

DIRECTION DE SANTÉ
PUBLIQUE DE LA
MONTÉRÉGIE

*Évaluation d'une démarche de
systématisation des soins
appliquée à l'hypertension
artérielle dans les groupes de
médecine de famille
de la Montérégie*

Propager
LA SANTÉ

Auteurs

Stéphane Groulx, M.D., FCMF, équipe pratiques cliniques préventives
Jean Beaudry, M.A. Psy., secteur Planification, Évaluation-Recherche
Yves Fillion, R.D., MBA, agent de recherche
Julie Dufort, M.D., M Sc., FRCPC, équipe pratiques cliniques préventives

Technicienne de recherche

Nathalie Bernier, secteur Planification, Évaluation-Recherche

Secrétariat et mise en page

Manon Lévesque
Louise Marchitello

Comité de lecture du rapport

Huguette Bélanger
Irma Clapperton
Catherine Risi
Hawa Sissoko

Comité d'orientation et de suivi du projet

Ginette Lafontaine
Julie Lajeunesse
Christine Pakenham

Comité de révision scientifique du projet

Ginette Lafontaine
Julie Loslier
Danièle Roberge

N.B. Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

La traduction et la reproduction totales ou partielles de ce document sont autorisées à la condition que la source soit mentionnée. La référence suivante est proposée :

Groulx S., J. Beaudry, Y. Fillion et J. Dufort. *Évaluation d'une démarche de systématisation des soins appliquée à l'hypertension artérielle dans les groupes de médecine de famille de la Montérégie*. Longueuil, Direction de santé publique, de la recherche et de l'évaluation, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2014, 113 p.

ISBN : 978-2-89342-638-9 (version imprimée)

ISBN : 978-2-89342-639-6 (version PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

Ce document et ses annexes sont disponibles :

- Au centre de documentation de l'Agence – 1255, rue Beauregard, Longueuil, QC J4K 2M3;
- Sur l'Extranet de l'Agence : <http://extranet.santemonteregie.qc.ca>

Le *Guide d'implantation d'un système de soins appliqué au dépistage et au suivi de l'hypertension artérielle en milieu clinique*, dont la mise en œuvre et les retombées sont évaluées dans ce rapport, peut être consulté sur le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec : [Guide HTA](#)

**À NOTER QUE LES ANNEXES QUI ACCOMPAGNENT CE RAPPORT
FONT L'OBJET D'UNE PUBLICATION DISTINCTE**

REMERCIEMENTS

Les défis présentés par cette étude sur le plan de la conception, de la collecte et de l'interprétation des données n'auraient pu être relevés sans le soutien précieux de nombreuses personnes, dont nous désirons souligner la contribution.

Ainsi au ministère, madame Christine Pakenham a permis l'appui financier indispensable au projet et accompagné la démarche jusqu'à sa conclusion par des questions et commentaires pertinents. À la direction de santé publique, de l'évaluation et de la recherche de l'Agence, docteure Julie Dufort a donné le coup d'envoi au projet et madame Ginette Lafontaine y a grandement contribué par un soutien constant sur les plans stratégique, logistique, scientifique et rédactionnel.

La conception de l'étude a largement profité des conseils éclairés des comités spécialement mis sur pied à l'Agence, ainsi que du Comité d'éthique de la recherche du Centre de recherche de l'Hôpital Charles-Le Moyne.

Nos remerciements les plus chaleureux vont ensuite aux médecins, infirmières et adjointes administratives des GMF expérimentaux et témoins, qui ont accepté de répondre à nos questions et nous ont généreusement donné accès à des données sensibles, nous faisant toute confiance dans l'utilisation projetée.

Madame Manon Lévesque a effectué un travail minutieux dans la mise en page du protocole initial, puis dans le laborieux processus de suivi et de relance de la participation des médecins traitants et des patients. Nous tenons à remercier également madame Nathalie Bernier pour son efficacité dans le traitement des données et madame Louise Marchitello pour la mise en page du rapport.

Ce document, ses conclusions et les pistes d'action proposées ont fait l'objet d'un important processus de révision par l'équipe régionale des pratiques cliniques préventives (les docteurs Huguette Bélanger, Julie Dufort, Catherine Risi et madame Hawa Sissoko), ainsi que par les docteurs Irma Clapperton et Julie Loslier, que nous remercions de leurs commentaires. Grâce à toutes ces contributions, nous espérons mieux répondre aux attentes des intervenants qui, au niveau national, régional, local ou des milieux cliniques, s'intéressent à une meilleure prévention et gestion des maladies chroniques.

Les auteurs.

MOT DU DIRECTEUR

Malgré des progrès récents dans le contrôle de l'hypertension artérielle, le dépistage et la prise en charge de ce facteur de risque cardiovasculaire crucial demeurent sous optimaux. Afin d'aider les cliniciens à revoir l'organisation de leurs services en lien avec l'hypertension, la Direction de santé publique de la Montérégie soutient, depuis 2007, l'implantation d'un système de soins inspiré des meilleures pratiques.

Compte tenu de l'aspect novateur de la démarche et de l'importance des efforts qui y sont consacrés, nous avons jugé indispensable d'évaluer son implantation dans différents groupes de médecine de famille de la Montérégie, ainsi que ses effets sur l'intégration des pratiques préventives dans ces milieux cliniques. Cette évaluation avait pour but premier de dégager des avenues d'amélioration de la démarche de systématisation des soins, afin de mieux soutenir son implantation. Bien que l'étude constate que l'implantation du système de soins n'a été que partielle jusqu'à maintenant, les cliniciens rencontrés rapportent un haut niveau de satisfaction à son égard et apprécient les bienfaits observés tant sur la collaboration interprofessionnelle que sur la qualité, l'efficacité et l'efficience des soins. L'évaluation des effets révèle, quant à elle, que les cliniciens qui ont implanté le système de soins se conforment davantage aux recommandations des experts canadiens pour plusieurs pratiques de dépistage, de diagnostic et d'évaluation du risque cardiovasculaire.

Les résultats sont donc très encourageants et devraient inciter les parties concernées, à tous les niveaux, à explorer les pistes d'action proposées pour mieux soutenir l'implantation d'un tel système de soins. Ces pistes concernent la simplification de la démarche, la précision des rôles des niveaux central, régional et local ainsi qu'un développement soutenu de l'interdisciplinarité au niveau des milieux cliniques. Cet effort collectif d'amélioration de la qualité des soins pourrait avoir un impact important sur la santé de notre population.

Bonne lecture,

A handwritten signature in blue ink that reads "Alain Poirier".

Alain Poirier, M.D., M. Sc., FRCPC

TABLE DES MATIÈRES

1	CONTEXTE.....	9
1.1	LA STRATÉGIE D'ACTION DES PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES.....	9
1.2	LA SYSTÉMISATION DES SOINS PRÉVENTIFS	10
1.3	L'ACCOMPAGNEMENT ET LA FACILITATION DE L'INTÉGRATION DES PCP : LE MODÈLE MONTÉRÉGIE.....	11
1.4	LE GUIDE DE SYSTÉMISATION APPLIQUÉE À L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE	12
2	MÉTHODOLOGIE.....	14
2.1	BUT ET OBJECTIFS.....	14
2.2	LA DÉMARCHE D'ÉVALUATION.....	14
2.3	L'ÉVALUATION DE LA MISE EN ŒUVRE DU SYSTÈME DE SOINS	16
2.3.1	<i>Sélection des GMF pour l'évaluation de processus</i>	<i>16</i>
2.3.2	<i>Collecte des données sur la mise en œuvre : aspects à documenter</i>	<i>16</i>
2.3.3	<i>Méthodes et outils de collecte des informations</i>	<i>18</i>
2.3.4	<i>Saisie et analyse des données issues de l'évaluation de processus</i>	<i>19</i>
2.4	L'ÉVALUATION DES EFFETS DE LA SYSTÉMISATION DES SOINS SUR LES PRATIQUES CLINIQUES	20
2.4.1	<i>Sélection des GMF et recrutement des patients</i>	<i>20</i>
2.4.2	<i>Évaluation des pratiques cliniques.....</i>	<i>21</i>
2.4.3	<i>Collecte et traitement des données : enquête téléphonique et audit de dossiers</i>	<i>21</i>
2.4.4	<i>Plan d'analyse des données : stratégies</i>	<i>23</i>
2.4.5	<i>Considérations éthiques.....</i>	<i>23</i>
3	RÉSULTATS	25
3.1	ANALYSE DE L'IMPLANTATION.....	25
3.1.1	<i>Motivations des parties prenantes (Cohen : Motivation of key stakeholders)</i>	<i>25</i>
3.1.2	<i>Description et environnement des GMF</i>	<i>26</i>
3.1.3	<i>Ressources du GMF pouvant soutenir le changement (Cohen : Resources for change)</i>	<i>26</i>
3.1.4	<i>Collaboration interprofessionnelle au GMF.....</i>	<i>27</i>
3.1.5	<i>Motivateurs externes (Cohen : External motivators).....</i>	<i>28</i>
3.1.6	<i>Opportunités de changement et co-interventions (Cohen : Opportunities for change).....</i>	<i>29</i>
3.1.7	<i>Implantation du système de soins</i>	<i>30</i>
3.1.8	<i>Satisfaction concernant le processus.....</i>	<i>34</i>
3.1.9	<i>Effets du système de soins perçus par les cliniciens.....</i>	<i>35</i>
3.2	ANALYSE DES EFFETS SUR LES PRATIQUES	35
3.2.1	<i>Caractéristiques des patients.....</i>	<i>36</i>
3.2.2	<i>Effet global de l'intervention sur les pratiques (effet global)</i>	<i>37</i>
3.2.3	<i>Effet de l'infirmière de GMF sur les pratiques (effet infirmière)</i>	<i>43</i>
3.2.4	<i>Effet de l'application du système de soins sur les pratiques (effet système)</i>	<i>44</i>
3.2.5	<i>Effet de l'informatisation des dossiers sur les pratiques (effet DMÉ)</i>	<i>44</i>
4	DISCUSSION	46
4.1	INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS.....	46
4.1.1	<i>Implantation du système de soins</i>	<i>46</i>
4.1.2	<i>Effet sur les pratiques</i>	<i>49</i>
4.2	FORCES DE L'ÉTUDE	51
4.3	LIMITES DE L'ÉTUDE	52

