

Soutenir l'amélioration continue de la qualité des soins donnés
aux personnes souffrant de maladies chroniques au Québec

Des indicateurs de qualité à l'intention des professionnels et des gestionnaires des services de première ligne

Mai 2012

Une production de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

Document technique d'accompagnement

Rapport rédigé
sous la direction de Marie-Dominique Beaulieu

Ce rapport a été adopté par le Comité scientifique permanent de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) lors de sa réunion du 30 mars 2012.
Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS

Équipe de travail

BEAULIEU, Marie-Dominique, M.D., M. Sc.
Médecin de famille, directrice scientifique – Soutien aux pratiques de première ligne

POMEY, Marie-Pascale, M.D., Ph. D.
Médecin spécialiste en santé publique, conseillère en qualité

CÔTÉ, Brigitte, M.D., M. Sc.
Médecin spécialiste en médecine préventive et santé publique, chercheure

DEL GRANDE, Claudio, M. Sc.
Sociologue, chercheur

GHORBEL, Monia, M.D.
Chercheure

HUA, Phuong, M. Sc.
Chercheure

POLQUIN, Suzette, Dt. P., M. Sc.
Adjointe au directeur scientifique – Soutien à la pratique clinique

TREMBLAY, Éric, M. Sc.
Pharmacien, conseiller scientifique

FIQUET, Laure, M.D.
Stagiaire de recherche jusqu'en octobre 2010 –
Département de médecine générale, Faculté de médecine, Université de Rennes 1

GUÉNETTE, Line, Ph. D.
Pharmacienne, conseillère scientifique au Conseil du médicament jusqu'en décembre 2010

Collaborateurs

DAGENAIS, Pierre, M.D., M. Sc., Ph. D.
Rhumatologue, directeur - Soutien et développement méthodologique (INESSS)

GERVAIS, Jocelyne
Responsable logistique chargée de l'organisation matérielle des événements jusqu'en juillet 2011 (INESSS)

JEHANNO, Cédric, M.B.A.
Chargé de projet (INESSS)

LANTIN, Sonia
Pharmacienne, directrice du Service des analyses (INESSS)

PLAMONDON, Mathieu
Bibliothécaire (INESSS)

ROUSSEAU, Claude, et l'équipe de GRF
Recherche/Évaluation

Édition

Responsable

Diane Guilbault

Révision linguistique

Lucette Lévesque (CSPQ)

Traduction

Jocelyne Lauzière

Coordination

Véronique Baril

Graphisme

Magali Bérubé

Vérification bibliographique

Denis Santerre

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012

Bibliothèque et Archives Canada, 2012

ISSN 1915-3082 INESSS (imprimé)

ISBN 978-2-550-65020-1 (imprimé)

ISSN 1915-3104 INESSS (PDF)

ISBN 978-2-550-65019-5 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2012

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document: Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Des indicateurs de qualité à l'intention des professionnels et des gestionnaires des services de première ligne. Document technique d'accompagnement. Québec, Qc : INESSS; 2012.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Renseignements

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

1195, avenue Lavigerie, bureau 60

Québec (Québec) G1V 4N3

Téléphone : 418 644-8103

Télécopieur : 418 644-8120

2021, avenue Union, bureau 10.083

Montréal (Québec) H3A 2S9

Téléphone : 514 873-2563

Télécopieur : 514 873-1369

inesss@inesss.qc.ca

www.inesss.qc.ca

TABLE DES MATIÈRES

SIGLES ET ABRÉVIATIONS	i
PRÉSENTATION DU DOCUMENT	1
LÉGENDE DES TABLEAUX.....	2
Figure 1 Le modèle élargi de gestion des maladies chroniques élaboré par le MacColl Institute.....	2
Figure 2 Diagramme de Venn des 126 indicateurs spécifiques	5
Figure 3 Diagramme de Venn des 38 indicateurs génériques	6
TABLEAUX DES INDICATEURS SPÉCIFIQUES	7
Tableau 1 Indicateurs pour les maladies cardiovasculaires (angine stable, dyslipidémie, hypertension artérielle)	7
Tableau 2 Indicateurs pour le diabète.....	16
Tableau 3 Indicateurs pour les maladies respiratoires (asthme, MPOC)	20
Tableau 4 Indicateurs pour la prévention	27
TABLEAUX DES INDICATEURS GÉNÉRIQUES	28
Tableau 5 Indicateurs génériques	28
BIBLIOGRAPHIE.....	35

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AAS	Acide acétylsalicylique
AAT	Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue
ACC	American College of Cardiology
ACD	Association canadienne du diabète
ACHS	Australian Council on Healthcare Standards
ACOVE	Assessing the Care of Vulnerable Elders
ADA	American Diabetes Association
AHA	American Heart Association
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AIHW	Australian Institute of Health and Welfare
AMA	American Medical Association
Apo B	Apolipoprotéine B
ARA	Antagoniste des récepteurs de l'angiotensine II
AVC	Accident vasculaire cérébral
BAAR	Bronchodilatateur à action rapide, y inclus le formotérol associé à un CSI
BDA	Base de données administratives
BDLA	Bronchodilatateur à longue action
BMA	British Medical Association
CCORT	Canadian Cardiovascular Outcomes Research Team
C-LDL	Cholestérol-LDL
CHEP	Canadian Hypertension Education Program
ComExp	Comité scientifique d'experts <i>ad hoc</i> réunis pour le projet par l'équipe de l'INESSS
CSI	Corticostéroïde inhalé
CT/C-HDL	Rapport cholestérol total / cholestérol-HDL
CTS	Canadian Thoracic Society
CRM	Échelle de la dyspnée du Conseil de recherches médicales
CwF	Commonwealth Fund
DASH	Dietary Approaches to Stop Hypertension
DEP	Débit expiratoire de pointe
DHCPR	Dutch Health Care Performance Report
DME	Dossier médical électronique
ECG	Électrocardiogramme

ENQ	Enquête auprès des usagers
ESC	European Society of Cardiology
EUCID	European Core Indicators in Diabetes
FVC	Forced Vital Capacity
GINA	Global Initiative for Asthma
GOLD	Global Initiatives for Chronic Obstructive Lung Disease
HbA1C	Hémoglobine glyquée
HDC	Health Disparities Collaboratives
HRSA	Health Resources and Services Administration
HTA	Hypertension artérielle
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
ICSI	Institute for Clinical Systems Improvement
IECA	Inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine
IMC	Indice de masse corporelle
MAPA	Monitoring ambulatoire de la pression artérielle
MCV	Maladies cardiovasculaires
MGMC	Modèle de gestion des maladies chroniques (Chronic Care Model)
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
NCQA	National Committee for Quality Assurance
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
NQF	National Quality Forum
OCDE	Organisation for Economic Cooperation and Development
OTLT	Oxygénothérapie à long terme
PA	Pression artérielle
PCPI	Physician Consortium for Performance Improvement/American Medical Association
PECH	Programme éducatif canadien sur l'hypertension
QOF	Quality and Outcomes Framework/British Medical Association
RAND	Research and Development
SCC	Société canadienne de cardiologie
SIGN	Scottish Intercollegiate Guidelines Network
TFGe	Taux de filtration glomérulaire estimé
TOPAS	TOPAS Europe – European Practice Assessment
VEMS	Volume expiratoire maximal en une seconde
VHA	Veterans Health Administration

PRÉSENTATION DU DOCUMENT

Ce document accompagne le rapport *Soutenir l'amélioration continue de la qualité des soins donnés aux personnes souffrant de maladies chroniques au Québec – Des indicateurs de qualité à l'intention des professionnels et des gestionnaires des services de première ligne*. Il fournit l'ensemble des 164 indicateurs élaborés dans le cadre du mandat, en présentant notamment leur type, leur libellé, le niveau de preuve (indicateurs spécifiques seulement), la pertinence attribuée par les professionnels et les usagers (indicateurs génériques seulement), la cote de mesurabilité et les sources potentielles de données.

Les indicateurs spécifiques sont présentés aux tableaux 1 à 4, où ils sont classés par maladie, puis selon la force du niveau de preuve (les indicateurs appuyés par des preuves de niveau 1 apparaissant en premier), dans le respect de leur sous-dimension (qui suit la logique clinique –diagnostic, habitudes de vie, suivi, traitement).

- Le tableau 1 regroupe les indicateurs de maladies cardiovasculaires (angine stable, hypertension, dyslipidémie);
- le tableau 2, les indicateurs pour le diabète;
- le tableau 3 porte sur les indicateurs de maladies respiratoires (asthme, MPOC);
- le tableau 4 présente les indicateurs de prévention communs à toutes les maladies.

Les indicateurs *génériques* sont présentés au tableau 5. Ils sont classés quant à eux selon la dimension du cadre conceptuel de gestion des maladies chroniques à laquelle ils se rapportent, puis par pourcentage décroissant de pertinence que leur ont accordé les professionnels à l'occasion de leur journée de consultation.

La légende des tableaux qui suit détaille le contenu de chacune des colonnes employées dans les tableaux du document. Des figures accompagnent les tableaux

LÉGENDE DES TABLEAUX

n : Numéro séquentiel des indicateurs pour chaque tableau.

Identifiant unique : Code de référence unique identifiant chaque indicateur et correspondant au code d'identification également attribué dans la base de données complète des indicateurs

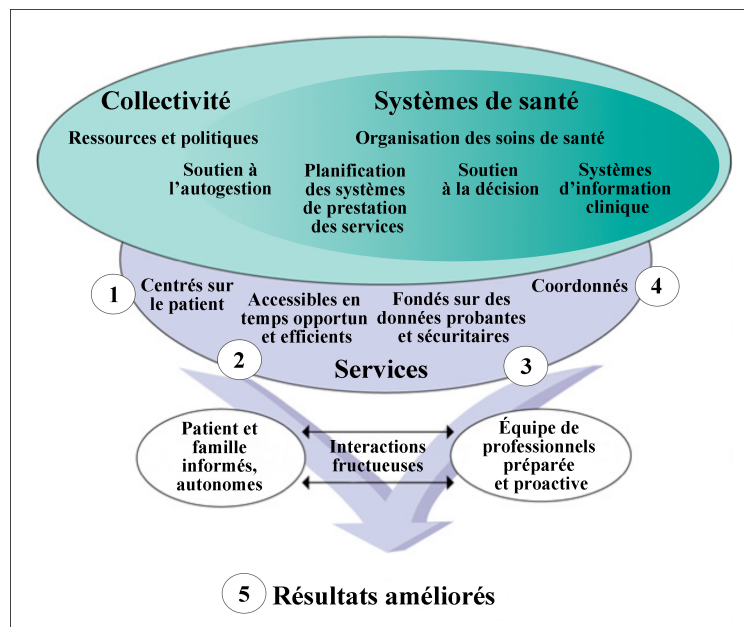
- ANG = angine stable
- DYS = dyslipidémie
- HTA = hypertension artérielle
- DBT = diabète
- ASM = asthme
- MPO = maladie pulmonaire obstructive chronique
- PREV = prévention
- GEN = générique

Dimension du MGMC : Dimension de l'indicateur se rapportant au cadre conceptuel du modèle de gestion des maladies chroniques (voir figure 1)

- 1 = Centrés sur le patient
- 2 = Accessibles en temps opportun et efficients
- 3 = Fondés sur les données probantes et sécuritaires
- 4 = Coordonnés
- 5 = Résultats améliorés

NB : La majorité des indicateurs spécifiques se retrouvent sous la dimension « Fondés sur les données probantes »

Figure 1 Le modèle élargi de gestion des maladies chroniques élaboré par le MacColl Institute



Traduction libre de la figure du modèle élargi de gestion des maladies chroniques du MacColl Institute adapté du modèle original proposé par Wagner [1998]. **Sous-dimension** : Caractérisation supplémentaire des indicateurs

