

MED-ÉCHO Maintenance et exploitation des
 données pour l'étude de la clientèle
 hospitalière
MSSS Ministère de la Santé et des Services
 sociaux



INTRODUCTION

- 7.1** Le présent rapport est déposé à l'Assemblée nationale pour faire suite au *Rapport du Québec sur les indicateurs comparables dans le domaine de la santé*¹ rendu public par le ministre de la Santé et des Services sociaux le 30 novembre 2004. C'est le deuxième rapport publié par le gouvernement du Québec en vertu des accords sur la santé intervenus avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux.
- 7.2** Le 11 septembre 2000, les premiers ministres fédéral, provinciaux et territoriaux réaffirmaient l'importance d'être responsables devant les citoyens en produisant des rapports publics clairs sur le niveau de santé de leur population et la qualité de leurs systèmes de soins. La Conférence des sous-ministres de la Santé (CSM) a travaillé à la conception d'un cadre comparatif, qui incluait 67 indicateurs dont 7 étaient facultatifs pour le Québec, en fonction duquel les gouvernements se sont entendus pour rendre compte de leurs activités. C'est dans ce contexte qu'en 2002, le gouvernement du Québec a procédé à une reddition de comptes à la population québécoise sur 47 de ces indicateurs. Dans la foulée de l'engagement des premiers ministres, le gouvernement a confié au Vérificateur général du Québec le mandat de vérifier et de certifier la qualité de l'information publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) concernant chacun des indicateurs faisant l'objet de la reddition de comptes. Les résultats de nos travaux ont été présentés dans le chapitre 7 du tome II du *Rapport du Vérificateur général à l'Assemblée nationale pour l'année 2001-2002*. Nous avons conclu que 35 des 47 indicateurs de santé donnaient une image fidèle de la situation selon les critères énoncés, tout en signalant aussi la non-publication de 20 indicateurs. Le MSSS avait alors précisé qu'il n'avait pas été en mesure de publier ces 20 indicateurs puisque les données n'étaient pas disponibles ou parce qu'elles ne permettaient pas de calculer l'indicateur.
- 7.3** En 2003, cet accord a été renouvelé par les premiers ministres. Par la suite, la CSM a approuvé une liste de 70 indicateurs dont au moins 18 devaient être inclus dans le rapport que chaque gouvernement avait à publier pour le 30 novembre 2004. Le MSSS a rendu publics les 18 indicateurs requis par l'accord dans son Rapport 2004.
- 7.4** Ce chapitre renferme les constatations, les recommandations et les commentaires émanant de nos travaux de vérification des indicateurs de santé présentés dans le Rapport 2004 du MSSS. À cette fin, nous avons pris en compte les recommandations formulées en 2002 concernant les indicateurs publiés de nouveau en 2004. Notre opinion de vérification est reproduite en annexe sous le libellé *Rapport du Vérificateur général sur les indicateurs de santé*.

1. Aux fins de notre rapport, nous utiliserons ci-après Rapport 2004 pour désigner ce document.

MANDAT ET PORTÉE DE NOTRE VÉRIFICATION

- 7.5** Notre vérification a été effectuée conformément aux normes des missions de certification émises par l'Institut Canadien des Comptables Agréés. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que les indicateurs de santé sont exempts d'inexactitudes importantes.
- 7.6** Nos travaux visaient à déterminer si les indicateurs de santé présentés dans l'annexe technique du Rapport 2004 du MSSS répondaient aux critères énoncés dans l'annexe A de notre rapport. Ces critères ont trait à l'intégralité, à l'exactitude et à la présentation adéquate de l'information. Notre vérification a compris le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des indicateurs de santé et de leur présentation. Elle a également compris l'évaluation des estimations importantes faites par la direction du MSSS. Toutefois, notre responsabilité ne s'étend pas à l'évaluation de la performance atteinte par le système de santé du Québec ni à l'appréciation de la pertinence ou de la suffisance des indicateurs de santé retenus. De plus, nos travaux se sont limités à l'information qui concernait l'année la plus récente faisant état de chaque indicateur.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