5	CONCLUSION	54
6	PISTES D’ACTION	55
6.1	SYSTÈME DE SOINS HTA	55
6.2	FACILITATION ET ACCOMPAGNEMENT.....	55
6.3	NOUVELLES AVENUES POUR L’ÉVALUATION D’UN SYSTÈME DE SOINS	56
7	RÉFÉRENCES	58

LISTE DES FIGURES ET DES TABLEAUX

FIGURE 1 - MODÈLE MONTRÉGIEN DE PROMOTION ET DE SOUTIEN DES PRATIQUES CLINIQUES PRÉVENTIVES	12
FIGURE 2 - MODÈLE COMPOSITE POUR LA SAISIE ET L’ANALYSE DES DONNÉES DE L’ÉVALUATION DE PROCESSUS.....	17
TABLEAU 1 - PRINCIPALES COMPOSANTES DE L’ÉVALUATION DE LA SYSTÉMISATION DES SOINS APPLIQUÉE À L’HTA	15
TABLEAU 2 - DISTRIBUTION DE L’ÉCHANTILLON FINAL DE PATIENTS SELON LEUR GROUPE D’APPARTENANCE ET LEUR STATUT HTA.....	22
TABLEAU 3 - RÉALISATION DES ACTIVITÉS SELON LE GMF D’APPARTENANCE.....	31
TABLEAU 4 - UTILISATION DES OUTILS SELON LE GMF D’APPARTENANCE	33
TABLEAU 5 - CARACTÉRISTIQUES DES GMF EXPÉRIMENTAUX ET TÉMOINS POUR L’ANALYSE DES EFFETS SUR LES PRATIQUES....	35
TABLEAU 6 - CARACTÉRISTIQUES DES PATIENTS PARTICIPANTS ET TYPE DE DOSSIER MÉDICAL AUDITÉ	37
TABLEAU 7 - DÉPISTAGE ET DIAGNOSTIC DE L’HYPERTENSION	39
TABLEAU 8 - ÉVALUATION DU RISQUE CARDIOVASCULAIRE	40
TABLEAU 9 - COUNSELLING SUR LES HABITUDES DE VIE ET AUTRES INTERVENTIONS PRÉVENTIVES	42
TABLEAU 10 - DISTRIBUTION DES PATIENTS RENCONTRÉS PAR L’INFIRMIÈRE ENTRE LES DIFFÉRENTS GROUPES ÉTUDIÉS.....	43

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

ASSSM : Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie

Bp TRU : Marque déposée d'appareil de mesure automatisée de la tension artérielle

CÉR : Comité d'éthique de la recherche du Centre de recherche de l'Hôpital Charles-Le Moyne

CLSC : Centre local de services communautaires

CoMPAS : Collectif pour les Meilleures Pratiques et l'Amélioration des Soins et services en médecine de famille

CR-HCLM : Centre de recherche de l'Hôpital Charles-Le Moyne

CSSS : Centre de santé et de services sociaux

DAMUPP : Direction des affaires médicales, universitaires et des partenariats professionnels de l'ASSSM

DMÉ : Dossier médical électronique

DRMG : Département régional de médecine générale de l'ASSSM

DOSOR : Direction de l'organisation des services et des opérations réseau de l'ASSSM

DSPRÉ : Direction de santé publique, de la recherche et de l'évaluation de l'ASSSM

ÉCG : Électrocardiogramme

ETP : Équivalent temps plein

GMF : Groupe de médecine de famille

GMFe : GMF expérimental

GMFt : GMF témoin

HTA : Hypertension artérielle

ICPC : infirmière-conseil en prévention clinique

IPS : Infirmière praticienne spécialisée

MAPA : monitoring ambulatoire de la pression artérielle

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Patients HTA : Patients hypertendus

Patients nHTA : Patients non hypertendus

PAL : Plan d'action local

PAR : Plan d'action régional

PDP : Plan de développement professionnel de l'infirmière-conseil en prévention clinique

PCP : Pratiques cliniques préventives

PECH : Programme éducatif canadien sur l'hypertension

PNSP : Programme national de santé publique

PPIP : *Put Prevention Into Practice*

RLS : Réseau local de services

STEP-UP : *Study To Enhance Prevention by Understanding Practice*

UMF : Unité de médecine familiale

1 CONTEXTE

La présente étude a été conçue pour documenter l'implantation et les effets sur les pratiques cliniques d'une démarche de systématisation des soins en hypertension artérielle (HTA) dans les groupes de médecine de famille (GMF) de la Montérégie. Cette démarche s'appuie sur le *Guide d'implantation d'un système de soins appliqué au dépistage et au suivi de l'hypertension artérielle en milieu clinique* (1), publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) en 2008 et ci-après nommé *Guide HTA*. En Montérégie où il a d'abord été expérimenté, le *Guide HTA* fait l'objet depuis 2007 d'une promotion et d'un soutien de la part de professionnels de santé publique aux niveaux régional et local.

De nombreuses parties prenantes s'intéressent aux tenants et aboutissants de cette expérience. Ainsi au niveau local, les centres de santé et de services sociaux (CSSS) et les milieux cliniques de première ligne qu'ils soutiennent cherchent à intégrer de tels systèmes de soins pour augmenter leur performance. Au niveau régional, l'équipe des pratiques cliniques préventives (PCP) de la Direction de santé publique, de la recherche et de l'évaluation (DSPRÉ) de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (ASSSM) a conçu des guides de systématisation pour d'autres PCP prioritaires (abandon du tabagisme et activité physique) et désire s'appuyer sur les résultats de la présente étude pour mieux évaluer la pertinence et la faisabilité de la démarche, ou le cas échéant la modifier pour mieux implanter de tels systèmes de soins. D'autres directions de l'ASSSM, telles la Direction des affaires médicales, universitaires et des partenariats professionnels (DAMUPP), la Direction de l'organisation des services et des opérations réseau (DOSOR) et le Département régional de médecine générale (DRMG) voient des applications de ce modèle dans la gestion des maladies chroniques. Au niveau provincial, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) qui a parrainé le *Guide HTA* et subventionné cette étude, ainsi que les autres régions du Québec qui ont expérimenté à divers degrés la démarche de systématisation, attendent les conclusions et les recommandations de ce rapport avant d'aller plus loin dans la mise en œuvre de cette stratégie.

Pour bien comprendre le cheminement de cette intervention de santé publique auprès des cliniciens, le lecteur doit d'abord se familiariser avec la stratégie des PCP, les concepts de systématisation, d'accompagnement et de facilitation utilisés, ainsi qu'avec le contenu du *Guide HTA*.

1.1 La stratégie d'action des pratiques cliniques préventives

L'intégration de pratiques préventives au travail quotidien des professionnels de la santé constitue un défi constant : trop souvent, le préventif est laissé pour compte au profit du curatif. Travailler en amont du continuum des soins constitue pour les cliniciens un changement de paradigme, les résultats de l'action préventive prenant parfois beaucoup de temps à se manifester et résultant souvent en un non-événement (ex. : accident vasculaire évité). De nombreux obstacles reliés aux patients, aux professionnels et à l'organisation des soins expliquent les résultats sous optimaux de la prévention en clinique. Ainsi les croyances ou valeurs des patients, leurs habitudes et dépendances, le manque de soutien de leur entourage ou un environnement défavorable peuvent nuire à l'adoption de comportements bénéfiques pour la santé. Pour leur part, les médecins méconnaissent souvent les guides de pratique proposés par les experts ou les jugent peu crédibles, inadaptés ou contradictoires. Enfin l'organisation des soins n'arrive pas toujours à fournir aux cliniciens l'information à jour, la

formation, les outils, les ressources, le temps professionnel ou la rémunération nécessaires à l'accomplissement de la mission préventive (2)

Suite au rapport de la Commission Clair (3) et à la promulgation de la Loi sur la santé publique (4), le *Programme national de santé publique* (PNSP) 2003-2012, mis à jour en 2008 (5), a retenu comme stratégie d'action de promouvoir et soutenir le recours aux pratiques cliniques préventives (PCP). Ces dernières se définissent comme l'ensemble des interventions que réalise individuellement un professionnel de la santé auprès d'un patient afin de promouvoir la santé ou à prévenir les maladies, blessures et problèmes psychosociaux. Les PCP incluent le counselling sur les habitudes de vie et les comportements sains et sécuritaires, le dépistage des maladies asymptomatiques ou des facteurs de risque, l'immunisation et la prescription de médicaments à visée préventive (2). Afin d'améliorer la performance du système de santé, le Commissaire à la santé et au bien-être (6) recommandait plus récemment que des PCP soient optimisées dans les milieux de soins de première ligne et que la promotion de la santé et la prévention soient intégrées dans les modèles de gestion des maladies chroniques.

Près de trente PCP sont actuellement proposées dans le PNSP. Puisqu'il est difficile de promouvoir et soutenir simultanément l'implantation d'interventions aussi nombreuses, complexes et diversifiées, l'équipe régionale PCP a concentré ses priorités sur certaines d'entre elles, sur la base de leur importance pour la santé publique, de leur efficacité démontrée et de leur faisabilité régionale. Pour ces PCP, qui incluent le dépistage et le suivi de l'hypertension artérielle, l'équipe PCP a développé une *offre de soutien régionale* en prévention clinique (7). Par ailleurs, afin de maximiser l'intégration des PCP, l'équipe a ciblé les milieux cliniques qui présentent des conditions favorables à la prévention, notamment par la présence d'équipes réunissant médecins et infirmières. Il s'agit des groupes de médecine de famille (GMF), des unités de médecine familiale (UMF) et des centres locaux de services communautaires (CLSC) représentant la mission de première ligne des CSSS. Ces milieux cliniques sont invités à choisir « à la carte » les PCP qu'ils désirent intégrer, avec le soutien de la santé publique.