Dimensions du modèle de gestion des maladies chroniques	Sous-dimensions
Centré sur le patient	• Communication • Continuité relationnelle • Soutien à l'autogestion • Accessibilité financière • Accessibilité linguistique
Accessibles en temps opportun et efficaces	Accessibilité téléphonique, à la consultation, au renouvellement de l'ordonnance, à l'information
Fondés sur les données probantes et sécuritaires	• Adhésion au traitement • Diagnostic • Habitudes de vie • Immunisation • Sécurité • Suivi • Traitement
Coordonnés	• Coordination (inter-1^{re} et 2^e ligne, 1^{re} ligne) • Efficacité du travail d'équipe
Résultats améliorés	• Capacité fonctionnelle • Hospitalisation • Visites à l'urgence

Type : P = indicateur de processus; R = indicateur de résultat

Libellé [provenance] : Libellé de l'indicateur, avec le sigle de l'organisme qui l'a développé

Niveau de preuve (tableaux 1 à 4 seulement) : Niveau de preuve de la recommandation sur laquelle s'appuie l'indicateur

Niveau 1 : essais cliniques randomisés (ECR) de bonne qualité; méta-analyses ou revues systématiques d'ECR

Niveau 2 : essais cliniques non contrôlés; études analytiques

Niveau 3 : séries de cas; études descriptives; consensus d'experts

Cote de pertinence des professionnels : Pourcentage des professionnels ayant considéré l'indicateur comme pertinent à l'occasion de la journée de consultation du 16 juin 2011

Cote de pertinence :

- 1 = indicateur jugé pertinent par 75 % à 100 % des professionnels
- 2 = indicateur jugé pertinent par 50 % à 74 % des professionnels
- 3 = indicateur jugé pertinent par moins de 50 % des professionnels

- **Cote de pertinence des usagers** (tableau 5 seulement) : Pertinence attribuées à l'indicateur par la majorité des usagers (mode statistique) à l'occasion de la journée de consultation du 27 mai 2011, *sur une échelle allant de 1-Essentiel à 4-Négligeable* (Les indicateurs qui ne figuraient pas parmi ceux soumis au vote des usagers ont la mention S. O., pour sans objet.)

Cote de mesurabilité : Cote de mesurabilité de l'indicateur

- 1 = Indicateur mesurable avec les moyens en place présentement
- 2 = Indicateur mesurable, mais qui nécessite du développement technologique
- 3 = Indicateur non recommandé pour utilisation systématique immédiate
- 4 = Indicateur non recommandé pour utilisation systématique. Applicable uniquement à des audits de dossiers ou des projets de recherche

Sources de données : Source potentielle de données des indicateurs

- **Audit** : Audit de dossiers papier
- **BDA** : Bases de données administratives
- **DME** : Dossier médical électronique
- **ENQ** : Enquête auprès des usagers

Secteur (Venn) : Secteur du diagramme de Venn où se situe l'indicateur, selon le croisement des critères de caractérisation qui s'appliquent – indicateurs spécifiques (voir figure 2) ou indicateurs génériques (voir figure 3)

Figure 2 Diagramme de Venn des 126 indicateurs spécifiques

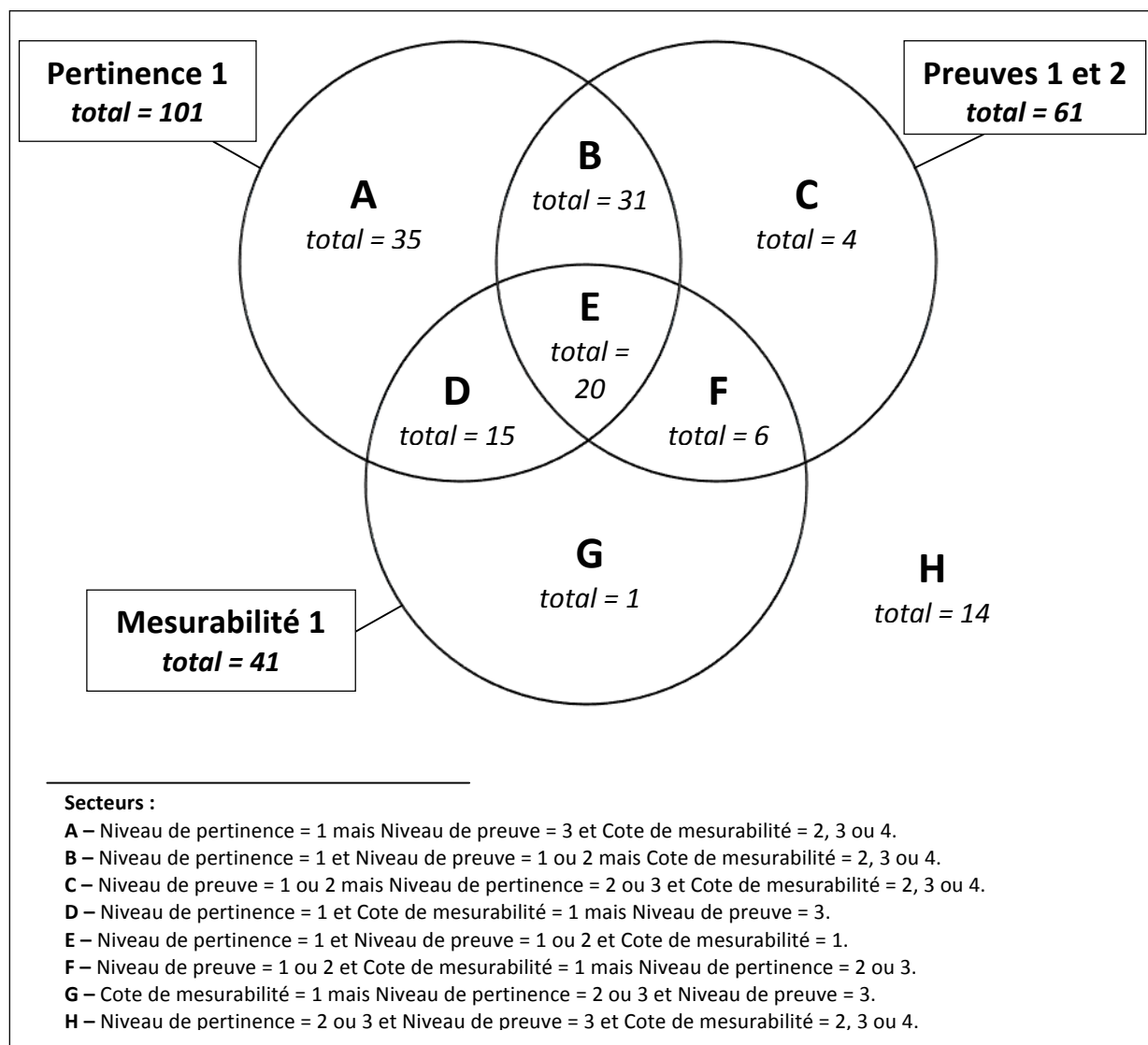
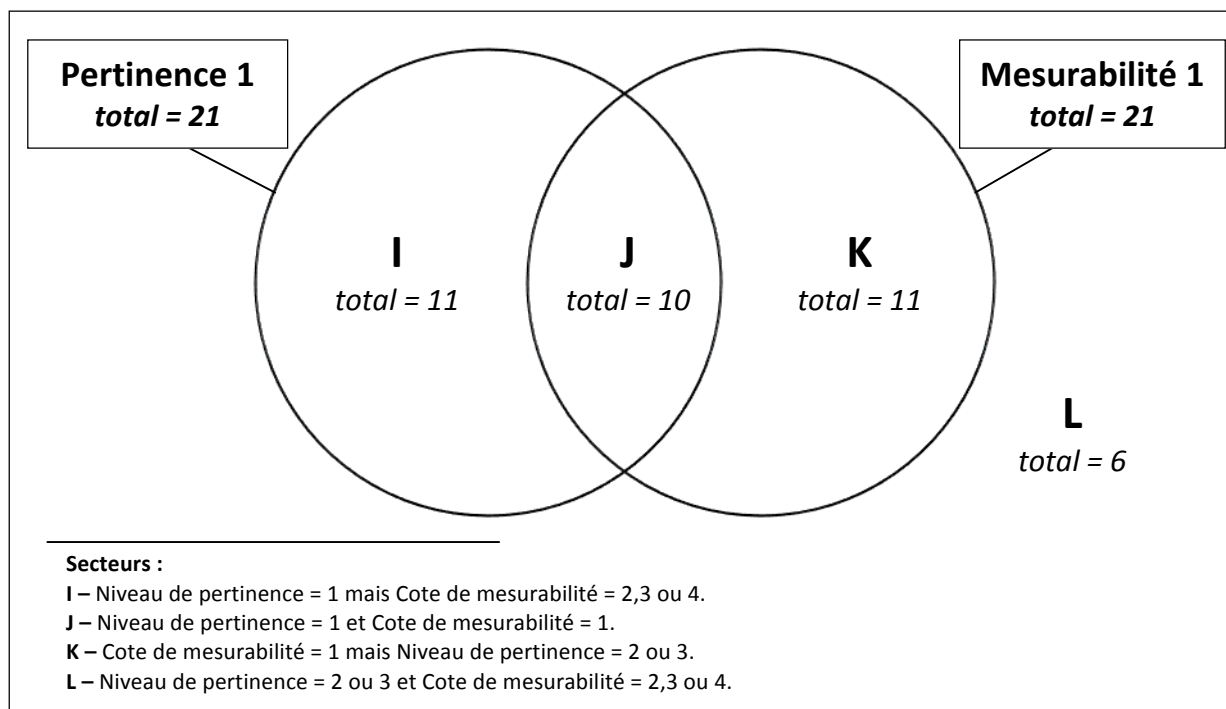


Figure 3 Diagramme de Venn des 38 indicateurs génériques



TABLEAUX DES INDICATEURS SPÉCIFIQUES

Tableau 1 Indicateurs pour les maladies cardiovasculaires (angine stable, dyslipidémie, hypertension artérielle)

Maladies cardiovasculaires (angine stable, dyslipidémie, hypertension artérielle)													
n	Identifiant unique	Dimension du MGMC	Sous-dimension	Type	Libellé [provenance] ¹	Niveau de preuve	% de pertinence des professionnels	Cote de mesurabilité	Sources de mesure				Secteur (Venn)
									Audit	BDA	DME	ENQ	
ANGINE STABLE													
1	ANG06	3	Soutien à l'auto-gestion	P	Pourcentage des patients ayant reçu un diagnostic d'angine stable qui ont été orientés à un programme de prise en charge multidisciplinaire au moins une fois. [SIGN, 2007]	1	95,0 %	2	X		X		B
2	ANG07	3	Suivi	P	Pourcentage des patients ayant reçu un diagnostic d'angine stable dont le dossier contient une mesure des C-LDL au cours des 12 mois précédents [ICSI, 2009b; ICIS, 2006a] OU de l'apo B. [ComExp, 2011]	1	100,0 %	1	X		X		E
3	ANG09	5	Suivi	R	Pourcentage des patients ayant reçu un diagnostic d'angine stable dont la mesure des C-LDL est < 2 mmol/l OU celle de l'apo B est < 0,8 OU qui ont affiché une baisse des C-LDL de 50 % au cours des 12 mois précédents. [ICSI, 2009b]	1	100,0 %	1	X		X		E
4	ANG13	5	Suivi	R	Pourcentage des patients ayant reçu un diagnostic d'angine stable dont la mesure de la PA consignée au dossier est <140/90 mmHg (ou <130/80 mmHg en cas de diabète ou d'insuffisance rénale chronique). [ICSI, 2009b]	1	100,0 %	1	X		X		E

¹ Se référer à la liste des abréviations et acronymes.