- 7.7** Nous concluons que 16 des 18 indicateurs de santé présentés dans l'annexe technique du Rapport 2004 donnent une image fidèle de la situation selon les critères d'intégralité, d'exactitude et de présentation adéquate énoncés dans l'annexe A de notre rapport de vérification.
- 7.8** Cependant, nous formulons des restrictions pour deux indicateurs relativement au respect de ces critères. Elles concernent :
- l'absence de contrôles assurant la fiabilité des données du système d'information Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière, communément appelé MED-ÉCHO, pour l'indicateur « Hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires » ;
 - l'indicateur « Prévalence du diabète », qui n'est pas conforme aux caractéristiques approuvées.
- 7.9** En 2002, nous avons d'ailleurs formulé les mêmes restrictions sur ces deux indicateurs. Quant aux 16 autres, nous avons conclu alors que neuf d'entre eux présentaient une image fidèle de la situation selon les critères énoncés, quatre indicateurs n'ayant pas été publiés à l'époque. Quant aux trois autres, ils sont récents.
- 7.10** Les paragraphes qui suivent traitent plus en détail de nos restrictions sur les deux indicateurs mentionnés précédemment.



EXPOSÉ DES CONSTATATIONS, RECOMMANDATIONS ET COMMENTAIRES

Fiabilité des données du système MED-ÉCHO

- 7.11** Le système MED-ÉCHO du MSSS contient les données médico-hospitalières relatives aux hospitalisations survenues dans les centres hospitaliers dispensant des soins généraux et spécialisés. Les informations concernant les soins de courte durée et les chirurgies d'un jour sont compilées par les établissements avant d'être acheminées au MSSS pour alimenter cette banque centrale de données.
- 7.12** Nous avons signalé en 2002 qu'aucun des six centres hospitaliers visités aux fins de la vérification n'avait introduit une procédure visant à contrôler la qualité de la codification des données. À la suite de l'examen d'une centaine de dossiers relatifs à des hospitalisations, nous avons constaté plusieurs types d'erreurs.
- 7.13** La situation pour la période couverte par le Rapport 2004 est analogue à celle de 2002. Le MSSS n'a pas mis en place de contrôles pour s'assurer de la fiabilité des données provenant du système MED-ÉCHO. Notamment, il n'y a pas de mécanisme garantissant la qualité de la codification et de la saisie, pas plus qu'il n'y a de vérification systématique par le MSSS du travail effectué par les centres hospitaliers. Faute de tels contrôles, le ministère ne peut se prononcer sur l'exactitude des données stockées dans la banque, ignorant la nature et la fréquence des erreurs commises, le cas échéant.
- 7.14** Depuis juillet 2002, le ministère a donné des directives de codage aux archivistes médicaux des centres hospitaliers et effectué certaines vérifications de l'application de ces directives auprès de quelques établissements. Même si ces actions contribuent à l'amélioration de la qualité des données, elles ne suffisent pas à garantir l'exactitude de la codification et de la saisie pour l'ensemble des établissements, car les vérifications ne sont pas suffisamment étendues et systématiques pour assurer la qualité des données saisies.
- 7.15** Nous n'avons donc pas été en mesure de déterminer s'il aurait été nécessaire d'apporter des redressements aux résultats de l'indicateur « Hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires ». Pour cette raison, nous considérons que notre recommandation de s'assurer de la qualité de l'information produite par le système MED-ÉCHO, formulée en 2002 au MSSS, n'a été que partiellement appliquée et que les progrès sont insatisfaisants.
- 7.16** **Nous avons de nouveau recommandé au ministère de s'assurer de la qualité de l'information produite par le système MED-ÉCHO.**
- 7.17** **Commentaires du ministère**
- « En juin 2004, le ministère de la Santé et des Services sociaux a décidé d'implanter les classifications médicales CIM-10-CA et CCI dans les systèmes MED-ÉCHO au 1^{er} avril 2006, à un coût de 9,2 millions de dollars. Par la même occasion, il procède à la refonte de son

système MED-ÉCHO central. L'ensemble des travaux inclut la révision du cadre normatif visant notamment à harmoniser au besoin les contrôles de qualité de MED-ÉCHO avec ceux de la Discharge Abstract Database, qui est le fichier utilisé dans les autres provinces et géré par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).

« En plus de doter la province d'une base de données clinico-administratives plus à jour facilitant les analyses, les statistiques de gestion et la recherche, cette implantation dotera les archivistes des centres de santé et de services sociaux de même que les centres hospitaliers de meilleurs outils qui contribueront à l'amélioration de la qualité des données sur les diagnostics et les traitements.