1.2 La systématisation des soins préventifs

La démarche de systématisation qui fait l'objet de la présente évaluation est une adaptation québécoise du programme états-unien *Put prevention into practice* (PPIP) (8). Le programme PPIP définit un système de soins comme : « ...un processus qui intègre les rôles des membres du personnel, les responsabilités et divers outils dans la dispensation courante des soins préventifs. Dans un système, les responsabilités individuelles sont définies, le déroulement des activités est spécifié et la performance est mesurée. Un système doit avoir un propriétaire ou champion : quelqu'un qui prendra la responsabilité de son implantation et de sa surveillance» (Frame, 2000, traduction libre). Plusieurs des obstacles à l'intégration de la prévention peuvent être surmontés par la mise en place d'une procédure de systématisation des soins (9). Parmi les études qui se sont intéressées aux effets de la mise en place du programme PPIP sur le nombre d'interventions préventives, celles réalisées par Gottlieb (10), Melnikow (11) et Tyler (12) ont pu démontrer un accroissement du nombre de tests de dépistage ainsi que des taux d'immunisation, après des périodes variant de 6 à 39 mois. Dans les deux études qui n'ont pas été en mesure de reproduire ces résultats (13, 14), une implantation déficiente de l'intervention serait fort possiblement en cause. Ainsi, McVea (13) a observé une sous-utilisation du matériel et des outils du PPIP dans les cliniques qui en avaient fait l'acquisition. Les auteurs concluent que l'implantation du programme pourrait être « facilitée » par une intervention de soutien externe.

1.3 L'accompagnement et la facilitation de l'intégration des PCP : le modèle montérégien

Le programme *Study to enhance prevention by understanding practice* (STEP-UP)(15) fournit ce soutien par l'entremise d'une infirmière *facilitatrice* qui se rend à la clinique afin d'évaluer les besoins et intérêts du milieu en matière de pratiques préventives et qui, par la suite, effectue des visites régulières de suivi afin d'aider le milieu à implanter les procédures et outils sélectionnés. Dans deux études qui se sont intéressées aux effets du programme STEP-UP, un accroissement significatif dans les taux de dépistage et de counselling sur les habitudes de vie est observé après 12 mois dans les cliniques du groupe expérimental (16). Ces améliorations se maintiennent après 24 mois dans la recherche de Stange (17). Soulignons que dans ces études, les cliniques des groupes expérimental et témoin ont toutes reçu le matériel du programme STEP-UP, mais seules celles du premier groupe ont eu accès au soutien de l'infirmière facilitatrice pour l'implanter.

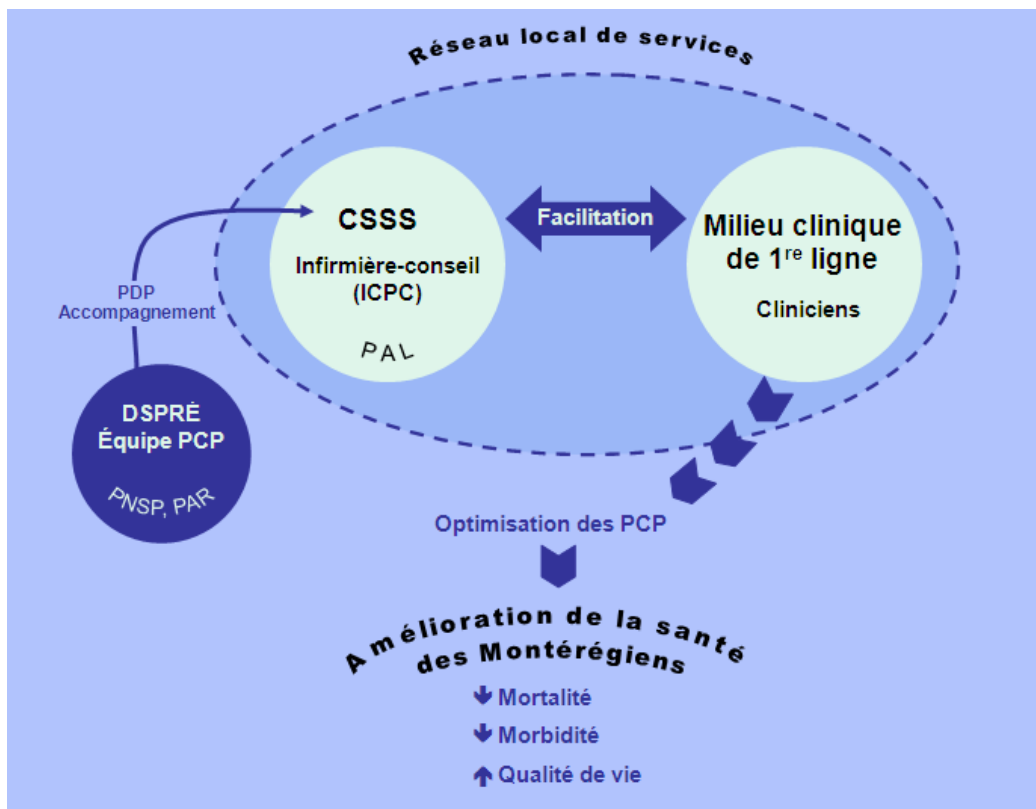
Dans une recension concernant l'efficacité des stratégies de promotion et de soutien des PCP(18), la facilitation et la systématisation sont présentées comme une seule et même stratégie, celle du « système de bureau sur mesure - facilitation », qui s'effectue par l'intermédiaire d'un facilitateur. Celui-ci travaille avec les professionnels dans leur milieu clinique afin de soutenir leur démarche de changement de pratique. La stratégie « système de bureau sur mesure - facilitation » comporte plusieurs étapes : l'appréciation des pratiques préventives actuelles, la détermination d'objectifs en lien avec l'intégration des PCP, la planification et l'implantation des moyens et outils pertinents à l'atteinte de ces objectifs ainsi que l'évaluation du changement effectué dans les pratiques suite à la réalisation de la démarche. Elle peut mener à l'utilisation d'autres stratégies (audit et feedback, système de rappel, matériel éducatif, formation continue, etc.), concourant à la réalisation d'une intervention multifacettes, reconnue plus efficace.

Combinée à l'implantation d'un système de soins (aussi appelée systématisation des soins) la facilitation peut augmenter l'efficacité et la qualité des services préventifs (16), (10), (19), assurer l'harmonisation des soins et accroître la satisfaction des professionnels et des patients (20, 21). Une méta-analyse de 23 études sur la facilitation (22) démontre que les milieux cliniques de première ligne soutenus par la facilitation sont 2,76 fois plus enclins à adopter les guides de pratique clinique préventive proposés. Ce résultat est toutefois proportionnel à l'intensité de la facilitation ainsi qu'à l'effort consacré à s'adapter aux besoins du milieu clinique, et inversement proportionnel au nombre de milieux visités par le facilitateur.

En Montérégie, la stratégie de facilitation, qui est en implantation depuis 2007, est confiée à des *infirmières-conseils en prévention clinique* (ICPC), attachées aux CSSS. Celles-ci travaillent en étroite collaboration (tandem) avec un accompagnateur de l'équipe régionale PCP de la DSPRÉ. Cet accompagnement se définit comme : « Une relation de collaboration entre la DSPRÉ et les CSSS, où un professionnel de l'équipe PCP utilise ses ressources personnelles (connaissances, expérience, etc.) et professionnelles (outils, formations, collègues, etc.) pour aider l'infirmière-conseil en prévention clinique à mobiliser ses propres ressources et à développer son autonomie dans le but d'optimiser l'implantation des PCP dans les milieux de première ligne situés sur son territoire de CSSS »(23).

La figure 1 illustre le modèle montérégien de promotion et de soutien des PCP. Il est fondé sur un accompagnement régional des ICPC par l'équipe PCP de la DSPRÉ et sur la facilitation locale auprès des milieux cliniques de chaque territoire de CSSS.

Figure 1 - Modèle montérégien de promotion et de soutien des pratiques cliniques préventives



LÉGENDE : PAL : Plan d'action local de santé publique PAR : Plan d'action régional de santé publique
PDP : Plan de développement professionnel des infirmières-conseils en prévention clinique

1.4 Le guide de systématisation appliquée à l'hypertension artérielle

Parmi les PCP de l'offre de soutien régionale en prévention clinique (7), le dépistage et le suivi de l'hypertension artérielle ont retenu immédiatement l'attention des cliniciens de première ligne en Montérégie, en raison du grand nombre de patients présentant ce facteur de risque cardiovasculaire et de l'importance de la morbidité et de la mortalité associées. En effet, en 2006-2007, on estimait que plus de 1 300 000 Québécois (21,8 %) en étaient atteints (24). C'est à l'initiative du MSSS que ce guide a été développé puis validé par des groupes de discussion réunissant une quarantaine de médecins et infirmières de GMF de plusieurs régions du Québec.

Le *Guide HTA* propose aux milieux cliniques de première ligne une démarche en six étapes :

1. Passer à l'action : l'heure des choix;
2. Établir le portrait des pratiques actuelles;
3. Élaborer un protocole de soins préventifs;
4. Planifier la prestation des services;
5. Bien s'outiller pour bien travailler;
6. Réexaminer, réajuster, peaufiner.

Le *Guide* propose également de nombreux outils, dont certains permettent à l'ICPC et aux cliniciens de soutenir les différentes tâches et activités prévues (étapes 1, 2, 3, 4 et 6), tandis que ceux de l'étape 5 sont destinés davantage aux professionnels ou à leurs patients.