Maladies cardiovasculaires (angine stable, dyslipidémie, hypertension artérielle)

n	Identifiant unique	Dimension du MGMC	Sous-dimension	Type	Libellé [provenance] ¹	Niveau de preuve	% de pertinence des professionnels	Cote de mesurabilité	Sources de mesure				Secteur (Venn)
									Audit	BDA	DME	ENQ	
5	ANG15	3	Traitement	P	Pourcentage des patients ayant reçu un diagnostic d'angine stable qui suivent un traitement antiplaquettaire ou anticoagulant dans les 12 mois précédents (exception si contre-indication). [ACC; AHA; AMA; QOF/BMA, 2009; ICSI, 2009b ;NQF, 2008; CCORT/Burge <i>et al.</i> , 2007; ACOVE/Watson <i>et al.</i> , 2007; RAND/Kerr <i>et al.</i> , 2000]	1	100,0 %	1	X	X	X		E
6	ANG16	3	Traitement	P	Pourcentage des patients ayant reçu un diagnostic d'angine stable qui sont traités par des statines (sauf si contre-indication). [ACC; AHA; AMA; NQF, 2008; ACOVE/Watson <i>et al.</i> , 2007; ICIS, 2006a]	1	100,0 %	1	X	X	X		E
7	ANG17	3	Traitement	P	Pourcentage des patients ayant un diagnostic d'angine stable ET présentant aussi un diabète qui sont sous IECA (ou ARA). [ACC; AHA]	1	91,0 %	1	X	X	X		E
8	ANG18	3	Traitement	P	Pourcentage des patients ayant un diagnostic d'angine stable ET présentant aussi une altération de la fonction du ventricule gauche qui sont sous IECA (ou ARA). [ACC; AHA]	1	91,0 %	3	X	X	X		B
9	ANG19	3	Traitement	P	Pourcentage des patients ayant un diagnostic d'angine stable ET présentant aussi une HTA qui sont sous IECA (ou ARA). [ICSI, 2009b]	1	91,0 %	1	X	X	X		E
10	ANG20	3	Traitement	P	Pourcentage des patients ayant un diagnostic d'angine stable ET présentant aussi une insuffisance rénale chronique qui sont sous IECA (ou ARA). [ICSI, 2009b]	1	91,0 %	2	X	X	X		B
11	ANG12	3	Suivi	P	Pourcentage des patients ayant reçu un diagnostic d'angine stable dont le dossier contient au moins 1 mesure de la PA effectuée au cours des 12 mois précédents. [ACC; AHA; AMA; QOF/BMA, 2009]	2	100,0 %	1	X		X		E

Maladies cardiovasculaires (angine stable, dyslipidémie, hypertension artérielle)

n	Identifiant unique	Dimension du MGMC	Sous-dimension	Type	Libellé [provenance] ¹	Niveau de preuve	% de pertinence des professionnels	Cote de mesurabilité	Sources de mesure				Secteur (Venn)
									Audit	BDA	DME	ENQ	
12	ANG01	3	Diagnostic	P	Pourcentage des patients ayant reçu un nouveau diagnostic clinique d'angine stable qui ont subi un ECG de repos au cours du mois suivant le diagnostic. [RAND/Kerr <i>et al.</i> , 2000]	3	91,0 %	2	X		X		A
13	ANG02	3	Diagnostic	P	Pourcentage des patients ayant reçu un nouveau diagnostic clinique d'angine stable qui ont subi une épreuve d'effort au cours des 3 mois suivant le diagnostic. [ICSI, 2009b; RAND/Kerr <i>et al.</i> , 2000]	3	91,0 %	2	X		X		A
14	ANG03	3	Diagnostic	P	Pourcentage de patients ayant reçu un nouveau diagnostic d'angine stable qui ont les tests initiaux suivants au moins une fois documentés dans le dossier: -Un test de glycémie à jeun; -Un bilan lipidique;[ACC; AHA; AMA; CCORT/Burge <i>et al.</i> , 2007] -Une mesure de la créatinine sérique. [ComExp, 2011]	3	95,0 %	1	X		X		D
15	ANG04	3	Diagnostic	P	Pourcentage des patients ayant reçu un nouveau diagnostic d'angine stable dont le dossier contient une mesure de l'hémoglobine et de l'hématocrite au moins une fois à l'intérieur d'une semaine. [RAND/Kerr <i>et al.</i> , 2000]	3	95,0 %	1	X		X		D
16	ANG05	3	Suivi	P	Pourcentage des patients ayant reçu un diagnostic d'angine stable dont le dossier fait mention de symptômes d'angine dans les 12 mois précédents. [ICSI, 2009b]	3	95,0 %	3	X		X		A
17	ANG08	3	Suivi	P	Pourcentage des patients ayant reçu un diagnostic d'angine stable dont le dossier contient une mesure de la glycémie à jeun au cours des 12 mois précédents. [ICIS, 2006a]	3	100,0 %	1	X		X		D
18	ANG10	3	Suivi	P	Pourcentage des patients qui présentent des symptômes d'angine accélérée et qui reçoivent l'attention immédiate d'un spécialiste. [ICSI, 2009b]	3	29,0 %	4	X		X		H

Maladies cardiovasculaires (angine stable, dyslipidémie, hypertension artérielle)

n	Identifiant unique	Dimension du MGMC	Sous-dimension	Type	Libellé [provenance] ¹	Niveau de preuve	% de pertinence des professionnels	Cote de mesurabilité	Sources de mesure				Secteur (Venn)
									Audit	BDA	DME	ENQ	
19	ANG11	3	Suivi	P	Pourcentage de patients avec un diagnostic d'angine stable qui présentent des symptômes de maladie vasculaire périphérique ou d'altération de la fonction du ventricule gauche et qui sont orientés vers un spécialiste. [ICSI, 2009b]	3	29,0 %	4	X				H
20	ANG14	3	Suivi	P	Pourcentage de patients avec un diagnostic d'angine stable chez qui on a procédé au dépistage de la dépression dans les 12 mois précédents. [QOF/BMA, 2009] <i>Outils de dépistage : PHQ2 et le PHQ9 (si le patient répond par oui à une ou aux 2 questions du PHQ2)</i>	3	73,0 %	2	X		X		H
21	ANG21	3	Traitement	P	Pourcentage des patients avec un diagnostic d'angine stable ayant une histoire d'infarctus de myocarde et qui sont sous IECA (ou ARA si intolérance), aspirine (ou un autre antiplaquettaire), bêta-bloqueur et statine (exception si contre-indication). [NICE, 2011]	3	59,0 %	1	X	X ²	X		G
DYSLIPIDÉMIE													
22	DYS04	5	Suivi	R	Pourcentage des patients sous traitement de dyslipidémie et qui sont à risque élevé de MCV, qui ont atteint leur valeur cible de traitement : baisse de 50 % ou plus du taux des C-LDL OU un taux des C-LDL < 2 mmol/L OU apo B < 0,80 g/L dans les 12 mois suivant le diagnostic. [NICE, 2010a]	1	83,0 %	3	X		X		B
23	DYS10	3	Traitement	P	Pourcentage des patients atteints de dyslipidémie chez qui le risque cardiovasculaire est élevé, auxquels on a prescrit un hypolipémiant dans les 3 à 6 mois suivant le diagnostic de dyslipidémie. [CCORT/Burge et al., 2007; RAND/Kerr et al., 2000]	1	100,0 %	3	X	X	X		B

2* L'indicateur peut se calculer plus aisément à un niveau d'agrégation populationnel à l'aide des BDA, bien qu'il pose d'importants défis si l'on souhaite pouvoir le faire à un niveau plus local à partir des données contenues dans le DME.

Maladies cardiovasculaires (angine stable, dyslipidémie, hypertension artérielle)

n	Identifiant unique	Dimension du MGMC	Sous-dimension	Type	Libellé [provenance] ¹	Niveau de preuve	% de pertinence des professionnels	Cote de mesurabilité	Sources de mesure				Secteur (Venn)
									Audit	BDA	DME	ENQ	
24	DYS11	3	Traitement	P	Pourcentage des patients atteints de dyslipidémie chez qui le risque cardiovasculaire est modéré, et ayant un taux de C-LDL > 3,5 mmol/L OU une apo B > 1,00 g/L OU un rapport CT/C-HDL > 5,0 auxquels on a prescrit un hypolipémiant 3 à 6 mois après un enseignement sur les modifications des habitudes de vie. [ComExp, 2011]	2	70,0 %	3	X		X		C
25	DYS01	3	Diagnostic	P	Pourcentage des patients (exempts de MCAS et/ou de diabète) dont le dossier contient au moins deux bilans lipidiques anormaux (C-LDL ≥ 2 mmol/L) ou mesures de l'apo B > 0,80 g/L, avant le début d'un traitement hypolipémiant. [NCQA; RAND/Kerr <i>et al.</i> , 2000]	3	87,0 %	3	X		X		A
26	DYS02	3	Diagnostic	P	Pourcentage des patients qui présentent des facteurs de risque de MCV et qui ne sont pas sous traitement hypolipémiant, qui ont obtenu un bilan lipidique OU une mesure de l'apo B au cours des 1 à 3 années précédentes. [CCORT/Burge <i>et al.</i> , 2007]	3	77,0 %	3	X		X		A
27	DYS03	3	Diagnostic	P	Pourcentage des patients ayant reçu un nouveau diagnostic de dyslipidémie qui sont soumis à une évaluation quantitative ou qualitative formelle du risque cardiovasculaire au moment du diagnostic. [ComExp, 2011] <i>Les experts ne recommandent pas un outil spécifique.</i>	3	96,0 %	3	X		X		A
28	DYS08	3	Habitudes de vie	P	Pourcentage des patients atteints de dyslipidémie dont le dossier fait état d'un enseignement sur la diète selon les recommandations canadiennes. [ComExp, 2011]	3	100,0 %	2	X		X		A
29	DYS09	3	Habitudes de vie	P	Pourcentage des patients atteints de dyslipidémie ayant reçu des conseils sur les aliments fonctionnels enrichis au stérol/stanol. [ComExp, 2011]	3	58,0 %	3	X				H

Maladies cardiovasculaires (angine stable, dyslipidémie, hypertension artérielle)

n	Identifiant unique	Dimension du M GMC	Sous-dimension	Type	Libellé [provenance] ¹	Niveau de preuve	% de pertinence des professionnels	Cote de mesurabilité	Sources de mesure				Secteur (Venn)
									Audit	BDA	DME	ENQ	
30	DYS05	3	Suivi	P	Pourcentage des patients qui, au début du traitement par des statines, ont obtenu une mesure des transaminases, de la créatinine, de la glycémie à jeun et une analyse d'urine. [ComExp, 2011]	3	100,0 %	2	X		X		A
31	DYS06	3	Suivi	P	Pourcentage des patients sous traitement hypolipémiant qui ont obtenu un bilan lipidique OU une mesure de l'apo B, 4 mois après le début du traitement. [ICSI, 2009a]	3	100,0 %	1	X		X		D
32	DYS07	3	Suivi	P	Pourcentage des patients sous traitement hypolipémiant qui ont obtenu un bilan lipidique OU une mesure de l'apo B annuellement. [ICSI, 2009a]	3	100,0 %	1	X		X		D
33	DYS12	3	Traitement	P	Pourcentage de patients atteints de dyslipidémie qui sont sous traitement pharmacologique et qui n'ont pas atteint leur cible, dont le dossier fait mention d'un changement de la médication OU d'un rapprochement du suivi. [NICE, 2010c]	3	33,0 %	4	X				H
HYPERTENSION ARTÉRIELLE													
34	HTA07	5	Suivi	R	Pourcentage des patients qui ont atteint leur PA cible au cours des 12 mois précédents (<140/90 mmHg et <130/80 mmHg pour les patients ayant un diabète et/ou une insuffisance rénale chronique). [NCQA; QOF/BMA, 2009; NQF, 2008; CCORT/Burge <i>et al.</i> , 2007]	1	100,0 %	1	X		X		E
35	HTA15	3	Traitement	P	Pourcentage des patients hypertendus, n'ayant pas d'autres facteurs de risque de MCV ni d'atteinte des organes cibles, ayant une PA de 160/100 mmHg ou plus après six mois de modification des habitudes de vie, dont le dossier fait mention d'un traitement pharmacologique. [CCORT/Burge <i>et al.</i> , 2007; RAND/Kerr <i>et al.</i> , 2000]	1	100,0 %	4	X		X		B