« Depuis novembre 2004, le Québec est membre de l'ICIS et participera aux travaux de cet organisme visant à améliorer la qualité des données dès que les travaux d'implantation seront complétés. Notamment, l'ICIS procède à l'analyse de la qualité des données dans les autres provinces en recodant les dossiers.

« Le système d'information MED-ÉCHO est unique en raison du champ qu'il dessert et de l'ampleur des données qu'il contient. Ce système possède à bien des égards des caractéristiques qui font en sorte qu'il demeure un instrument approprié de support à la gestion. De plus, nous estimons que les données fournies par MED-ÉCHO demeurent, à ce jour, comparables à celles des autres entités faisant l'objet du rapport interjuridictionnel. »

Prévalence du diabète

- 7.18** Le modèle retenu par la CSM pour mesurer la prévalence du diabète est celui du Système national de surveillance du diabète géré par Santé Canada. Au Québec, les données nécessaires sont extraites, entre autres, du Fichier des services médicaux rémunérés à l'acte tenu à jour par la Régie de l'assurance maladie du Québec.
- 7.19** Les résultats publiés par le MSSS dans son rapport 2004 sont les mêmes que ceux présentés en 2002. Selon nos travaux, le fichier des services médicaux n'inclut toujours pas tous les diagnostics posés dans le cadre d'une consultation médicale. En effet, les praticiens ne sont pas tenus de coder certains diagnostics, notamment celui du diabète, lors de l'enregistrement des données versées au fichier. Compte tenu des limites de cet outil administratif, nous n'avons pas encore été en mesure de nous assurer de l'intégralité des cas diagnostiqués et de déterminer s'il aurait été nécessaire d'apporter des redressements aux résultats de l'indicateur de prévalence du diabète.
- 7.20** **Nous avons de nouveau recommandé au ministère de s'assurer qu'il détient toute l'information voulue pour établir adéquatement la prévalence du diabète.**



7.21 Commentaires du ministère

« Une personne est dite diabétique si, au cours d'une période de deux ans, elle a deux diagnostics de diabète inscrits dans le fichier des services médicaux rémunérés à l'acte de la RAMQ ou un diagnostic de diabète inscrit parmi les diagnostics principal ou secondaires au fichier MED-ÉCHO.

« Nous avons utilisé cinq années de données pour produire les estimations de prévalence du diabète de 1999-2000. Pour évaluer la précision de l'indicateur publié, nous avons procédé à une analyse des données contenues dans les fichiers énumérés précédemment. Nous sommes d'avis que les diagnostics manquants au fichier des services médicaux n'affectent à peu près pas la mesure de prévalence du diabète au Québec. L'information dont nous disposons actuellement nous apparaît adéquate.

« Ce système a ses limites étant donné qu'il n'est pas obligatoire de coder un diagnostic à chaque visite médicale, le code de diagnostic n'est pas toujours présent dans ce fichier. Le Québec travaille conjointement avec l'Agence de santé publique du Canada et les autres provinces et territoires à améliorer la mesure de prévalence du diabète et à développer d'autres indicateurs relatifs à cette maladie par le projet du système national de surveillance du diabète. Ces améliorations tiennent toujours compte de la disponibilité et de la comparabilité des données entre provinces et territoires. »

ANNEXE – RAPPORT DU VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL SUR LES INDICATEURS DE SANTÉ

Au gouvernement du Québec,

J'ai vérifié les 18 indicateurs de santé présentés aux pages 62 à 99 de l'annexe technique du *Rapport du Québec sur les indicateurs comparables dans le domaine de la santé* de novembre 2004 préparé par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Ce rapport est publié en vertu de l'*Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*, lequel fait suite au *Communiqué sur la santé* émis à l'occasion de la réunion des premiers ministres en 2000. La Conférence des sous-ministres de la santé a identifié et défini les indicateurs particuliers devant faire l'objet d'un rapport aux Canadiens et Canadiennes. La responsabilité de la reddition de comptes relative aux indicateurs de santé incombe au MSSS.