La systématisation engage un groupe de personnes dans une démarche (étape 1), établit une façon de faire commune avec tous (étape 3), questionne la distribution des tâches (étape 4), harmonise l'information aux patients et aux cliniciens par des outils communs (étape 5) et permet une réflexion sur les pratiques cliniques et les façons de les améliorer (étapes 2 et 6). Chaque étape comporte des tâches et activités spécifiques ainsi que des outils proposés pour les réaliser. Dans une approche sur mesure, les cliniciens sont libres de passer outre ou inverser certaines étapes. Toutefois, les étapes 1 et 3 sont incontournables pour pouvoir affirmer qu'il y a implantation de la démarche. Dans le cas de l'HTA, la démarche vise à optimiser : 1- le dépistage (mesure systématique de la pression artérielle); 2- le diagnostic; 3- l'évaluation du risque cardiovasculaire; 4- le traitement et 5- le suivi de l'hypertension artérielle par les professionnels des GMF. Les changements des pratiques cliniques en ce sens font l'objet de notre évaluation des effets.

2 MÉTHODOLOGIE

2.1 But et objectifs

Le but visé est d'en arriver à une connaissance étoffée et nuancée de l'implantation et des effets de la démarche de systématisation des soins appliquée à l'HTA dans les GMF de la Montérégie.

Les objectifs sont :

Par l'étude de cas de cinq GMF, différents par leur taille, leur localisation et leur historique d'implantation :

1. Documenter la réalisation des six étapes de la démarche de systématisation ainsi que des tâches et activités afférentes à chacune.
2. Identifier les conditions qui favorisent ou nuisent à l'implantation de la démarche de systématisation.
3. Apprécier la collaboration interprofessionnelle, les effets perçus par les cliniciens concernant les soins et leur satisfaction quant à la démarche.

Par le questionnaire téléphonique d'un échantillon de patients et l'examen de leurs dossiers médicaux dans deux GMF expérimentaux (avec implantation de la démarche de systématisation) et deux GMF témoins (sans implantation) :

4. Comparer la conformité des pratiques de dépistage, de diagnostic, d'évaluation et de traitement de l'HTA des GMF expérimentaux et témoins avec les recommandations du Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH)(25)

2.2 La démarche d'évaluation

Afin d'atteindre les objectifs 1 à 3 de l'étude, on a eu recours à une évaluation de processus (26). L'utilisation de ce type d'évaluation est particulièrement indiquée lorsqu'il s'agit d'un programme relativement nouveau et que les concepteurs ou gestionnaires désirent obtenir une rétroaction sur sa mise en œuvre dans le but d'apporter des ajustements au besoin. L'évaluation de processus est l'occasion de documenter les facteurs qui facilitent ou entravent l'implantation d'une intervention et elle contribue ainsi à l'identification des pistes d'action susceptibles de conduire à sa mise en œuvre optimale (27).

Pour atteindre le quatrième objectif centré sur les effets proximaux de l'intervention, une évaluation d'efficacité (27) a été choisie. Ce type d'évaluation permet de quantifier les changements dans les pratiques cliniques obtenus à court terme.

Le tableau 1 fait état des différentes composantes de la démarche d'évaluation.

Tableau 1 - Principales composantes de l'évaluation de la systématisation des soins appliquée à l'HTA

Type d'évaluation	Dimensions principales	Dimensions secondaires	Variables à documenter	Collecte des données (méthodes)
Processus	Mise en œuvre de la démarche de systématisation	Réalisation des étapes de systématisation	Tâches Activités Facteurs favorables et barrières Motifs de non-réalisation Pistes d'amélioration	- Questionnaire pré-entrevue - Entrevues individuelles (ICPC, médecin et infirmière du GMF)
		Utilisation des outils par le milieu clinique (excluant ceux de l'étape 5)	Outils utilisés Facteurs favorables et barrières Motifs de non-utilisation Pistes d'amélioration	
		Interventions de la santé publique	Accompagnement (DSPRÉ – ICPC) Facilitation (ICPC – GMF)	
		Collaboration interprofessionnelle	Gouverne Formalisation Finalisation Intériorisation	
		Effets perçus par les cliniciens concernant les soins	Efficacité Efficience Qualité	
		Satisfaction des cliniciens quant à la démarche	Accompagnement / facilitation Organisation Collaboration Reconnaissance Pistes d'amélioration	
Efficacité	Pratiques cliniques préventives recommandées (PECH)	Pratiques de dépistage, de diagnostic, d'évaluation, de traitement et de suivi	Mesure systématique Méthodes de mesure de la TA Évaluation du risque cardiovasculaire Counselling sur les habitudes de vie	Entrevues téléphoniques auprès des patients Audit des dossiers médicaux

2.3 L'évaluation de la mise en œuvre du système de soins

Une approche essentiellement qualitative a été utilisée pour mesurer les diverses variables considérées dans l'évaluation de processus. Cinq études de cas, correspondant à chacun des GMF sélectionnés, documentent les aspects dynamiques de l'implantation.

2.3.1 Sélection des GMF pour l'évaluation de processus

Des contacts téléphoniques ont permis d'établir qu'entre 2007 et 2011, des 24 GMF qui avaient amorcé la démarche de systématisation en Montérégie, 17 avaient franchi les étapes 1 et 3, ainsi qu'au moins une des quatre autres étapes. Deux de ces GMF ont toutefois été écartés de notre évaluation car, étant constitués en partie ou en totalité au sein de CLSC, ils ont un fonctionnement différent de la majorité des GMF. Les 15 GMF restants étaient répartis dans cinq réseaux locaux de services (RLS) où des ICPC ont été nommées par les CSSS et sont actives dans les milieux de soins de première ligne. Quatre GMF comptaient dix médecins ou plus (grands GMF, bénéficiant de plus de deux postes d'infirmière) alors que les onze autres comptaient neuf médecins ou moins (petits GMF, disposant de deux postes d'infirmière ou moins).

Au total, huit de ces quinze GMF ont été approchés pour participer à l'étude, avec l'objectif d'en recruter minimalement quatre. Un de ces GMF a refusé de collaborer alors que deux autres ont été écartés par l'équipe de recherche, l'un parce qu'une autre étude était en cours au même moment, l'autre parce qu'un nombre insuffisant de médecins acceptait de participer. Il restait donc cinq GMF, dont quatre ont accepté de participer à l'étude. Le cinquième GMF a refusé de participer à l'audit de dossiers, mais accepté de prétester les outils de l'évaluation d'implantation. Toutefois, suite à ce prétest, les outils de collecte n'ont pas subi de modification importante et, considérant la qualité des informations recueillies, l'équipe de recherche a décidé d'inclure l'étude de ce cinquième cas dans l'évaluation. La participation de ce cinquième GMF de grande taille, situé sur deux sites et ayant implanté le système de soins en 2011, a permis d'élargir l'expérience et d'ajouter un cinquième territoire de CSSS à notre étude. Ce sont donc cinq GMF de tailles variables, localisés dans cinq territoires de CSSS de la Montérégie où la fonction d'ICPC était effective, qui ont été retenus. Ceci aura permis de dresser un portrait assez complet, réaliste et nuancé de l'implantation.

2.3.2 Collecte des données sur la mise en œuvre : aspects à documenter

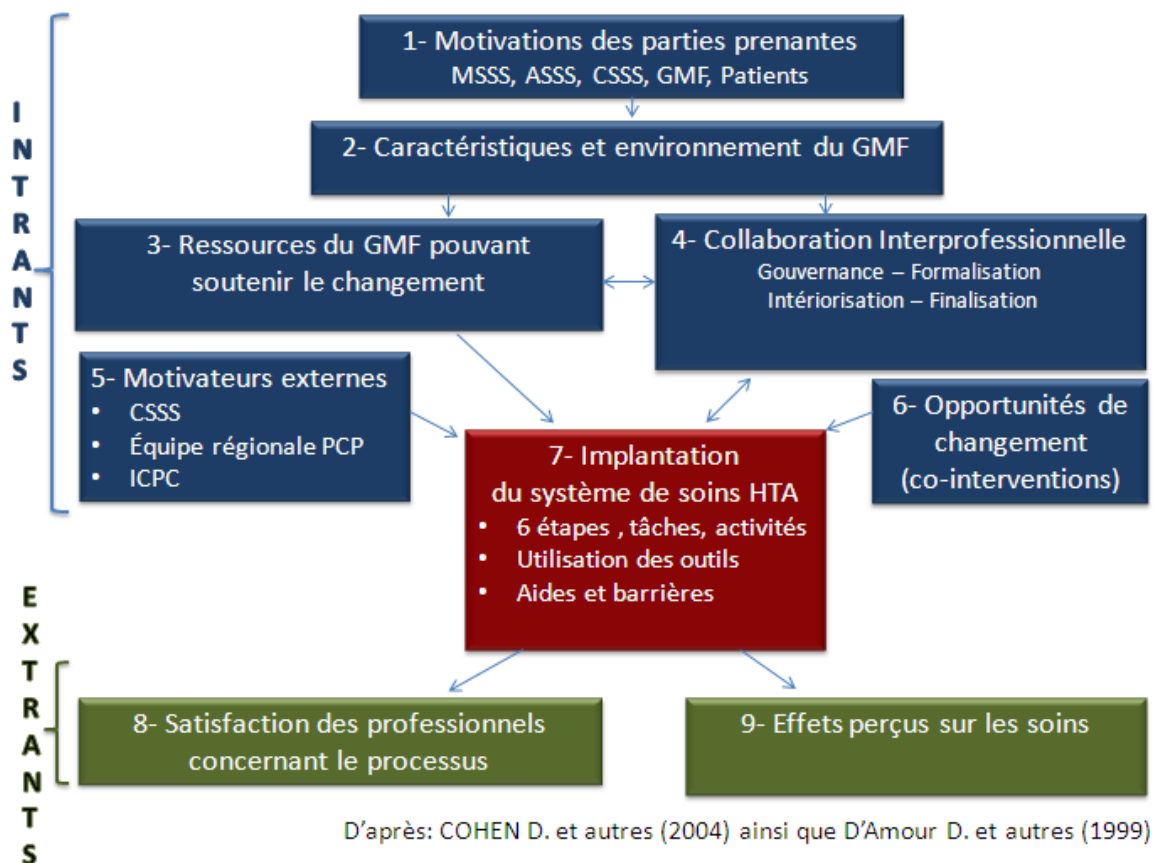
L'identification des principaux facteurs susceptibles d'influencer l'implantation de la démarche de systématisation s'inspire en grande partie du modèle de changement de pratique pour l'amélioration de la qualité des soins de première ligne proposé par le programme STEP-UP (15). Ce modèle circonscrit les différents éléments critiques qui permettent de mieux comprendre et guider les changements de pratique chez les professionnels de la santé. Ces éléments sont : la motivation des parties prenantes, les ressources du milieu clinique en faveur du changement, les motivateurs externes et les opportunités de changement.