Maladies cardiovasculaires (angine stable, dyslipidémie, hypertension artérielle)

n	Identifiant unique	Dimension du MGMC	Sous-dimension	Type	Libellé [provenance] ¹	Niveau de preuve	% de pertinence des professionnels	Cote de mesurabilité	Sources de mesure				Secteur (Venn)
									Audit	BDA	DME	ENQ	
36	HTA16	3	Traitement	P	Pourcentage des patients hypertendus, ayant des facteurs de risque de MCV ou atteinte des organes cibles, ayant une PA de 140/90 mmHg ou plus qui sont sous un traitement pharmacologique. [NICE, 2006]	1	100,0 %	2	X	X	X		B
37	HTA17	3	Traitement	P	Pourcentage des patients hypertendus, n'ayant pas de facteurs de risque de MCV ni atteinte des organes cibles, ayant une PA de 140/90 mmHg ou plus et qui sont sous traitement pharmacologique, dont le dossier fait mention d'un changement de la médication ou d'un rapprochement du suivi. [ICSI, 2010b; RAND/Kerr <i>et al.</i> , 2000]	1	86,0 %	4	X		X		B
38	HTA11	3	Habitudes de vie	P	Pourcentage des patients hypertendus, dont le dossier fait état d'un counseling sur les interventions non pharmacologiques. [QOF/BMA, 2009; RAND/Kerr <i>et al.</i> , 2000]	2	91,0 %	3	X		X		B
39	HTA12	3	Habitudes de vie	P	Pourcentage des patients hypertendus dont le dossier fait état d'un counseling sur la diète DASH. [ComExp, 2011]	2	100,0 %	2	X		X		B
40	HTA13	3	Habitudes de vie	P	Pourcentage des patients hypertendus nouvellement diagnostiqués, dont le dossier fait état que la consommation d'alcool a été évaluée dans les trois mois suivant le diagnostic. [ACOVE/Watson <i>et al.</i> , 2007]	2	100,0 %	2	X		X		B
41	HTA14	3	Habitudes de vie	P	Pourcentage des patients hypertendus, à qui l'on a conseillé de réduire leur consommation de sel. [ComExp, 2011]	2	91,0 %	1				X	E
42	HTA18	3	Sécurité	P	Pourcentage des patients hypertendus, âgés de 60 ans et plus et qui sont traités par des bêtabloquants. [ComExp, 2011]	2	32,0 %	1		X	X		F

Maladies cardiovasculaires (angine stable, dyslipidémie, hypertension artérielle)

n	Identifiant unique	Dimension du MGMC	Sous-dimension	Type	Libellé [provenance] ¹	Niveau de preuve	% de pertinence des professionnels	Cote de mesurabilité	Sources de mesure				Secteur (Venn)
									Audit	BDA	DME	ENQ	
43	HTA01	3	Diagnostic	P	Pourcentage des patients dont la mesure auscultatoire de leur PA est $\geq 140/90$ mmHg et qui ont effectué au moins 2 visites subséquentes. [NICE, 2011]	3	91,0 %	1	X		X		D
44	HTA02	3	Diagnostic	P	Pourcentage des patients asymptomatiques et qui ont une PA auscultatoire $\geq 180/110$ mmHg (OU $\geq 140/90$ mmHg, et souffrant de diabète, d'insuffisance rénale chronique ou d'une atteinte des organes cibles) devant effectuer une deuxième visite concernant leur PA dans les 2 mois suivants. [CCORT/Burge <i>et al.</i> , 2007]	3	95,0 %	3	X		X		A
45	HTA03	3	Diagnostic	P	Pourcentage des patients ayant obtenu 3 mesures anormales de leur PA si $\geq 160/100$ mmHg OU 4-5 mesures anormales de leur PA si $\geq 140/99$ mmHg et dont le dossier fait état d'un diagnostic d'HTA. [adapté de RAND/Kerr <i>et al.</i> , 2000]	3	95,0 %	1	X		X		D
46	HTA05	3	Diagnostic	P	Pourcentage des patients ayant reçu un nouveau diagnostic d'hypertension et dont le dossier contient les éléments suivants : - histoire médicale - examen physique, y compris l'IMC et le tour de taille - analyse d'urine, mesure des électrolytes et de la créatinine - mesure de la glycémie à jeun - bilan lipidique à jeun - ECG 12 dérivations. [CCORT/Burge <i>et al.</i> , 2007; ACOVE/Watson <i>et al.</i> , 2007; NICE, 2006; RAND/Kerr <i>et al.</i> , 2000]	3	86,0 %	4	X		X		A

Maladies cardiovasculaires (angine stable, dyslipidémie, hypertension artérielle)

n	Identifiant unique	Dimension du MGMC	Sous-dimension	Type	Libellé [provenance] ¹	Niveau de preuve	% de pertinence des professionnels	Cote de mesurabilité	Sources de mesure				Secteur (Venn)
									Audit	BDA	DME	ENQ	
47	HTA06	3	Diagnostic	P	Pourcentage des patients ayant reçu un nouveau diagnostic d'hypertension au cours des 12 mois précédents dont le dossier fait état d'une évaluation quantitative ou qualitative du risque cardiovasculaire. [QOF/BMA, 2009] <i>Les experts ne recommandent pas un outil spécifique.</i>	3	100,0 %	3	X		X		A
48	HTA04	1	Soutien à l'auto-gestion	P	Pourcentage des patients hypertendus, qui utilisent un appareil de mesure à domicile et qui ont suivi une séance d'information sur la technique de prise de PA. [ICSI, 2010b]	3	96,0 %	3				X	A
49	HTA08	3	Suivi	P	Pourcentage des patients hypertendus, dont la PA est mesurée par un professionnel de la santé au moins 2 fois par année à leur lieu habituel de soins. [PCPI/AMA, 2009; QOF/BMA, 2009; NQF, 2008; ACC/AHA/Frakers <i>et al.</i> , 2007; ICIS, 2006a; RAND/Kerr <i>et al.</i> , 2000]	3	83,0 %	1	X		X		D
50	HTA09	3	Suivi	P	Pourcentage des patients qui présentent une hypertension réfractaire, traitée à l'aide de 3 médicaments qui sont orientés vers un spécialiste. [NICE, 2011]	3	26,0 %	4	X				H
51	HTA10	3	Suivi	P	Pourcentage des patients dont la PA systolique est ≥ 210 mmHg OU dont la PA diastolique ≥ 130 mmHg et qui sont orientés vers l'urgence. [ACOVE/Watson <i>et al.</i> , 2007]	3	22,0 %	2	X		X		H

Tableau 2 Indicateurs pour le diabète

Diabète													
n	Identifiant unique	Dimension du MGMC	Sous-dimension	Type	Libellé [provenance]	Niveau de preuve	% de pertinence des professionnels	Cote de mesurabilité	Sources de mesure				Secteur (Venn)
									Audit	BDA	DME	ENQ	
1	DBT02	3	Soutien à l'auto-gestion	P	Pourcentage des patients prédiabétiques orientés au moins une fois vers un programme d'éducation interdisciplinaire structuré (en conformité avec le CCM). [ComExp, 2011]	1	96,0 %	3	X		X		B
2	DBT04	3	Soutien à l'auto-gestion	P	Pourcentage des patients diabétiques orientés au moins une fois vers un programme d'éducation interdisciplinaire structuré (en conformité avec le CCM). [Majumdar <i>et al.</i> , 2005]	1	96,0 %	2	X		X		B
3	DBT07	5	Suivi	R	Pourcentage des patients diabétiques dont la mesure de la PA était < 130/80 mmHg au cours des 12 mois précédents. [HDC; NCQA; Majumdar <i>et al.</i> , 2005]	1	96,0 %	1	X		X		E
4	DBT11	5	Suivi	R	Pourcentage des patients diabétiques âgés de 45 ans et plus chez les hommes ou de 50 ans et plus chez les femmes dont la mesure des C-LDL est < 2 mmol/l OU dont le ratio CT/C-HDL est < 4 mmol/l. [ComExp, 2011]	1	96,0 %	1	X		X		E
5	DBT14	5	Suivi	R	Pourcentage des patients diabétiques dont le dernier taux (ou la moyenne des taux) d'HbA1c est ≤ 7 % au cours des 6 derniers mois. [NCQA; EUCID/HCP, 2008; Wens <i>et al.</i> , 2007; ICIS, 2006a; Majumdar <i>et al.</i> , 2005]	1	92,0 %	1	X		X		E
6	DBT17	3	Suivi	P	Pourcentage des patients diabétiques ayant des antécédents cardiovasculaires, qui sont sous traitement antiplaquettaire. [HDC]	1	91,0 %	2	X	X	X		B
7	DBT20	3	Suivi	P	Pourcentage des patients diabétiques qui présentent une microalbuminurie OU une protéinurie et qui sont traités avec un IECA (ou ARA). [SIGN, 2010; QOF/BMA, 2009; Martirosyan <i>et al.</i> , 2008; Majumdar <i>et al.</i> , 2005]	1	96,0 %	1	X	X	X		E

Diabète													
n	Identifiant unique	Dimension du MGMC	Sous-dimension	Type	Libellé [provenance]	Niveau de preuve	% de pertinence des professionnels	Cote de mesurabilité	Sources de mesure				Secteur (Venn)
									Audit	BDA	DME	ENQ	
8	DBT21	3	Suivi	P	Pourcentage des patients diabétiques soumis au dépistage d'une rétinopathie au moins tous les 2 ans. [QOF/BMA, 2009; ICIS, 2006a; Majumdar <i>et al.</i> , 2005]	1	100,0 %	1		X		X	E
9	DBT22	3	Suivi	P	Pourcentage des patients diabétiques dont le dossier fait mention d'un dépistage de la neuropathie périphérique (monofilament ou diapason) au cours des 12 mois précédents. [QOF/BMA, 2009]	1	100,0 %	2	X		X		B
10	DBT16	3	Traitement	P	Pourcentage des patients ayant reçu un nouveau diagnostic de diabète de type 2 dont le premier choix de traitement (sauf si contre-indication) est la metformine. [Martirosyan <i>et al.</i> , 2008]	1	33,0 %	1	X	X	X		F
11	DBT03	3	Diagnostic	P	Pourcentage des patients ayant reçu un diagnostic de diabète confirmé selon les lignes directrices canadiennes. [ComExp, 2011]	2	100,0 %	4	X		X		B
12	DBT12	3	Sécurité	P	Pourcentage des patients diabétiques dont la mesure des C-LDL est ≥2 mmol/l et qui ne prennent pas de statines. [Majumdar <i>et al.</i> , 2005]	2	46,0 %	3	X		X		C
13	DBT08	3	Suivi	P	Pourcentage des patients diabétiques ayant une PA ≥ 130/80 mmHg, dont le dossier fait mention d'une intervention (orientation vers un professionnel de la santé, traitement pharmacologique ou non). [Martirosyan <i>et al.</i> , 2008]	2	87,0 %	4	X		X		B
14	DBT23	3	Suivi	P	Pourcentage des patients diabétiques dont le dossier fait mention d'un examen visuel des pieds à chaque visite de contrôle du diabète. [QOF/BMA, 2009]	2	70,0 %	2	X		X		C