Ma responsabilité consiste à exprimer une opinion sur l'intégralité, l'exactitude et la présentation adéquate, tel qu'énoncé dans l'annexe A de mon rapport, des 18 indicateurs de santé en me fondant sur ma vérification. Toutefois, ma responsabilité ne s'étend pas à l'évaluation de la performance atteinte par le système de santé du Québec, ni de la pertinence ou de la suffisance des indicateurs de santé retenus. Mes travaux se sont limités à l'information qui concernait l'année la plus récente faisant état de chaque indicateur vérifié. Aussi, mon travail sur les analyses et commentaires présentés de la page 1 à 56 s'est limité à lire cette information afin de m'assurer que celle-ci n'était pas incohérente avec le résultat des indicateurs vérifiés.

À l'exception de ce qui est expliqué dans les paragraphes suivants, ma vérification a été effectuée conformément aux normes des missions de certification émises par l'Institut Canadien des Comptables Agréés. Ces normes exigent que la vérification soit planifiée et exécutée de manière à fournir l'assurance raisonnable que les indicateurs de santé sont exempts d'inexactitudes importantes. À cette fin, j'ai vérifié ces indicateurs de santé afin de déterminer s'ils répondaient aux critères d'intégralité, d'exactitude et de présentation adéquate énoncés dans l'annexe A de mon rapport. Ma vérification comprend le contrôle par sondages des éléments probants à l'appui des indicateurs de santé et de leur présentation. Ma vérification comprend également l'évaluation des estimations importantes faites dans l'annexe technique de ce rapport par la direction du MSSS.

Le résultat publié par le MSSS pour l'indicateur « Hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires » repose sur les données issues du système MED-ÉCHO, lesquelles n'ont pu être vérifiées moyennant un effort raisonnable à cause de l'absence de contrôle assurant la fiabilité des données. Il aurait fallu vérifier la codification d'un nombre trop important de dossiers pour pouvoir conclure sur la fréquence des erreurs de données. Par conséquent, je n'ai pas été à même de déterminer s'il aurait été nécessaire d'apporter des redressements au résultat de cet indicateur, de même qu'à celui de 1999-2000 qui avait fait l'objet de la même restriction dans mon rapport du vérificateur de 2002.



De plus, l'indicateur « Prévalence du diabète » dont le résultat publié est le même que celui présenté dans le rapport du MSSS de 2002 n'est pas conforme aux caractéristiques techniques approuvées lors de la Conférence des sous-ministres. Au Québec, les praticiens qui posent un tel diagnostic ne sont pas tenus d'en faire la déclaration. Tout comme en 2002, je n'ai donc pu m'assurer de l'intégralité des cas diagnostiqués. Par conséquent, je n'ai pas été à même de déterminer s'il serait nécessaire d'apporter des redressements au résultat de cet indicateur.

À mon avis, à l'exception des 2 indicateurs mentionnés aux paragraphes précédents, les 16 autres indicateurs de santé compris dans le *Rapport du Québec sur les indicateurs comparables dans le domaine de la santé* de novembre 2004, donnent, à tous les égards importants, une image fidèle de la situation selon les critères d'intégralité, d'exactitude et de présentation adéquate énoncés dans l'annexe A de mon rapport.

Le rapport du MSSS inclut des indicateurs de santé comparables concernant d'autres gouvernements (provinciaux et fédéral). Les indicateurs de santé pour certaines des provinces de même que pour les programmes du gouvernement canadien ont été vérifiés par des vérificateurs législatifs alors que, pour d'autres provinces, des vérificateurs législatifs ont été engagés afin d'appliquer des procédés de vérification spécifiés. L'annexe B de mon rapport inclut une explication sur la différence entre ces deux types de missions ainsi que des détails sur la nature de la mission effectuée au regard de chacune des administrations. Les résultats et les observations des vérificateurs découlant des missions relatives aux autres administrations sont inclus dans les rapports respectifs des gouvernements et ils ne sont pas reproduits dans le rapport du MSSS ni vérifiés par nous.

Ce deuxième rapport sur les indicateurs s'inscrit dans un processus de continuité pour renseigner les Québécoises et Québécois sur les progrès accomplis et les principaux résultats dans le renouvellement des soins de santé par l'utilisation d'indicateurs comparables. Je considère que le travail accompli par le MSSS dans la préparation de ce rapport sur les indicateurs de santé est encourageant. J'invite le MSSS à poursuivre ses efforts afin d'améliorer l'infrastructure de données nécessaire et de renforcer sa reddition de comptes à la population.