Trois facteurs associés aux changements de pratique qui ne sont pas directement considérés dans le modèle de Cohen ont aussi été analysés dans le cadre de notre étude, en raison de la grande influence qu'ils peuvent exercer sur l'efficacité de la systématisation des soins. Il s'agit des caractéristiques du GMF et de son environnement, de la collaboration interprofessionnelle et de la satisfaction des cliniciens à l'égard de la démarche de systématisation. Concernant les caractéristiques du GMF et de son environnement, l'historique du GMF, sa taille (nombre d'inscriptions, de consultations), sa complexité (points de service), sa localisation géographique,

son type d'accueil (heures d'ouverture, avec ou sans rendez-vous), le type de clientèle desservie, la structure et le fonctionnement du réseau local de services, sont tous des facteurs susceptibles d'influencer l'implantation du système de soins. La collaboration interprofessionnelle permettrait quant à elle d'accroître l'efficacité de l'intervention étant donné que tous les membres du milieu clinique exercent une influence sur le système de prestation de soins (18). La collaboration interprofessionnelle a été examinée selon le cadre d'analyse de D'Amour(28), repris par Beaulieu(29). Ce modèle a été retenu étant donné qu'il a déjà fait ses preuves pour analyser les changements de pratique des cliniciens, précisément dans le contexte des GMF. Quant à la satisfaction des cliniciens à l'endroit du déroulement et des effets perçus de la démarche, elle serait associée à l'efficacité de l'intervention et permettrait d'en expliquer les succès et les échecs(30, 31). Toutefois, aucun des instruments répertoriés ne répondant adéquatement à nos besoins, il nous a fallu développer une mesure de la satisfaction qui soit spécifique à la démarche. Pour ce faire, l'outil *Évaluation du système de soins préventifs HTA* qui est proposé aux cliniciens à l'étape 6 du *Guide HTA* ainsi que différents thèmes répertoriés dans quelques questionnaires exhaustifs sur la satisfaction des médecins ont été utilisés.

Pour schématiser l'implantation, ses intrants et ses extrants, un modèle composite inspiré de Cohen et de D'Amour a été développé (voir figure 2).

Figure 2 - Modèle composite pour la saisie et l'analyse des données de l'évaluation de processus



Les intrants de l'implantation sont les suivants :

1. **La motivation des parties prenantes** (Cohen : *motivation of key stakeholders*). Selon Cohen et autres, elle est la résultante du désir ou de l'intérêt de s'efforcer d'atteindre une cible, manifesté par un ensemble de personnes ou d'organisations clés qui investissent en ce sens et possèdent la capacité d'influencer les pratiques. Ces parties prenantes comprennent non seulement les professionnels sur le terrain, mais également les gestionnaires provinciaux, régionaux et locaux ainsi que les patients concernés. Pour dresser un portrait des motivations des différentes parties prenantes, des documents énonçant les objectifs poursuivis par ces personnes ou organisations ont été utilisés.
2. **Les caractéristiques du GMF et de son environnement.** Pour les décrire, on a eu recours à un questionnaire sur le fonctionnement du GMF adressé aux adjoints administratifs (voir annexes 6 et 7), ainsi qu'à diverses communications personnelles.
3. **Les ressources du GMF pouvant soutenir le changement** (Cohen : *resources for change*). Elles comprennent, entre autres, l'existence d'un dossier médical électronique (DMÉ), les protocoles de soins en vigueur ainsi que les locaux et équipements disponibles. Ces ressources ont également été appréciées à l'aide du questionnaire sur le fonctionnement du GMF, complété par diverses communications personnelles.
4. **La collaboration interprofessionnelle** a été abordée par l'entrevue de l'ICPC, du médecin et de l'infirmière concernés pour chaque GMF, puis décrite et analysée selon le modèle de D'Amour et autres (1999).
5. **Les motivateurs externes** (Cohen : *outside motivators*). La contribution des gestionnaires du CSSS personnellement impliqués dans le processus d'implantation, de l'équipe régionale PCP de la DSPRÉ et particulièrement de l'ICPC a été abordée à l'aide des questionnaires préentrevues et des entrevues.
6. **Les opportunités de changement** (Cohen : *opportunities for change*). Ce sont diverses co-interventions (études, formations, outils, visites de délégués médicaux) menées auprès des GMF au cours de la période d'observation (environ 3 ans) qui ont pu influencer les résultats. Elles ont été répertoriées à l'aide des entrevues des médecins et infirmières des GMF.
7. **L'implantation** proprement dite est caractérisée par la réalisation des étapes, tâches et activités, l'utilisation des outils, ainsi que par les aides et barrières identifiées, telles que rapportées dans les questionnaires préentrevues et les entrevues.

Les extraits considérés dans l'évaluation de processus sont :

8. **La satisfaction des professionnels** concernant le processus. Elle a été appréciée auprès des ICPC, médecins et infirmières de GMF à l'aide des questionnaires préentrevues et des entrevues.
9. **Les effets perçus de l'intervention sur les soins** (efficacité, efficience, qualité). Ils ont également été tirés des questionnaires préentrevues et des entrevues.

2.3.3 Méthodes et outils de collecte des informations

Pour chaque GMF qui participait à l'évaluation, une entrevue individuelle a eu lieu avec l'ICPC du CSSS qui avait accompagné le milieu dans sa démarche de systématisation des soins ainsi qu'avec le médecin responsable du dossier et l'infirmière du GMF la plus impliquée dans la démarche. Ces entrevues étaient précédées de l'obtention d'un consentement signé (annexes 1 et 4). Afin d'être bien au fait de la situation qui prévalait dans chaque GMF concernant la

La systématisation des soins en lien avec l'HTA au moment de réaliser les entrevues, l'ICPC et l'infirmière du GMF ont été invitées à remplir et retourner, dans les semaines précédentes, un questionnaire préentrevue (voir annexe 2) qui traitait de la réalisation des différentes tâches et activités que l'on retrouve à chacune des étapes de la démarche, ainsi que des conditions qui avaient facilité ou entravé leur réalisation. L'une des ICPC qui avait participé à la mise en place du système de soins n'étant plus en poste au moment d'effectuer la collecte des données, c'est un membre de l'équipe régionale PCP ayant participé à l'implantation dans ce GMF qui a été appelé à fournir un complément d'information à sa place.

S'en sont suivies des entrevues individuelles semi-dirigées auprès de chacun des professionnels. Bien entendu, le rôle que joue l'infirmière-conseil dans la mise en œuvre de la démarche de systématisation étant fort différent de celui des cliniciens, le guide d'entrevue a été adapté en conséquence (voir annexe 3). Toutes les entrevues se sont déroulées sur les lieux de travail des participants. Avec le consentement éclairé de ces derniers, un enregistrement audio a été effectué à des fins de transcription (verbatim). Lors des entrevues, chacun des professionnels a été invité à élaborer sur les motifs de non-réalisation de certaines étapes et sur les solutions apportées aux difficultés rencontrées. Ils ont également eu à donner leurs impressions sur la démarche de systématisation considérée dans sa globalité et à faire part des principales forces et limites perçues. Tous les outils (questionnaire préentrevue et grille d'entrevue) ayant servi à la collecte des informations ont été prétestés auprès d'une ICPC, d'un médecin et d'une infirmière de GMF.

Comme il a été précédemment mentionné, l'évaluation de processus fut l'occasion de documenter la collaboration interprofessionnelle et la satisfaction des cliniciens à l'endroit de la démarche de systématisation. Les questions soumises aux médecins et aux infirmières de GMF dans le contexte des entrevues semi-dirigées ont permis d'explorer chacune des quatre dimensions du modèle de structuration de la collaboration interprofessionnelle proposé par D'Amour (28), à savoir : la formalisation, la finalisation, l'intériorisation et la gouvernance. Chacun de ces concepts a été abordé au moyen d'une question ouverte et, au besoin, de sous-questions portant sur le soutien à la démarche, l'organisation et la façon de faire, les aspects relationnels et la qualité des soins aux hypertendus.

Concernant la satisfaction des professionnels, une fois les thèmes les plus pertinents répertoriés par l'équipe de recherche, une liste en a été dressée et soumise aux membres de l'équipe régionale PCP. Ces derniers ont eu pour tâche d'identifier, à l'aide d'un système de pointage, ceux qu'ils jugeaient essentiel d'explorer afin d'obtenir une appréciation juste et nuancée de la satisfaction des cliniciens à l'égard de la démarche de systématisation. Par la suite, chacun des thèmes identifiés fut abordé à l'aide de questions ouvertes lors des entrevues individuelles (voir annexe 3).

2.3.4 Saisie et analyse des données issues de l'évaluation de processus

Dans un premier temps, les données recueillies par le questionnaire préentrevue et le verbatim de chaque entrevue ont été réunies en tenant compte du modèle composite précédemment exposé, dans un document spécifique à chaque répondant. Dans un deuxième temps, toutes les données concernant un même GMF ont été rassemblées au sein d'une étude de cas détaillée. Celle-ci a été résumée dans un troisième temps en une synthèse de deux pages présentée à l'annexe 5.

L'analyse des écarts dans l'implantation de la démarche de systématisation des soins a été réalisée à l'aide d'une approche qualitative thématique, au moyen d'études de cas. La validité

de construit de l'évaluation de l'implantation était assurée par une stratégie de co-analyse des données par l'équipe de chercheurs. Pour la discussion, on a voulu mettre en lumière les convergences et les divergences entre les cinq études de cas, de façon à pouvoir en tirer des pistes d'action pour améliorer l'implantation de la démarche de systématisation des soins.