Diabète													
n	Identifiant unique	Dimension du MGMC	Sous-dimension	Type	Libellé [provenance]	Niveau de preuve	% de pertinence des professionnels	Cote de mesurabilité	Sources de mesure				Secteur (Venn)
									Audit	BDA	DME	ENQ	
15	DBT01	3	Diagnostic	P	Pourcentage des patients non diabétiques qui affichent une glycémie à jeun allant de 6,1 mmol/l à 6,9 mmol/l OU dont la glycémie à jeun se situe entre 5,6 et 6,0 et qui présentent un facteur de risque de diabète, auxquels on a prescrit une mesure de la glycémie 2 heures après l'ingestion de 75 g de glucose. [ComExp, 2011]	3	88,0 %	2	X		X		A
16	DBT05	1	Soutien à l'auto-gestion	P	Pourcentage des patients diabétiques dont le plan de traitement a été réévalué par un professionnel de première ligne au cours des 12 mois précédents. [HDC]	3	92,0 %	3	X		X		A
17	DBT06	3	Suivi	P	Pourcentage des patients diabétiques dont le dossier fait mention d'une mesure de la PA au moins 2 fois par année. [QOF/BMA, 2009; EUCID/HCP, 2008; ICIS, 2006a]	3	92,0 %	1	X		X		D
18	DBT09	3	Suivi	P	Pourcentage des patients ayant reçu un nouveau diagnostic de diabète, dont le dossier contient un bilan lipidique dans les 12 mois précédents. [VHA; Wens <i>et al.</i> , 2007; ICIS, 2006a; Majumdar <i>et al.</i> , 2005]	3	83,0 %	1	X		X		D
19	DBT10	3	Suivi	P	Pourcentage des patients diabétiques qui sont traités pour la dyslipidémie, dont le bilan lipidique est effectué chaque année. [EUCID/HCP, 2008]	3	88,0 %	1	X		X		D
20	DBT13	3	Suivi	P	Pourcentage des patients diabétiques dont le taux d'HbA1c est mesuré au moins 2 fois par année. [NCQA; VHA; EUCID/HCP, 2008; ICIS, 2006a; OCDE/Mattke <i>et al.</i> , 2006]	3	92,0 %	1	X		X		D
21	DBT18	3	Suivi	P	Pourcentage des patients diabétiques qui ont obtenu une estimation du TFGe OU de la créatinine sérique au cours des 12 mois précédents. [QOF/BMA, 2009; EUCID/HCP, 2008]	3	86,0 %	1	X		X		D

Diabète													
n	Identifiant unique	Dimension du MGMC	Sous-dimension	Type	Libellé [provenance]	Niveau de preuve	% de pertinence des professionnels	Cote de mesurabilité	Sources de mesure				Secteur (Venn)
									Audit	BDA	DME	ENQ	
22	DBT19	3	Suivi	P	Pourcentage des patients diabétiques soumis au dépistage d'une microalbuminurie au cours des 12 mois précédents. [SIGN, 2010; EUCID/HCP, 2008; Majumdar <i>et al.</i> , 2005]	3	100,0 %	1	X		X		D
23	DBT15	3	Traitement	P	Pourcentage des patients diabétiques n'ayant pas atteint leur cible d'HbA1c 6 mois après le début d'un traitement ou d'un changement de thérapie, chez qui on trouve une modification du traitement. [Martirosyan <i>et al.</i> , 2008; Wens <i>et al.</i> , 2007]	3	78,0 %	4	X	X			A

Tableau 3 Indicateurs pour les maladies respiratoires (asthme, MPOC)

Maladies respiratoires (asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique)														
n	Identifiant unique	Dimension du MGMC	Sous-dimension	Type	Libellé [provenance]	Niveau de preuve	% de pertinence des professionnels	Cote de mesurabilité	Sources de mesure				Secteur (Venn)	
									Audit	BDA	DME	ENQ		
ASTHME														
1	ASM17	3	Sécurité	P	Pourcentage des patients asthmatiques consommant de façon régulière un bronchodilatateur à action rapide. [ComExp, 2011]	1	52,0 %	1		X*	X		F	
2	ASM20	3	Sécurité	P	Pourcentage des patients asthmatiques dont le traitement comporte un bronchodilatateur à longue action (BDLA) en monothérapie. [ComExp, 2011]	1	82,0 %	1	X	X	X		E	
3	ASM09	3	Soutien à l’auto-gestion	P	Pourcentage des patients asthmatiques ayant consulté un éducateur spécialiste de l’asthme ou formé dans ce domaine. [SIGN, 2008; HRSC-HDA]	1	93,0 %	3	X		X	X	B	
4	ASM16	3	Traitement	P	Pourcentage des patients asthmatiques ayant une médication de secours prescrite. [ComExp, 2011]	1	71,0 %	1	X	X	X		F	
5	ASM18	3	Traitement	P	Pourcentage des patients asthmatiques qui ont recours plus de 3 fois par semaine pendant la dernière année à un bronchodilatateur à action rapide et à qui des médicaments de prévention ont été prescrits (exp: corticostéroïde en inhalation). [ICIS, 2006a]	1	89,0 %	1		X*	X		E	
6	ASM19	3	Traitement	P	Pourcentage des patients asthmatiques dont les symptômes ne sont pas maîtrisés par une faible dose de corticostéroïde et ayant une deuxième médication. [ComExp, 2011]	1	61,0 %	3	X	X	X		C	
7	ASM06	3	Soutien à l’auto-gestion	P	Pourcentage des patients asthmatiques à qui un plan d’action individualisé écrit a été remis. [SIGN, 2008]	2	93,0 %	3	X		X	X	B	
8	ASM07	3	Soutien à l’auto-gestion	P	Pourcentage de patients asthmatiques qui ont été évalués par un professionnel de la santé comme utilisant leur plan d’action individualisé. [ComExp, 2011]	2	81,0 %	3	X		X	X	B	

Maladies respiratoires (asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique)

n	Identifiant unique	Dimension du MGMC	Sous-dimension	Type	Libellé [provenance]	Niveau de preuve	% de pertinence des professionnels	Cote de mesurabilité	Sources de mesure				Secteur (Venn)
									Audit	BDA	DME	ENQ	
9	ASM08	4	Suivi	P	Pourcentage des patients asthmatiques dont le plan d'action figure dans le dossier de l'équipe de première ligne. [ComExp, 2011]	2	78,0 %	2	X		X		B
10	ASM12	3	Suivi	P	Pourcentage des patients asthmatiques qui présentent des facteurs aggravants concernant lesquels une intervention visant à réduire ou à cesser l'exposition est documentée. [ComExp, 2011]	2	78,0 %	3	X		X		B
11	ASM01	3	Diagnostic	P	Pourcentage des patients ayant reçu un diagnostic d'asthme qui présentent une mesure objective de l'obstruction bronchique réversible établie par un des tests suivants : • spirométrie (de préférence) • débit de pointe et réversibilité • test de provocation (si débit de pointe, spirométrie normale ou absence de réversibilité). [ICSI, 2010a; QOF/BMA, 2009]	3	96,0 %	2	X		X		A
12	ASM15	1	Soutien à l'auto-gestion	P	Pourcentage des patients asthmatiques dont le dossier fait mention que la technique d'inhalation a été évaluée. [ComExp, 2011]	3	100,0 %	3	X		X		A
13	ASM02	3	Suivi	P	Pourcentage des patients ayant reçu un diagnostic d'asthme, chez qui la maîtrise de l'asthme a été objectivée à chaque visite de contrôle de l'asthme selon les critères du Consensus canadien sur l'asthme. [HRSA-HDC; SIGN, 2008] <i>Test de 30 secondes est l'outil recommandé par les experts.</i>	3	82,0 %	2	X		X	X	A
14	ASM03	5	Suivi	R	Pourcentage des patients ayant reçu un diagnostic d'asthme, ayant fait une visite à l'urgence pour exacerbation de l'asthme dans les 6 mois précédents. [HRSA-HDC, ICIS, 2006a]	3	78,0 %	2	X	X	X	X	A

Maladies respiratoires (asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique)

<i>n</i>	<i>Identifiant unique</i>	<i>Dimension du MGMC</i>	<i>Sous-dimension</i>	<i>Type</i>	<i>Libellé [provenance]</i>	<i>Niveau de preuve</i>	<i>% de pertinence des professionnels</i>	<i>Cote de mesurabilité</i>	<i>Sources de mesure</i>				<i>Secteur (Venn)</i>
									<i>Audit</i>	<i>BDA</i>	<i>DME</i>	<i>ENQ</i>	
15	ASM04	5	Suivi	R	Pourcentage des patients ayant reçu un diagnostic d'asthme ayant été hospitalisés lors d'un épisode asthmatique dans les 12 mois précédents. [ComExp, 2011]	3	100,0 %	2	X	X	X	X	A
16	ASM05	5	Suivi	R	Pourcentage des patients ayant un diagnostic d'asthme, qui ont dû avoir recours à une corticothérapie systémique dans les 12 mois précédents. [ComExp, 2011]	3	89,0 %	3	X	X	X		A
17	ASM10	3	Suivi	P	Pourcentage des patients asthmatiques chez lesquels des facteurs environnementaux potentiellement aggravants ont été dépistés systématiquement. [HRSA-HDC]	3	82,0 %	3	X		X		A
18	ASM11	3	Suivi	P	Pourcentage de patients asthmatiques chez qui le test d'allergie a été pratiqué au moins une fois dans leur vie. [ComExp, 2011]	3	61,0 %	3	X		X		H
19	ASM13	3	Suivi	P	Pourcentage des patients asthmatiques dont le dossier fait état de l'exposition à la fumée secondaire. [ComExp, 2011]	3	93,0 %	2	X		X		A
20	ASM14	3	Suivi	P	Pourcentage des patients asthmatiques chez qui on suspecte une exposition professionnelle, qui sont orientés vers un milieu spécialisé pour diagnostic. [SIGN, 2008]	3	61,0 %	4	X		X		H
21	ASM21	3	Suivi	P	Pourcentage des patients asthmatiques qui effectuent une visite annuelle chez leur médecin. [PCPI/AMA, 2009; QOF/BMA 2009]	3	96,0 %	1	X	X	X	X	D
22	ASM22	3	Suivi	P	Pourcentage des patients avec asthme modérément maîtrisé (une hospitalisation, des corticostéroïdes systémiques, visite à l'urgence) qui effectuent des visites trimestrielles chez leur médecin. [ComExp, 2011]	3	48,0 %	3	X	X	X		H

Maladies respiratoires (asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique)

n	Identifiant unique	Dimension du MGMC	Sous-dimension	Type	Libellé [provenance]	Niveau de preuve	% de pertinence des professionnels	Cote de mesurabilité	Sources de mesure				Secteur (Venn)
									Audit	BDA	DME	ENQ	
23	ASM23	3	Suivi	P	Pourcentage de patients ayant un asthme difficile à maîtriser et qui sont orientés vers un spécialiste. [ComExp, 2011]	3	70,0 %	4	X	X	X		H
MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE													
24	MPO04	3	Soutien à l'auto-gestion	P	Pourcentage des patients atteints de MPOC et ayant des exacerbations plus d'une fois par année nécessitant une corticothérapie systémique, une visite à l'urgence ou une hospitalisation dans l'année ayant accès à un programme d'éducation structuré à visée d'autogestion (plan d'action et gestion de cas spécifique). [ACHS]	1	100,0 %	3	X	X	X		B
25	MPO10	3	Sécurité	P	Pourcentage des patients atteints de MPOC qui suivent un traitement par corticostéroïde en inhalation utilisé seul. [ComExp, 2011]	1	83,0 %	1	X	X	X		E
26	MPO08	3	Suivi	P	Pourcentage de patients ayant un diagnostic de MPOC, qui restent limités malgré un traitement pharmacologique optimal (CRM 3,4 et 5) et qui sont orientés vers un programme de réadaptation. [ComExp, 2011] <i>CRM : échelle de la dyspnée du Conseil de recherches médicales</i>	1	93,0 %	3	X		X	X	B
27	MPO12	3	Traitement	P	Pourcentage des patients atteints de MPOC dont la mesure de l'incapacité basée sur l'échelle de dyspnée du CRM est ≥ 3 et à qui l'on a prescrit au moins 1 bronchodilatateur à longue action. [ComExp, 2011] <i>CRM: Échelle de la dyspnée du Conseil de recherches médicales</i>	1	97,0 %	2	X	X	X		B