Le vérificateur général du Québec,

Renaud Lachance, CA

Québec, le 25 novembre 2004



ANNEXE A – CRITÈRES D'ÉVALUATION

Le MSSS a reconnu la pertinence des critères suivants :

Intégralité

Suivant l'*Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé*, la Conférence des sous-ministres a approuvé 70 indicateurs, incluant un sous-ensemble de 18 indicateurs sélectionnés que toutes les administrations doivent présenter dans leurs rapports de 2004. Tous les indicateurs de santé présentés sont conformes aux définitions, aux caractéristiques techniques et aux normes de présentation approuvées. Les 18 indicateurs sont publiés.

Exactitude

Les indicateurs de santé faisant l'objet de ma vérification reflètent correctement les faits, à un niveau approprié et constant d'exactitude, incluant la capacité de faire des comparaisons entre les administrations et avec le rapport de 2002 pour chaque administration, lorsque applicable.

Présentation adéquate

Les indicateurs de santé sont définis et leur signification respective ainsi que leurs limites sur les données sont expliquées. Le rapport signale et décrit correctement les dérogations à ce qui a été approuvé lors de la Conférence des sous-ministres et explique les mesures envisagées afin de résoudre les dérogations.



ANNEXE B– VÉRIFICATION DE L'INFORMATION COMPARATIVE PROVENANT DES AUTRES GOUVERNEMENTS

Les gouvernements du Canada, des territoires et des provinces ont adopté différentes approches dans le but de satisfaire à l'exigence de l'*Accord de 2003 des premiers ministres sur le renouvellement des soins de santé* concernant la « vérification par une tierce partie » de leur rapport sur la santé. Certains gouvernements ont confié à leur vérificateur le mandat d'exprimer une opinion de vérification au sujet de l'information présentée dans leur rapport sur la santé et d'autres ont demandé que des procédés de vérification spécifiés soient appliqués. Les paragraphes ci-dessous exposent les principales différences entre une mission de certification et celle consistant à appliquer des procédés de vérification spécifiés. Pour une comparaison complète, veuillez vous référer au chapitre 5025 du *Manuel de l'Institut Canadien des Comptables Agréés (ICCA)* en ce qui a trait aux missions de certification et au chapitre 9100 en ce qui a trait aux missions consistant à appliquer des procédés de vérification spécifiés. Je crois, pour les raisons présentées dans les paragraphes suivants, qu'une vérification conduite selon le chapitre 5025 du *Manuel de l'ICCA* est l'approche à préconiser.

Dans une mission de vérification, la responsabilité du vérificateur consiste à fournir une assurance aux utilisateurs, sous la forme d'une opinion de vérification, relativement à l'information présentée dans un rapport préparé par la direction. Le vérificateur détermine la nature, l'étendue, le calendrier d'application ainsi que le caractère suffisant et adéquat des procédés de vérification, lesquels, selon son jugement, sont nécessaires pour fournir un niveau élevé d'assurance sur le sujet en question, en l'occurrence sur les indicateurs de santé inclus dans le rapport sur la santé.

Dans une mission consistant à appliquer des procédés de vérification spécifiés, la responsabilité du vérificateur est de faire rapport sur les résultats de l'application de procédés de vérification spécifiés par la direction. Comme l'étendue des procédés de vérification spécifiés peut varier selon les missions, ces dernières sont difficilement comparables. Et comme l'étendue des procédés appliqués n'est pas suffisante pour constituer une vérification, les rapports ne permettent pas d'exprimer une opinion de vérification. Les rapports indiquent quels procédés ont été appliqués et uniquement les résultats factuels découlant de ces procédés, laissant au lecteur le soin de déterminer la fidélité de l'information.

Le tableau suivant énumère les gouvernements qui ont confié à leur vérificateur le mandat d'exprimer une opinion de vérification sur l'information présentée dans leur rapport sur la santé et ceux qui ont demandé que des procédés de vérification spécifiés soient appliqués.

Opinion de vérification ICCA 5025	Procédés de vérification spécifiés ICCA 9100
Colombie-Britannique	Alberta
Saskatchewan	Ontario
Manitoba	Nouveau-Brunswick
Québec	Île-du-Prince-Édouard
Nouvelle-Écosse	Terre-Neuve-et-Labrador
Territoire du Yukon	
Territoires du Nord-Ouest	
Nunavut	
Canada	