2.4 L'évaluation des effets de la systématisation des soins sur les pratiques cliniques

2.4.1 Sélection des GMF et recrutement des patients

En plus de questionner les professionnels sur leur perception subjective des effets de l'implantation de la démarche de systématisation sur les soins, on a évalué leurs pratiques cliniques concernant l'hypertension artérielle sur une période de trois ans après l'implantation, en utilisant un devis quasi expérimental avec groupe témoin. Ainsi deux GMF de tailles différentes, qui avaient participé à l'évaluation de processus, ont été retenus comme GMF expérimentaux (GMFe). Ils ont été appariés à deux GMF témoins (GMFt) de caractéristiques comparables, mais situés dans un territoire de la Montérégie non touché par l'intervention. Tous ces GMF ont accepté de participer à l'étude sur une base volontaire, sans bénéficier d'avantages autres que l'accès aux résultats les concernant et aux éventuelles publications découlant de l'étude. Les GMFe avaient implanté la démarche de systématisation de 30 à 36 mois avant l'audit des dossiers.

Les deux GMF du groupe expérimental et du groupe témoin ont transmis à l'équipe de recherche la liste des patients inscrits auprès des médecins traitants ayant accepté de participer, qui avaient consulté au moins une fois au cours des douze derniers mois (statut « actif »). En plus de l'âge et du sexe des patients, ces listes comportaient également la date de la dernière visite au GMF. Un échantillonnage aléatoire de 350 patients adultes a été effectué dans chacun des GMF à l'aide du progiciel SPSS (version 19). La liste de patients sélectionnés fut transmise à l'adjointe administrative de chacun des GMF afin qu'elle y ajoute les renseignements nécessaires à l'enquête téléphonique (ex. : numéros de téléphone) et à l'audit (ex. : date de naissance). Deux membres de l'équipe de recherche se sont ensuite rendus dans chacun des GMF à un moment prédéterminé avec l'adjointe, et les dossiers des 350 patients choisis ont été triés en respectant leur ordre de sélection aléatoire jusqu'à l'obtention d'un minimum de 80 patients hypertendus et 80 non hypertendus dans chaque GMF. Pour être considérés hypertendus, les patients devaient répondre à au moins un des trois critères suivants :

- Hypertension artérielle mentionnée par le médecin au dossier, quels que soient les chiffres de tension artérielle ou la médication (hypertension diagnostiquée);
- Chiffres de tension artérielle constamment élevés (hypertension dépistée, non diagnostiquée);
- Chiffres de tension artérielle normaux, mais médication anti-hypertensive au dossier sans autre indication médicale la justifiant (hypertension traitée et contrôlée).

Notons qu'un suréchantillonnage de 43 patients a été effectué dans l'un des GMFe afin de réaliser un prétest de l'enquête et de l'audit. Tous les patients sélectionnés ont reçu une lettre de leur médecin traitant (recto en français-annexe 10, verso en anglais-annexe 11), les encourageant à participer à une étude portant sur la prévention des maladies chroniques. Cette lettre était accompagnée d'un coupon-réponse contenant un consentement écrit à participer à l'étude, et d'une enveloppe de retour pré affranchie. Pour augmenter le taux de réponse, une lettre de rappel a été postée à 506 patients deux à trois semaines après le premier envoi. Au total, des envois à 683 patients différents ont été effectués. De ceux-ci, 38 n'ont pas rejoint leur

destinataire, les enveloppes nous étant retournées. En tout, 365 coupons-réponses favorables ont été retournés par les patients pour un taux de réponse de 53,4 %. De ceux-ci, 49,6 % étaient inscrits dans l'un des deux GMFe et 50,4 % dans l'un des deux GMFt. La liste aléatoire comportant les coordonnées de ces 365 patients a subséquentement été communiquée au Bureau d'interviewers professionnels (BIP) qui avait le mandat de réaliser une enquête téléphonique, jusqu'à ce qu'un nombre minimum de 35 patients hypertendus et de 35 non hypertendus de chacun des GMF aient rempli le questionnaire.

Sur réception du fichier des patients ayant participé à l'enquête téléphonique, les chercheurs sont retournés dans les quatre GMF auditer leur dossier à l'aide d'une grille de collecte sur support Excel (annexe 15).

2.4.2 Évaluation des pratiques cliniques

Les pratiques préventives reçues par les patients sélectionnés en lien avec l'hypertension ont été mesurées et analysées à partir de deux sources de données (enquête téléphonique et audit de dossiers).

Les indicateurs associés aux pratiques préventives sont regroupés à l'intérieur de trois grandes catégories (voir annexe 16). Ce sont : a) le dépistage et le diagnostic de l'hypertension artérielle, b) l'évaluation du risque cardiovasculaire et c) le counselling sur les habitudes de vie et autres interventions préventives. Certaines variables de contrôle associées aux caractéristiques des patients ont également fait l'objet d'une mesure.

2.4.3 Collecte et traitement des données : enquête téléphonique et audit de dossiers

Enquête téléphonique

Pour l'enquête téléphonique, un questionnaire a été construit et traduit en anglais (annexes 12 et 13). Il comportait un tronc commun à tous les patients (hypertendus ou non selon le tri initial des dossiers) et une section réservée aux hypertendus. Le questionnaire reprend plusieurs questions déjà validées lors d'enquêtes téléphoniques précédentes (32), auxquelles s'ajoutent des questions relatives aux recommandations du PECH.

Le Bureau d'interviewers professionnels (BIP) a eu à questionner les patients sur les soins préventifs reçus au GMF au cours des 12 mois précédents, en lien avec leurs problèmes de santé déclarés :

- Diagnostics reconnus par le patient pouvant être à l'origine des soins : hypertension, hypercholestérolémie, maladie cardiovasculaire, diabète;
- Counselling reçu par l'ensemble des patients, hypertendus ou non, concernant la pratique d'activités physiques, la consommation de fruits et légumes, de sel, d'alcool et de tabac;
- Soins reçus en lien avec l'hypertension : mesure de la tension artérielle et méthodes employées, recommandations sur les habitudes de vie, documentation remise, vérification de l'observance et perception du contrôle de la maladie.

Avant de procéder à la collecte des données proprement dite, les enquêteurs de BIP ont reçu une formation de l'équipe de recherche, appuyée d'un diaporama. Le questionnaire a ensuite été prétesté auprès d'un suréchantillonnage de 23 patients d'un des GMF expérimentaux. Suite à l'écoute des entrevues, quelques ajustements mineurs ont été apportés au questionnaire. L'enquête téléphonique s'est déroulée de façon séquentielle (les deux GMFe, puis les deux GMFt) durant l'hiver 2012-2013.

L'enquête téléphonique a atteint l'objectif fixé de 70 patients par GMF (35 HTA et 35 nHTA), à l'exception du GMF ayant servi pour le prétest (66 patients). Afin de combler ce manque d'effectif, quatre des 23 patients ayant répondu au prétest ont été sélectionnés aléatoirement pour compléter à 70 l'effectif de ce GMF.

Audit des dossiers

Un audit des dossiers médicaux des 35 patients HTA et nHTA de chaque GMF ayant complété l'enquête téléphonique a été réalisé entre le 16 novembre 2012 et le 15 février 2013. L'objectif était de retenir les 30 premiers dossiers de chaque groupe. En effet, l'expérience démontre qu'au-delà de 60 dossiers, un échantillon plus grand n'apporte qu'une contribution négligeable à l'analyse du problème étudié (33). Cet audit s'intéressait aux consultations et aux interventions cliniques consignées au dossier entre le 1er novembre 2009 et la date de l'audit, soit une période d'environ 3 ans. Les informations recueillies par l'audit des dossiers médicaux portaient sur les interventions effectuées par les cliniciens du GMF (médecins ou infirmières) en lien avec l'HTA.

La grille de collecte des données (voir annexe 15) est inspirée des recommandations du PECH et adaptée de l'outil No 2 du *Guide HTA*, déjà validé à plusieurs reprises dans les GMF de la Montérégie par des membres de l'équipe régionale PCP, des ICPC et par des groupes d'étudiants en médecine de l'Université de Sherbrooke en stage à la DSPRÉ (34, 35). Cette grille permet la saisie directe des données sous format Excel avant leur transfert sur le progiciel de statistiques SPSS. Elle a été prétestée sur un échantillon de dossiers médicaux par les deux membres de l'équipe de recherche chargés de la collecte. Les deux chercheurs ont obtenu un coefficient de concordance interobservateur (kappa) de 0,74 lors de cette opération. L'audit de dossiers a permis d'obtenir un échantillon final de 243 participants, 18 patients ayant été écartés de l'étude pour divers motifs (diagnostic HTA erroné, informations manquantes au dossier, atteinte du nombre ciblé de dossiers, etc.). Le tableau 2 fait état de la distribution finale des patients retenus dans chacun des quatre groupes constitués.

Tableau 2 - Distribution de l'échantillon final de patients selon leur groupe d'appartenance et leur statut HTA

	Patients nHTA	Patients HTA	Total
Groupe expérimental	57	63	120
Groupe témoin	56	67	123
Total	113	130	243

Enfin, il y a eu fusion des données recueillies par l'enquête téléphonique et l'audit des dossiers en une seule banque, permettant d'établir des comparaisons entre les deux sources de données pour un même patient.

2.4.4 Plan d'analyse des données : stratégies

L'analyse des données s'appuie sur des tests paramétriques et non paramétriques afin de mesurer, à l'aide d'indicateurs reliés à la quantité et la qualité des soins, des différences entre les pratiques des milieux expérimentaux et témoins. Nous avons utilisé le GMF comme unité d'analyse, la performance des GMF étant appréciée de façon écologique, quels que soient les cliniciens rencontrés (médecins ou infirmières). Des analyses de données intergroupes (GMFe vs GMFt) et intragroupes (groupe des patients HTA vs nHTA) ont été réalisées de manière stratifiée:

- **Effet global de l'intervention sur les pratiques (effet global)** : comparaison des patients des GMFe (avec intervention) et GMFt (sans intervention), HTA et nHTA, en regard de la mesure de la TA, de l'évaluation du risque cardiovasculaire, du counselling et d'autres interventions préventives reçues, en prenant comme standard de pratique les recommandations en vigueur du PECH.
- **Effet de l'infirmière de GMF sur les pratiques (effet infirmière)** : comparaison des soins reçus par les patients qui ont rencontré une infirmière au GMF, par rapport à ceux qui n'ont rencontré qu'un médecin, tous GMF confondus.
- **Effet de l'application du système de soins sur les pratiques (effet système)**: comparaison des soins reçus par les patients qui ont rencontré une infirmière dans les GMFe et dans les GMFt.
- **Effet de l'informatisation des dossiers sur les pratiques (effet DMÉ)** : comparaison d'un GMFe muni d'un dossier médical électronique (DMÉ) par rapport à un GMFe non informatisé.