Maladies respiratoires (asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique)

n	Identifiant unique	Dimension du MGMC	Sous-dimension	Type	Libellé [provenance]	Niveau de preuve	% de pertinence des professionnels	Cote de mesurabilité	Sources de mesure				Secteur (Venn)
									Audit	BDA	DME	ENQ	
28	MPO13	3	Traitement	P	Pourcentage des patients atteints de MPOC dont la mesure de l'incapacité basée sur l'échelle de dyspnée du CRM est ≥ 3 OU qui présentent plus de 1 exacerbation par année nécessitant un corticostéroïde systémique OU une hospitalisation et qui reçoivent une trithérapie (CSI, BDLA et Tiotropium). [ComExp, 2011] <i>CRM: Échelle de la dyspnée du Conseil de recherches médicales</i>	1	93,0 %	3	X	X	X		B
29	MPO21	3	Suivi	P	Pourcentage des patients atteints de MPOC ayant un VEMS <40% de la valeur prédite, OU un score de CRM de 4 ou 5, OU un IMC < 19, OU une hospitalisation dans la dernière année, dont le dossier fait mention d'une discussion sur les niveaux de soins (fin de vie). [ComExp, 2011] <i>CRM : échelle de la dyspnée du Conseil de recherches médicales</i>	2	82,0 %	4	X				B
30	MPO14	3	Traitement	P	Pourcentage des patients atteints de MPOC ayant une exacerbation (sécrétions plus purulentes) recevant une antibiothérapie. [ComExp, 2011]	2	93,0 %	3	X	X			B
31	MPO01	3	Diagnostic	P	Pourcentage des patients de 35 ans et plus, à risque de MPOC (fumeurs ou ex-fumeurs de tabac ou de marijuana, avec exposition secondaire ou en milieu de travail), ayant des symptômes (toux chronique ou dyspnée), qui ont subi une spirométrie pour diagnostiquer la MPOC. [QOF/BMA, 2009]	3	93,0 %	4	X				A
32	MPO02	3	Diagnostic	P	Pourcentage des patients atteints de MPOC chez lesquels le diagnostic de MPOC est confirmé par une spirométrie. [PCPI/AMA, 2009; QOF/BMA, 2009]	3	100,0 %	2	X		X		A

Maladies respiratoires (asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique)

n	Identifiant unique	Dimension du MGMC	Sous-dimension	Type	Libellé [provenance]	Niveau de preuve	% de pertinence des professionnels	Cote de mesurabilité	Sources de mesure				Secteur (Venn)
									Audit	BDA	DME	ENQ	
33	MPO11	3	Sécurité	P	Pourcentage des patients atteints de MPOC qui suivent un traitement de maintenance par corticostéroïde systémique et qui ne reçoivent pas les soins d'un spécialiste. [ComExp, 2011]	3	66,0 %	2	X	X	X		H
34	MPO06	3	Soutien à l'auto-gestion	P	Pourcentage des patients atteints de MPOC ayant des exacerbations fréquentes et qui suivent un plan d'action individualisé écrit. [ComExp, 2011]	3	97,0 %	3	X		X	X	A
35	MPO07	3	Soutien à l'auto-gestion	P	Pourcentage des patients atteints de MPOC ayant des exacerbations fréquentes qui ont été évalués comme utilisant leur plan d'action individualisé par un des professionnels de la santé amenés à le suivre. [ComExp, 2011]	3	85,0 %	3	X		X	X	A
36	MPO03	3	Suivi	P	Pourcentage des patients atteints de MPOC dont le dossier fait état d'une mesure annuelle de l'incapacité basée sur l'échelle de dyspnée du CRM. [ComExp, 2011] <i>CRM: Échelle de la dyspnée du Conseil de recherches médicales</i>	3	90,0 %	2	X		X		A
37	MPO05	4	Suivi	P	Pourcentage des patients atteints de MPOC ayant des exacerbations fréquentes, dont le plan d'action figure dans le dossier de l'équipe de première ligne. [ComExp, 2011]	3	97,0 %	2	X		X		A
38	MPO09	3	Suivi	P	Pourcentage des patients atteints de MPOC dont le dossier fait état d'une exposition à la fumée secondaire. [ComExp, 2011]	3	90,0 %	2	X		X		A
39	MPO15	3	Suivi	P	Pourcentage des patients atteints de MPOC dont la mesure du VEMS est < 30 % OU dont la mesure de l'incapacité basée sur l'échelle de dyspnée du CRM est > 3 et dont le dossier indique une saturation ou un gaz artériel. [ComExp, 2011] <i>CRM: Échelle de la dyspnée du Conseil de recherches médicales</i>	3	86,0 %	4	X		X		A

Maladies respiratoires (asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique)

<i>n</i>	<i>Identifiant unique</i>	<i>Dimension du MGMC</i>	<i>Sous-dimension</i>	<i>Type</i>	<i>Libellé [provenance]</i>	<i>Niveau de preuve</i>	<i>% de pertinence des professionnels</i>	<i>Cote de mesurabilité</i>	<i>Sources de mesure</i>				<i>Secteur (Venn)</i>
									<i>Audit</i>	<i>BDA</i>	<i>DME</i>	<i>ENQ</i>	
40	MPO16	3	Suivi	P	Pourcentage des patients atteints de MPOC qui sont sous oxygénothérapie à long terme (OTLT), dont le dossier fait mention d'un test de gaz artériel fait entre 3 et 6 mois après le début de l'OTLT. [ComExp, 2011]	3	90,0 %	3	X		X		A
41	MPO17	3	Suivi	P	Pourcentage des patients atteints de MPOC dont le dossier fait mention d'une évaluation de la fréquence et de la sévérité des exacerbations à chaque visite. [QOF/BMA, 2009]	3	75,0 %	2	X		X		A
42	MPO18	3	Suivi	P	Pourcentage des patients atteints de MPOC ayant une spirométrie lors d'exacerbation. [ComExp, 2011]	3	34,0 %	3	X		X		H
43	MPO19	3	Suivi	P	Pourcentage des patients atteints de MPOC soumis à une spirométrie tous les 2 ou 3 ans. [PCPI/AMA, 2009]	3	86,0 %	2	X		X		A
44	MPO20	3	Suivi	P	Pourcentage de patients atteints de MPOC qui sont jeunes OU ayant un diagnostic incertain, des symptômes sévères, une détérioration rapide et qui sont orientés vers un spécialiste. [ComExp, 2011]	3	48,0 %	4	X				H

Tableau 4 Indicateurs pour la prévention

Prévention													
n	Identifiant unique	Dimension du MGMC	Sous-dimension	Type	Libellé [provenance]	Niveau de preuve	% de pertinence des professionnels	Cote de mesurabilité	Sources de mesure				Secteur (Venn)
									Audit	BDA	DME	ENQ	
1	PREV05	3	Habitudes de vie	P	Pourcentage des patients fumeurs ayant reçu du counseling sur l’abandon du tabagisme au cours des 12 mois précédents. [AHRQ, 2011; AAT/Boivin <i>et al.</i> , 2011; PCPI/AMA, 2009; QOF/BMA, 2009; ICIS, 2006a]	1	100,0 %	2	X		X	X	B
2	PREV01	3	Habitudes de vie	P	Pourcentage des patients dont l'IMC et/ou le tour de taille sont documentés dans le dossier dans les 12 mois précédents. [ICSI, 2009b]	2	69,0 %	1	X		X		F
3	PREV02	3	Habitudes de vie	P	Pourcentage des patients obèses ayant reçu des conseils ou qui ont été orientés vers un service au sujet de saines habitudes alimentaires. [AHRQ, 2011; CwF/Davis <i>et al.</i> , 2010; ICIS, 2006a]	2	96,6 %	1	X		X	X	E
4	PREV03	3	Habitudes de vie	P	Pourcentage des patients ayant reçu du counseling sur l’activité physique selon les recommandations canadiennes. [ICIS, 2006a]	2	96,6 %	3	X		X	X	B
5	PREV04	3	Habitudes de vie	P	Pourcentage des patients dont le dossier fait état du statut tabagique. [QOF/BMA, 2009; TOPAS/EPA, 2008]	2	100,0 %	1	X		X		E
6	PREV06	5	Habitudes de vie	R	Pourcentage des patients qui sont fumeurs (dans les 12 derniers mois). [AAT/Boivin <i>et al.</i> , 2011; QOF/BMA, 2009; ICIS, 2006a; OCDE/Mattke <i>et al.</i> , 2006]	2	72,4 %	1	X		X	X	F
7	PREV07	3	Immunisation	P	Pourcentage des patients soumis à la vaccination annuelle contre le virus de la grippe. [HRSA-HDC; HDC; ICSI, 2010a; QOF/BMA, 2009; ICSI, 2009b; PCPI/AMA, 2009]	2	97,7 %	3	X		X	X	B
8	PREV08	3	Immunisation	P	Pourcentage des patients ayant reçu la vaccination antipneumococcique. [HDC; PCPI/AMA, 2009]	3	93,0 %	3	X		X	X	A

TABLEAUX DES INDICATEURS GÉNÉRIQUES

Tableau 5 Indicateurs génériques

Génériques													
n	Identifiant unique	Dimension du MGMC	Sous-dimension	Type	Libellé [provenance]	% de pertinence des professionnels	Cote de pertinence des usagers	Cote de mesurabilité	Sources de mesure				Secteur (Venn)
									Audit	BDA	DME	ENQ	
CENTRÉS SUR LE PATIENT													
1	GEN20	1	Communication	P	Pourcentage des patients qui ont eu des difficultés à être tenus informés, par leur dispensateur de soins de première ligne, des résultats de leurs tests de laboratoire et de radiologie au cours des 12 derniers mois. [ComExp, 2011]	86,2 %	1	3				X	I
2	GEN34	1	Communication	P	Pourcentage des patients qui indiquent que leur pharmacien ne leur a pas parlé des effets indésirables des médicaments qui leur avaient été prescrits au moment de les leur remettre (nouvelles ordonnances seulement), au cours des 12 derniers mois. [ComExp, 2011]	86,2 %	2	3				X	I
3	GEN27	1	Soutien à l'autogestion	P	Pourcentage des patients qui rapportent que leur dispensateur habituel de soins de santé primaires les aide à comprendre l'importance de suivre les conseils médicaux qui leur sont donnés. [TOPAS/EPA, 2008]	86,2 %	3	3				X	I
4	GEN29	1	Soutien à l'autogestion	P	Pourcentage des patients qui rapportent, au cours des 12 derniers mois, avoir activement pris part à l'élaboration d'un programme ou d'un plan de traitement avec leur dispensateur de soins de première ligne. [AHRQ, 2011; AAT/Boivin <i>et al.</i> , 2011; CwF/Davis <i>et al.</i> , 2010; DHCPR/Westert <i>et al.</i> , 2010; TOPAS/EPA, 2008; ICIS, 2006b]	86,2 %	2	1				X	J