Des tests de comparaison de Student pour variables continues et d'association du χ^2 pour variables dichotomiques ont été réalisés en utilisant le logiciel SPSS (version 19). Un seuil de signification de 0,05 a été retenu lors des analyses.

2.4.5 Considérations éthiques

a- Anonymat

Pour mener à bien cette étude, l'accès à plusieurs sources de données nominatives confidentielles était nécessaire:

- Identité des informateurs clés interrogés et de leur organisation d'appartenance;
- Informations reliées au fonctionnement des milieux cliniques, transmises par ces personnes;
- Liste et coordonnées des patients inscrits dans chacun des GMF;
- Renseignements contenus dans les dossiers médicaux;
- Informations personnelles révélées par les patients au questionnaire.

Les mesures nécessaires ont été prises afin de conserver l'anonymat des professionnels et des patients. Lors de la saisie de données, les noms des patients ont été codifiés et tout a été mis en place pour que les professionnels participants ne puissent être identifiés par leur nom, leur âge, leur sexe, leur lieu d'exercice ou toute autre caractéristique lors de la diffusion des résultats.

b- Insu

Pour le questionnaire téléphonique, les patients des deux groupes (expérimental et témoin) savaient que l'étude portait sur les maladies chroniques mais ignoraient que le sujet principal de l'étude était l'HTA (insu), pour éviter d'influencer leurs réponses. Pour les médecins, ceux du groupe expérimental savaient qu'on évaluait le système de soins qu'ils avaient implanté, car l'évaluation qualitative à laquelle ils venaient de participer portait sur ce sujet. Par contre, ceux du groupe témoin avaient le même type d'insu que les patients. On voulait ainsi faciliter leur adhésion comme groupe témoin, mais aussi éviter que, se sachant évalués, ils modifient leur comportement concernant l'hypertension. Pour cette raison, le libellé des formulaires de consentement destinés aux médecins expérimentaux et témoins était différent.

c- Confidentialité et sécurité des données

Une entente de confidentialité a été signée par les chercheurs, conformément aux procédures du Comité d'éthique de la recherche (CÉR) du Centre de recherche de l'Hôpital Charles Le Moyne (CR-HCLM). De plus, tous les renseignements nominatifs recueillis concernant les professionnels et les patients à l'étude ont été gardés sous clé en tout temps et n'ont été manipulés que par les responsables de l'étude. Toutes les données informatiques seront gardées dans des fichiers sécurisés pour une période de cinq (5) ans. Les informations en format papier seront gardées sous clé et seront conservées cinq (5) ans après la publication du rapport final. Ces données seront alors détruites de façon sécuritaire. Les données, même dénominalisées, ne serviront qu'aux fins de la présente étude.

d- Consentement

Les médecins responsables de chacun des GMF visés ont consulté les médecins de leur GMF, qui ont donné leur accord de principe au projet. Dans un deuxième temps, on a demandé aux médecins responsables des GMF de reconnaître par écrit l'autorité du CÉR pour toute question éthique touchant le processus de l'étude (voir annexe 14). Les médecins ayant participé aux entrevues ont eu droit de facturer une heure de tarification horaire grâce à la collaboration du Département régional de médecine générale de l'Agence. Les ICPC, les médecins et infirmières des GMF, qui ont été sollicités à remplir un questionnaire préentrevue ou à participer à une entrevue, ont préalablement été informés de la finalité de l'étude, de la nature de leur implication ainsi que de la possibilité pour eux de mettre fin à leur participation sans avoir à motiver leur décision. Tous ces participants ont signé un consentement écrit à participer à l'étude (voir annexes 1 et 4). Pour l'enquête téléphonique et l'audit, un résumé du projet a été présenté aux médecins traitants des GMF, qui ont consenti par écrit à ce que l'étude soit conduite auprès de leurs patients (voir annexes 8 et 9). Seuls les patients de ces médecins ont été inclus dans l'étude.

À la réception de la lettre de leur médecin les invitant à participer (voir annexes 10 et 11), les patients qui avaient des questions, des objections ou des plaintes à formuler concernant le processus de la recherche ont été invités à laisser un message dans la boîte vocale des chercheurs. Quatre patients ont laissé un message et ont obtenu réponses à leurs questions. Les chercheurs devaient acheminer toute question litigieuse au Commissaire aux plaintes du CSSS Champlain—Charles-LeMoyne, mais cette procédure ne s'est pas révélée nécessaire. Le fait de retourner un coupon-réponse signé (annexes 10 et 11) était considéré comme un consentement explicite des patients à participer à l'étude.

3 RÉSULTATS

3.1 Analyse de l'implantation

Selon le modèle proposé à la figure 2 (page 17), l'implantation du système de soins dans un GMF résulte d'un certain nombre de facteurs (intrants) et produit à son tour des résultats (extrants). Les sections suivantes présentent une synthèse des intrants (3.1.1 à 3.1.6), de l'implantation proprement dite (3.1.7), en précisant les éléments contextuels ayant pu favoriser ou faire obstacle au processus, et des extrants (3.1.8 et 3.1.9). Pour plus d'information sur l'étude du cas de chaque GMF, le lecteur peut consulter l'annexe 5.

3.1.1 Motivations des parties prenantes (Cohen : *Motivation of key stakeholders*)

a- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)

Dans le *PNSP 2003-2012* (36) (page 71), mis à jour en 2008 et dont l'application est prolongée jusqu'en 2015, « une des stratégies privilégiées consiste à promouvoir et soutenir les pratiques cliniques préventives auprès des cliniciens.....un levier très efficace pour agir en amont des problèmes de santé évitables et, ainsi, réduire la morbidité et la mortalité ». Le dépistage et la prise en charge des maladies chroniques comme l'hypertension artérielle figurent au nombre des pratiques préventives à promouvoir et à soutenir. À titre de promoteur de stratégies et de modèles efficaces d'intégration des pratiques cliniques préventives, et comme subventionnaire de cette étude évaluative, le MSSS s'intéresse vivement à ses résultats.

b- Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie (ASSSM) et ses directions

Dans sa *Planification stratégique 2010-2015* (37), à la page 34, l'ASSS de la Montérégie accorde une priorité à l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne, en ce qui concerne les habitudes de vie en lien avec les maladies chroniques. De plus, la stratégie 4 : « Promouvoir et soutenir les pratiques cliniques préventives » (page 22) du *Plan d'action régional de santé publique (PAR) 2009-2012* (38), prévoyait un transfert d'expertise progressif de la DSPRÉ vers les CSSS, selon le modèle de « l'infirmière facilitatrice ». Le *Plan d'action régional de santé publique 2013-2015* (39) maintient comme objectif principal de soutenir le rôle et le développement professionnel des ICPC. Les guides de systématisation élaborés par la DSPRÉ proposent à l'ICPC une démarche structurée pour optimiser l'intégration des PCP dans les milieux cliniques.

c- Centres de santé et de services sociaux de la Montérégie (CSSS)

Dans le *PAR et les plans d'action locaux 2009-2012*, en vigueur au moment de cette étude, les CSSS de la Montérégie avaient pour résultats attendus, dans le cadre de la stratégie 4 : « que 10 CSSS aient amorcé une démarche pour soutenir l'implantation de PCP sur leur territoire »; « que tous les CSSS aient implanté au moins une PCP sur leur territoire » et « que 26 milieux cliniques de première ligne aient implanté au moins une PCP ».

d- Groupes de médecine de famille de la Montérégie (GMF)

Dans le guide d'accompagnement du MSSS (40), le groupe de soutien à l'implantation des GMF soutient que : « Les médecins de première ligne exercent une grande influence sur le comportement préventif de leur clientèle. Les GMF détiennent un potentiel considérable pour

améliorer la santé de la population en proposant une approche interprofessionnelle et en intégrant les volets prévention et promotion de la santé. Actuellement, de nombreux obstacles se dressent devant l'adoption de pratiques préventives efficaces, ce qui se traduit par la non-atteinte des objectifs fixés par les grands programmes de santé publique. Il nous faut donc créer des liens entre les GMF et les directions régionales de santé publique ».

3.1.2 Description et environnement des GMF

Les cliniques médicales ayant donné naissance aux cinq GMF ont entre 24 et 36 ans d'existence au moment de l'étude, et leur transformation en GMF, qui s'est opérée entre 2004 et 2006, s'inscrit dans la première vague des GMF au Québec. Parmi ces cinq milieux cliniques, deux sont implantés dans de petites municipalités (de 3 500 à 13 000 habitants) alors que les trois autres desservent des agglomérations de taille moyenne (de 40 000 à 64 000 habitants). Les GMF urbains, dont certains sont en même temps des cliniques-réseaux, ne sont pas représentés dans l'échantillon. En équivalent temps plein (ETP), le nombre de médecins se situe entre 3,1 et 11 ETP (médiane 9,6), alors que le nombre d'infirmières s'établit entre une et cinq (médiane 2,5). Concernant l'accessibilité aux soins, trois des cinq GMF reçoivent des patients en soirée durant la semaine, dont deux sont également ouverts en fin de semaine. Par ailleurs, quatre des GMF offrent du sans rendez-vous et acceptent de recevoir une clientèle non inscrite au GMF. Le nombre total de patients vus quotidiennement varie de 25 à 325 (moyenne 169). Pour chaque médecin ETP, le nombre de patients inscrits oscille entre 1 178 et 2 327 (moyenne 1 585).