Génériques													
n	Identifiant unique	Dimension du MGMC	Sous-dimension	Type	Libellé [provenance]	% de pertinence des professionnels	Cote de pertinence des usagers	Cote de mesurabilité	Sources de mesure				Secteur (Venn)
									Audit	BDA	DME	ENQ	
5	GEN32	1	Soutien à l'autogestion	R	Pourcentage des patients qui maintiennent les changements aux habitudes de vie apportés sur une période d'un an. [ComExp, 2011]	86,2 %	S. O.	3	X		X	X	I
6	GEN26	1	Soutien à l'autogestion	P	Pourcentage des patients auxquels un organisme de soins de santé primaires a fourni des ressources par l'entremise de groupes d'autogestion ou d'autoassistance. [AAT/Boivin et al., 2011; ICIS, 2006b]	82,8 %	2	3				X	I
7	GEN08	1	Accessibilité financière	R	Pourcentage des patients qui ont eu des difficultés à payer les médicaments nécessaires à la prise en charge de leur maladie chronique au cours des 12 derniers mois. [ComExp, 2011]	79,3 %	S. O.	3				X	I
8	GEN24	1	Soutien à l'autogestion	P	Score moyen de l'évaluation des soins pour maladies chroniques par les patients au cours des 12 derniers mois. [AAT/Boivin et al., 2011; ComExp, 2011]	72,7 %	S. O.	1				X	K
9	GEN33	1	Communication	P	Pourcentage des patients qui indiquent que leur dispensateur habituel de soins de 1ère ligne ne leur a pas expliqué les effets indésirables des médicaments au moment où il les a prescrits (nouvelles ordonnances seulement), au cours des 12 derniers mois. [ICIS, 2006b]	69,0 %	2	3				X	L
10	GEN25	1	Soutien à l'autogestion	R	Score moyen d'autoefficacité (self-efficacy) actuelle des patients pour la gestion de leur maladie chronique, telle qu'évaluée par eux-mêmes. [AAT/Boivin et al., 2011; ComExp, 2011]	68,1 %	S. O.	3				X	L
11	GEN10	1	Accessibilité financière	R	Pourcentage des patients qui, pour des raisons financières, n'ont pas reçu les soins ou suivi le plan de traitement recommandé au cours des 12 derniers mois. [CwF/Davis et al., 2010; DHCPR/Westert et al., 2010]	65,5 %	2	1				X	K

Génériques

n	Identifiant unique	Dimension du MGMC	Sous-dimension	Type	Libellé [provenance]	% de pertinence des professionnels	Cote de pertinence des usagers	Cote de mesurabilité	Sources de mesure				Secteur (Venn)
									Audit	BDA	DME	ENQ	
12	GEN16	1	Communication	P	Pourcentage des patients qui indiquent que leur dispensateur habituel de soins de première ligne les encourage toujours ou souvent à poser des questions au sujet de leur maladie chronique. [CwF/Davis <i>et al.</i> , 2010]	61,5 %	2	1				X	K
13	GEN18	1	Communication	P	Score moyen de la communication entre les patients et leur dispensateur habituel de soins de première ligne, telle qu'évaluée par les patients. [AHRQ, 2011; AAT/Boivin <i>et al.</i> , 2011]	56,6 %	3	1				X	K
14	GEN11	1	Accessibilité linguistique	P	Pourcentage des patients qui ont éprouvé des problèmes de langue pour communiquer avec leur dispensateur habituel de soins de première ligne au cours des 12 derniers mois. [AAT/Boivin <i>et al.</i> , 2011; ICIS, 2006b]	55,2 %	4	3				X	L
15	GEN28	1	Soutien à l'autogestion	P	Pourcentage des patients qui rapportent que leur dispensateur habituel de soins de santé primaires leur fournit toujours ou souvent des instructions claires au sujet de leurs symptômes et les situations où ils devraient chercher à consulter un professionnel de la santé. [AAT/Boivin <i>et al.</i> , 2011; CwF/Davis <i>et al.</i> , 2010]	53,6 %	3	1				X	K
16	GEN09	1	Accessibilité financière	R	Pourcentage des patients qui ont eu des difficultés à payer pour les services non médicaux (psychologues, travailleurs sociaux, nutritionnistes, etc.) liés à la prise en charge de leur maladie chronique. [ComExp, 2011]	42,9 %	S. O.	3				X	L

Génériques													
n	Identifiant unique	Dimension du MGMC	Sous-dimension	Type	Libellé [provenance]	% de pertinence des professionnels	Cote de pertinence des usagers	Cote de mesurabilité	Sources de mesure				Secteur (Venn)
									Audit	BDA	DME	ENQ	
17	GEN23	1	Continuité relationnelle	P	Score moyen de la connaissance accumulée qu'ont des patients des autres professionnels de première ligne qu'ils consultent, telle qu'évaluée par les patients (patients indiquant que d'autres professionnels de première ligne jouent un rôle important dans leurs soins de santé seulement). [AAT/Boivin <i>et al.</i> , 2011]	28,6 %	S. O.	1				X	K
18	GEN22	1	Continuité relationnelle	P	Pourcentage des patients indiquant que leur dispensateur habituel de soins de santé primaires est toujours au courant de l'information importante à propos de leur histoire médicale. [CwF/Davis <i>et al.</i> , 2010]	24,0 %	S. O.	1				X	K
19	GEN21	1	Continuité relationnelle	P	Score moyen de la connaissance accumulée des patients qu'a leur dispensateur habituel de soins de première ligne, telle qu'évaluée par les patients. [AAT/Boivin <i>et al.</i> , 2011; ComExp, 2011]	17,9 %	S. O.	1				X	K
20	GEN17	1	Communication	P	Pourcentage des patients qui, au cours de la plupart de leurs visites à leur dispensateur habituel de soins de 1ère ligne, rapportent avoir eu suffisamment de temps pour exprimer leurs sentiments, leurs craintes et leurs inquiétudes concernant la maladie chronique dont ils sont atteints. [DHCPR/Westert <i>et al.</i> , 2010; TOPAS/EPA, 2008; ICIS, 2006b]	13,8 %	2	1				X	K
21	GEN19	1	Communication	P	Pourcentage des patients qui ont eu des difficultés à être tenus informés, par leur dispensateur de soins de première ligne, des résultats de leurs tests de laboratoire et de radiologie au cours des 12 derniers mois. [ComExp, 2011]	86,2 %	2	1				X	K

ACCESSIBLES EN TEMPS OPPORTUNS ET EFFICIENTS

22	GEN06	2	Accessibilité téléphonique	P	Pourcentage des patients qui ont eu des difficultés à joindre par téléphone la clinique de leur dispensateur habituel de soins de première ligne lorsqu'ils ont eu besoin de le voir ou de lui parler au cours des 12 derniers mois. [AAT/Boivin <i>et al.</i> , 2011; CwF/Davis <i>et al.</i> , 2010; TOPAS/EPA, 2008]	96,3 %	2	1				X	J
23	GEN01	2	Accessibilité à la consultation	P	Durée moyenne écoulée, en jours, entre la demande de rendez-vous des patients avec leur dispensateur habituel de soins de 1ère ligne et la date du troisième rendez-vous disponible pour un problème de santé urgent (qui nécessite un traitement rapide) mais mineur. [ICIS, 2006b]	88,9 %	2	2					I
24	GEN02	2	Accessibilité à la consultation	P	Durée moyenne écoulée, en jours, entre la demande de rendez-vous des patients avec leur dispensateur habituel de soins de 1ère ligne et la date du troisième rendez-vous disponible pour des soins de routine non urgents. [ICIS, 2006b]	88,9 %	2	2					I
25	GEN03	2	Accessibilité à la consultation	P	Pourcentage des patients qui ont eu des difficultés à obtenir, de leur dispensateur habituel de soins de première ligne, des soins immédiats pour un problème de santé urgent (qui nécessite un traitement rapide) mais mineur, au cours des 12 derniers mois. [AHRQ, 2011; AAT/Boivin <i>et al.</i> , 2011; DHCPR/Westert <i>et al.</i> , 2010; ICIS, 2006b]	88,9 %	2	1				X	J
26	GEN04	2	Accessibilité à la consultation	P	Pourcentage des patients qui ont eu des difficultés à obtenir, de leur dispensateur habituel de soins de première ligne, les services de suivi de routine ou de soins de santé primaires en rapport avec leur maladie chronique, au cours des 12 derniers mois. [ICIS, 2006b]	88,9 %	2	3				X	I
27	GEN07	2	Accessibilité au renouvellement d'ordonnances	P	Pourcentage des patients qui ont eu des difficultés à obtenir un renouvellement d'ordonnances pour la prise en charge de leur maladie chronique au cours des 12 derniers mois. [ComExp, 2011]	75,9 %	3	3				X	I

28	GEN05	2	Accessibilité à l'information	P	Pourcentage des patients qui ont eu des difficultés à obtenir de leur dispensateur habituel de soins de santé l'information ou les conseils nécessaires sur la santé au cours des 12 derniers mois. [ICIS, 2006b]	63,0 %	2	1				X	K
FONDÉS SUR LES DONNÉES PROBANTES ET SÉCURITAIRES													
29	GEN31	3	Adhésion au traitement	P	Pourcentage des patients qui prennent leurs médicaments indiqués pour une pathologie chronique 80 % du temps ou plus sur une durée de 90 jours, 12 mois après le début du traitement (nouveaux utilisateurs seulement). [ComExp, 2011]	82,8 %	S. O.	2	X	X	X		I
30	GEN30	3	Adhésion au traitement	P	Pourcentage des patients qui prennent leurs médicaments indiqués pour une pathologie chronique 80 % du temps ou plus sur une durée de 90 jours, 6 mois après le début du traitement (nouveaux utilisateurs seulement). [ComExp, 2011]	58,6 %	S. O.	2	X	X	X		L
COORDONNÉS													
31	GEN13	4	Coordination première et deuxième lignes	P	Score moyen de coordination entre le médecin de famille (ou le dispensateur habituel de soins de première ligne) et les médecins spécialistes, telle qu'évaluée par les patients (patients indiquant avoir été orientés vers un médecin spécialiste). [AAT/Boivin <i>et al.</i> , 2011; CwF/Davis <i>et al.</i> , 2010; DHCPR/Westert <i>et al.</i> , 2010]	96,2 %	1	1				X	J
32	GEN14	4	Coordination première et deuxième lignes	P	Pourcentage des patients qui indiquent que l'hôpital a pris des arrangements afin qu'ils aient une consultation de suivi avec un médecin ou un autre professionnel de la santé au moment de leur donner leur congé (patients hospitalisés dans les 12 derniers mois seulement). [CwF/Davis <i>et al.</i> , 2010]	88,0 %	S. O.	1				X	J

33	GEN12	4	Coordination première et deuxième lignes	P	Score moyen de coordination entre le médecin de famille (ou le dispensateur habituel de soins de première ligne) et les autres professionnels de première ligne, telle qu'évaluée par les patients (seulement pour les patients ayant indiqué qu'au moins un autre professionnel de première ligne jouait un rôle important dans leurs soins de santé). [AAT/Boivin <i>et al.</i> , 2011; DHCPR/Westert <i>et al.</i> , 2010]	79,3 %	1	1				X	J
34	GEN15	4	Efficacité du travail d'équipe	P	Score moyen d'efficacité du travail en équipe de l'organisation de première ligne, telle qu'évaluée par les professionnels de l'organisation (y compris le personnel de soutien). [AHRQ, 2011; AAT/Boivin <i>et al.</i> , 2011; TOPAS/EPA, 2008; ICIS, 2006b]	60,7 %	S. O.	2					L
RÉSULTATS/IMPACTS DE SANTÉ													
35	GEN35	5	Hospitalisations	R	Taux global d'hospitalisations reliées à des conditions évitables grâce aux services de première ligne, au cours des 12 derniers mois. [AHRQ, 2011; AAT/Boivin <i>et al.</i> , 2011; DHCPR/Westert <i>et al.</i> , 2010; AIHW, 2009a; AIHW, 2009b; ICIS, 2006b; OCDE/Mattke <i>et al.</i> , 2006]	96,6 %	S. O.	1		X			J
36	GEN36	5	Visites à l'urgence	R	Taux global de visites à l'urgence reliées à des conditions évitables grâce aux services de première ligne, au cours des 12 derniers mois. [AHRQ, 2011; AAT/Boivin <i>et al.</i> , 2011; CwF/Davis <i>et al.</i> , 2010]	93,1 %	S. O.	1		X		X	J
37	GEN37	5	Capacité fonctionnelle	R	Score moyen de capacité fonctionnelle physique des patients atteints de maladie chronique pris en charge à la clinique. [ComExp, 2011]	86,2 %	S. O.	1				X	J
38	GEN38	5	Capacité fonctionnelle	R	Score moyen de capacité fonctionnelle mentale des patients atteints de maladie chronique pris en charge à la clinique. [ComExp, 2011]	86,2 %	S. O.	1				X	J

BIBLIOGRAPHIE

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). National healthcare quality report 2010. Rockville, MD : AHRQ, U.S. Department of Health and Human Services; 2011. Disponible à : <http://www.ahrq.gov/qual/nhqr10/nhqr10.pdf>.
- American College of Cardiology (ACC). American College of Cardiology [site Web]. Washington, DC : ACC; 2012. Disponible à : <http://www.cardiosource.org/acc>.
- American Heart Association (AHA). American Heart Association [site Web]. Dallas, TX : AHA; 2012. Disponible à : <http://www.heart.org/HEARTORG/>.
- American Diabetes Association (ADA). Standards of medical care in diabetes—2010. Diabetes Care 2010;33(Suppl 1):S11-61.
- American Medical Association (AMA). American Medical Association [site Web]. Chicago, IL : AMA; 2012. Disponible à : <http://www.ama-assn.org/>.
- American Medical Association (AMA). Physician Consortium for Performance Improvement® (PCPI) performance measure status report. Chicago, IL : AMA; 2009. Disponible à : <http://www.ama-assn.org/resources/doc/cqi/measures.pdf>.
- Australian Council on Healthcare Standards (ACHS). Australian Council on Healthcare Standards [site Web]. Sydney, Australie : ACHS; 2012. Disponible à : <http://www.achs.org.au/>.
- Australian Institute of Health Welfare (AIHW). Towards national indicators of safety and quality in health care. Support project: A focus on primary health care. Canberra, Australie : AIHW; 2009a. Disponible à : <http://www.health.gov.au/internet/safety/publishing.nsf/Content/con-infostrategy-nationalindicators>.
- Australian Institute of Health Welfare (AIHW). Towards national indicators of safety and quality in health care. Cat. no. HSE 75. Canberra, Australie : AIHW; 2009b. Disponible à : <http://www.aihw.gov.au/publications/hse/hse-75-10792/hse-75-10792.pdf>.
- British Medical Association (BMA) et NHS Employers. Quality and outcomes framework guidance for GMS contract 2009/10. Londres, Angleterre : BMA, NHS Employers; 2009. Disponible à : http://www.bma.org.uk/images/qof0309_tcm41-184025.pdf.
- Burge FI, Bower K, Putnam W, Cox JL. Quality indicators for cardiovascular primary care. Can J Cardiol 2007;23(5):383-8.
- Canadian Cardiovascular Society (CCS). Guidelines for the diagnosis and treatment of dyslipidemia and prevention of cardiovascular disease 2009 [présentation]. Ottawa, ON : CCS; 2009. Disponible à : http://me810111.wikispaces.com/file/view/2009_CCS_Can_Lipid_Guidelines_FIN_AL_slide_kit_ENGLISH.ppt.

- Canadian Hypertension Education Program (CHEP). 2010 CHEP recommendations for the management of hypertension. Markham, ON : CHEP; 2010. Disponible à : <http://www.idocc.ca/documents/Ref36CHEP2010.pdf>.
- Davis K, Schoen C, Stremikis K. Mirror, mirror on the wall: How the performance of the U.S. health care system compares internationally. 2010 update. New York, NY : Commonwealth Fund; 2010. Disponible à : http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2010/Jun/1400_Davis_Mirror_Mirror_on_the_wall_2010.pdf.
- European Practice Assessment (EPA). Easy to use and scientifically developed quality management for general practice. EPA; 2008. Disponible à : http://www.topaseurope.eu/files/EPA-Information-Paper-English-vs11_0.pdf.
- Fox K, Garcia MA, Ardissino D, Buszman P, Camici PG, Crea F, et al. Guidelines on the management of stable angina pectoris: Executive summary. The Task Force on the Management of Stable Angina Pectoris of the European Society of Cardiology. Eur Heart J 2006;27(11):1341-81.
- Fraker TD Jr, Fihn SD, Gibbons RJ, Abrams J, Chatterjee K, Daley J, et al. 2007 chronic angina focused update of the ACC/AHA 2002 guidelines for the management of patients with chronic stable angina: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines Writing Group to develop the focused update of the 2002 guidelines for the management of patients with chronic stable angina. J Am Coll Cardiol 2007;50(23):2264-74.
- Global Initiative for Asthma (GINA). Global strategy for asthma management and prevention. Updated 2010. GINA; 2010. Disponible à : http://www.ginasthma.org/pdf/GINA_Report_2010.pdf.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Updated 2010. GOLD; 2010. Disponible à : http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLDReport_April112011.pdf.
- Health Disparities Collaboratives (HDC). Health Disparities Collaboratives [site Web]. Rockville, MD : HDC; 2012. Disponible à : <http://www.healthcarecommunities.org/>.
- Health Resources and Services Administration (HRSA). Health Resources and Services Administration [site Web]. Rockville, MD : HRSA; 2012. Disponible à : <http://www.hrsa.gov/index.html>.
- Health and Consumer Protection Directorate General (HCP). Final report in European Core Indicators in Diabetes project. Bruxelles, Belgique : European Commission; 2008. Disponible à : http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2005/action1/docs/action1_2005_frep_11_en.pdf.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires : rapport 1, volume 1. Projet d'élaboration d'indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires. Ottawa, ON : ICIS; 2006a. Disponible à : https://secure.cihi.ca/free_products/PHC_Indicator_Report_1_Volume_1_Final_F.pdf.

- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires : rapport 1, volume 2. Projet d'élaboration d'indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires. Ottawa, ON : ICIS; 2006b. Disponible à : https://secure.cihi.ca/free_products/PHC_Indicator_Report_1-Volume_2_Final_F.pdf.
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Diagnosis and management of asthma. Health Care Guideline. 9^e éd. Bloomington, MN : ICSI; 2010a. Disponible à : http://www.icsi.org/asthma__outpatient/asthma__diagnosis_management_of__guideline_.html.
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Hypertension diagnosis and treatment. Health Care Guideline. 13^e éd. Bloomington, MN : ICSI; 2010b. Disponible à : http://www.icsi.org/hypertension_4/hypertension_diagnosis_and_treatment_4.html.
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Lipid management in adults. Health Care Guideline. 11^e éd. Bloomington, MN : ICSI; 2009a.
- Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Stable coronary artery disease. Health Care Guideline. 13^e éd. Bloomington, MN : ICSI; 2009b.
- Kelley E et Hurst J. Health care quality indicators project: Conceptual framework paper. OECD Health Working Papers no 23. Paris, France : Organisation for Economic Co-operation and Development, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs; 2006. Disponible à : <http://www.oecd.org/dataoecd/1/36/36262363.pdf>.
- Kerr EA, Asch SM, Hamilton EG, McGlynn EA. Quality of care for cardiopulmonary conditions: A review of the literature and quality indicators. Santa Monica, CA : RAND Corporation; 2000. Disponible à : http://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1282.html.
- Lougheed MD, Lemiere C, Dell SD, Ducharme FM, Fitzgerald JM, Leigh R, et al. Canadian Thoracic Society Asthma Management Continuum – 2010 Consensus Summary for children six years of age and over, and adults. *Can Respir J* 2010;17(1):15-24.
- Majumdar SR, Johnson JA, Bowker SL, Booth GL, Dolovich L, Ghali W, et al. A Canadian consensus for the standardized evaluation of quality improvement interventions in type 2 diabetes. *Can J Diabetes* 2005;29(3):220-9.
- Martirosyan L, Braspenning J, Denig P, de Grauw WJ, Bouma M, Storms F, Haaijer-Ruskamp FM. Prescribing quality indicators of type 2 diabetes mellitus ambulatory care. *Qual Saf Health Care* 2008;17(5):318-23.
- Mattke S, Kelley E, Scherer P, Hurst J, Gil Lapetra ML, HCQI Expert Group Members. Health care quality indicators project: Initial indicators report. OECD Health Working Papers no 22. Paris, France : Organisation for Economic Co-operation and Development, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs; 2006. Disponible à : <http://www.oecd.org/dataoecd/1/34/36262514.pdf>.

- National Committee for Quality Assurance (NCQA). National Committee for Quality Assurance [site Web]. Washington, DC : NCQA; 2012. Disponible à : <http://www.ncqa.org/>.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). NICE menu of indicators [site Web]. Londres, Angleterre : NICE; 2011. Disponible à : <http://www.nice.org.uk/aboutnice/qof/indicators.jsp>.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Chronic obstructive pulmonary disease: Management of chronic obstructive pulmonary disease in adult in primary and secondary care (full update). Londres, Angleterre : NICE; 2010a. Disponible à : <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/13029/49425/49425.pdf>.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Type 1 diabetes: Diagnosis and management of type 1 diabetes in children, young people and adults. Londres, Angleterre : NICE; 2010b. Disponible à : <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10944/29390/29390.pdf>.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Lipid modification: Cardiovascular risk assessment and the modification of blood lipids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. Londres, Angleterre : NICE; 2010c. Disponible à : <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11982/40689/40689.pdf>.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). CG66 Type 2 diabetes: Full guideline appendices. Londres, Angleterre : NICE; 2008. Disponible à : <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11983/40804/40804.pdf>.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Hypertension: Management of hypertension in adults in primary care. Londres, Angleterre : NICE; 2006. Disponible à : <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG034NICEguideline.pdf>.
- National Quality Forum (NQF). National voluntary consensus standards for ambulatory care: A consensus report. Washington, DC : NQF; 2008. Disponible à : http://www.qualityforum.org/Publications/2008/03/National_Voluntary_Consensus_Standards_for_Ambulatory_Care%E2%80%93Part_1.aspx (Part 1) ; http://www.qualityforum.org/Publications/2008/03/National_Voluntary_Consensus_Standards_for_Ambulatory_Care%E2%80%93Part_2.aspx (Part 2).
- O'Donnell DE, Hernandez P, Kaplan A, Aaron S, Bourbeau J, Marciniuk D, et al. Canadian Thoracic Society recommendations for management of chronic obstructive pulmonary disease – 2008 update – highlights for primary care. *Can Respir J* 2008;15(Suppl A):1A-8A.
- Rydén L, Standl E, Bartnik M, Van den Berghe G, Betteridge J, de Boer MJ, et al. Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases: Full text. The Task Force on Diabetes and Cardiovascular Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for the Study of Diabetes (EASD). *Eur Heart J Suppl* 2007;9(Suppl C):C3-C74.

- Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, Appel LJ, Bray GA, Harsha D, et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. *N Engl J Med* 2001;344(1):3-10.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of diabetes. Edimbourg, Écosse : SIGN; 2010. Disponible à : <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign116.pdf>.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of stable angina. Édimbourg, Écosse : SIGN; 2007. Disponible à : <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign96.pdf>.
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) et British Thoracic Society (BTA). British guideline on the management of asthma: A national clinical guideline. Édimbourg, Écosse : SIGN; 2008. Disponible à : <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign101.pdf>.
- Veterans Health Administration (VHA). Veterans Health Administration [site Web]. Washington, DC : VHA; 2012. Disponible à : <http://www.va.gov/>.
- Wagner EH. Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? *Eff Clin Pract* 1998;1(1):2-4.
- Watson K, Fung CH, Budoff M. Quality indicators for the care of ischemic heart disease in vulnerable elders. *J Am Geriatr Soc* 2007;55(Suppl 2):S366-72.
- Wens J, Dirven K, Mathieu C, Paulus D, Van Royen P. Quality indicators for type-2 diabetes care in practice guidelines: An example from six European countries. *Prim Care Diabetes* 2007;1(1):17-23.
- Westert GP, van den Berg MJ, Zwakhals SLN, Heijink R, de Jong JD, Verkleij H. Dutch health care performance report 2010. Bilthoven, Pays-Bas : National Institute for Public Health and the Environment; 2010. Disponible à : http://www.gezondheidszorgbalans.nl/object_binary/o10298_dhCPR2010.pdf.