3.1.3 Ressources du GMF pouvant soutenir le changement (Cohen : *Resources for change*)

Dans les cinq GMF considérés dans l'étude, on dénote une grande motivation du médecin responsable et des infirmières à vouloir optimiser les soins aux patients, tout au moins en ce qui concerne l'HTA. Ainsi les GMF ont rapidement souscrit à la démarche de systématisation que leur proposaient l'ICPC et son accompagnateur de l'équipe régionale, l'un d'entre eux ayant même pris l'initiative de l'implanter de façon autonome avant même l'arrivée de l'infirmière-conseil sur son territoire. De plus, les médecins responsables des cinq GMF peuvent compter sur la complicité des infirmières, ou encore de l'agente administrative de la clinique, tant pour l'élaboration du protocole de soins que pour son application. D'ailleurs, il n'est pas rare que les infirmières élaborent elles-mêmes les protocoles de soins et que les médecins responsables s'en tiennent à les réviser et à les approuver.

L'informatisation des dossiers des patients constitue un second facteur reconnu pour contribuer à l'amélioration de la gestion des maladies chroniques et des soins préventifs. L'utilisation d'un dossier médical électronique (DMÉ) conduit entre autres à un accroissement de l'efficacité du travail dans les cabinets de médecins, favorise de meilleures interactions entre les membres de l'équipe soignante ainsi qu'avec leurs patients (41). Le processus d'implantation du DMÉ était en cours au moment de la collecte des données. Le plus avancé des GMF avait débuté son utilisation en 2010, un autre en 2011, deux en 2012 et le dernier prévoyait l'implantation en 2013.

Parmi les autres conditions facilitantes présentes dans les GMF, mais non généralisées à l'ensemble, on retrouve l'accès des infirmières à un appareil de mesure automatisé de la tension artérielle (Bp TRU) ou à un appareil de monitoring ambulatoire de la pression artérielle (MAPA), ainsi que des aménagements physiques permettant aux patients de rencontrer les infirmières sans avoir à passer par la salle d'attente, ou favorisant les échanges et discussions de cas entre infirmières et médecins.

3.1.4 Collaboration interprofessionnelle au GMF

La typologie de la collaboration, qui se fonde à l'origine sur les travaux de D'Amour (28) propose trois niveaux de collaboration, à savoir : en action, en construction et en inertie. Dans la collaboration en action, qui constitue le niveau le plus élevé, celle-ci est bien établie, elle est stable, on retrouve un partage de responsabilités interprofessionnelles ainsi qu'une entente sur les finalités (42). Lorsqu'en construction, la collaboration est peu ancrée, mais le processus de négociation est toujours en cours. Dans un milieu où la collaboration est en inertie, les conflits sont suffisamment importants pour empêcher la mise en place de modes satisfaisants de collaboration. Bien que la configuration de la collaboration diffère quelque peu d'un GMF à l'autre, l'examen de chacune des quatre dimensions du processus de structuration de la collaboration interprofessionnelle permet de constater que celle-ci est essentiellement en action dans les cinq milieux à l'étude. Voici donc comment se comporte l'ensemble des GMF pour chacune des dimensions considérées.

a- Gouverne (instance centrale forte et active permettant l'existence d'un consensus ; leadership partagé et consensuel ; rôle d'expert favorisant une implication globale et forte ; pluralité des lieux de concertation)

Le leadership des médecins, particulièrement du médecin responsable du GMF, est bien établi dans les GMF à l'étude et n'est pas remis en question. Bien que ce soit le médecin traitant qui ait toujours le dernier mot concernant la marche à suivre avec un patient, dans les rares cas de désaccord à survenir, il y a généralement un échange entre le médecin traitant et l'infirmière afin d'en arriver à un consensus; un arbitrage par le médecin responsable est très rarement nécessaire. Par contre, au regard de deux vignettes cliniques qui leur furent présentées (voir annexe 3), on observe que les infirmières manifestent une forte propension à se conformer aux directives de soins en place, tandis que dans trois des GMF, les médecins responsables dérogent du protocole adopté pour l'une des vignettes, s'attribuant un rôle plus important que celui prévu au protocole.

Pour ce qui est des rôles et responsabilités des médecins et des infirmières, ils sont généralement clairs et bien définis. L'expertise des infirmières est reconnue et elles disent se sentir écoutées. Elles sont activement impliquées dans le suivi des patients souffrant d'hypertension et, vu leur expertise en maladie chronique, il arrive même qu'elles conseillent les médecins.

b- Formalisation (entente consensuelle, règles définies de manière conjointe ; infrastructure commune de collecte et d'échange d'information)

Hormis les protocoles de soins et les ordonnances collectives en place, on ne retrouve de mécanismes formels de fonctionnement dans aucun des GMF. La plupart du temps, les ententes sont implicites. Ceci ne semble pas poser de difficulté puisque l'accent est mis sur la communication directe entre les médecins et les infirmières. Si un problème surgit, ce dernier est rapidement résolu à l'amiable par de simples échanges de points de vue interprofessionnels.

Les cinq GMF se sont dotés de moyens de collecte et d'échange d'information qui permettent de s'informer les uns les autres sur les soins reçus par les patients. L'outil de choix, utilisé dans deux des GMF, est le dossier médical électronique (DMÉ), qui permet de prendre connaissance de chaque visite automatiquement, d'acheminer un courriel et de laisser un message électronique au besoin à un autre professionnel. Outre le DMÉ, quelques GMF utilisent des feuilles inter-communicationnelles informatisées ou non, ou encore des fiches de suivi ou des mémos internes papier.

c- **Intériorisation** (occasions fréquentes de se rencontrer, activités communes régulières ; confiance ancrée)

Comme précédemment mentionné, la communication interprofessionnelle est généralement aisée dans les cinq GMF à l'étude et, si elles le souhaitent, les infirmières ont facilement accès à des médecins afin de discuter de cas problématiques. En plus de ces échanges impromptus on retrouve, dans chacun des GMF, des occasions plus formelles de dialoguer. Dans quatre des GMF, des rencontres administratives, auxquelles les infirmières sont invitées à participer, se tiennent trimestriellement. De plus, dans la majorité des GMF, des conférences scientifiques ont lieu de une à quatre fois par mois, fournissant aux infirmières et aux médecins des opportunités de s'informer et d'échanger sur leurs pratiques respectives. Enfin, lorsque vient le temps d'élaborer et d'implanter un nouveau protocole de soins, on observe généralement une augmentation des contacts entre les infirmières et le médecin responsable.

Globalement, on peut affirmer que la plupart des médecins des cinq GMF font confiance aux infirmières de la clinique et reconnaissent leurs compétences et leur professionnalisme. Il en va de même des infirmières à l'endroit des médecins. Cependant, bien que les infirmières semblent bien au fait du travail effectué par les médecins, il arrive que des médecins soient moins bien informés des tâches que peuvent effectuer les infirmières et, de ce fait, ont peu tendance à leur déléguer des responsabilités dans le suivi des patients hypertendus. Ce phénomène est plus présent dans deux des cinq GMF à l'étude.

d- **Finalisation** (finalités consensuelles et globales ; orientations centrées sur les besoins de la clientèle)

Dans les cinq GMF, tant les médecins responsables que les infirmières partagent une même vision quant à la finalité de la mise en place de la démarche de systématisation, à savoir : l'optimisation des soins aux patients souffrant d'hypertension. À cet égard, dans deux GMF, les médecins responsables ont rapporté faire de plus en plus fréquemment appel aux infirmières dans le traitement des cas d'HTA et, de façon générale, les médecins tendent vers une standardisation de leurs pratiques afin de se conformer au protocole. Par contre, une minorité significative (jusqu'à un tiers) des médecins ne réfère toujours pas aux infirmières et, selon ce que rapporte l'une des infirmières rencontrées, cela pourrait être en partie attribuable à une divergence de finalité.

De manière générale, la motivation première des cliniciens à implanter le protocole de soins est de faire en sorte que les patients reçoivent les meilleurs soins possibles dans le dépistage et le suivi de leur hypertension. Pour ce faire, on mise sur une plus grande accessibilité aux soins par la délégation de certaines tâches aux infirmières et sur un accroissement des interventions de nature préventive et éducative auprès des patients. Selon ce qui fut rapporté, en plus d'améliorer les soins, l'implication plus grande des infirmières présente l'avantage de libérer les médecins pour leur permettre de se consacrer à d'autres cas, souvent plus complexes, donnant par le fait même une plus grande accessibilité aux soins à l'ensemble des patients inscrits.

3.1.5 **Motivateurs externes** (Cohen : *External motivators*)

Certaines conditions externes ont joué un rôle crucial dans l'implantation de la démarche de systématisation des soins, et contribuent à son maintien dans certains GMF. L'un des GMF mentionne que la présence de l'ICPC, ainsi que celle du médecin-conseil de l'équipe régionale de la DSPRÉ assurant l'accompagnement de l'ICPC, ont été déterminantes. Par leur participation à chacune des étapes de la démarche, ces intervenants externes ont grandement contribué à la

préparation, l'élaboration et à la mise en place du protocole de soins. Les ICPC ayant, au fil des ans, développé d'excellentes relations avec les médecins responsables et les infirmières des GMF, elles continuent à les soutenir de différentes façons : transmission des mises à jour du PECH, présentation et mise à l'essai des nouveaux outils disponibles, invitation aux formations offertes par le CSSS. De plus, la présente évaluation, menée en partenariat par l'équipe régionale PCP, les ICPC et les cliniciens des GMF, constitue en quelque sorte un équivalent des étapes réflexives 2 et 6 de la démarche de systématisation (portrait des pratiques et réexamen du système de soins), et les résultats qui s'en dégagent mettront sans doute les cliniciens sur la piste d'ajustements à apporter afin d'optimiser leur système de soins.

Mentionnons également que dans l'un des territoires où il n'y avait pas d'ICPC au moment de l'adoption de la démarche, un apport important est venu d'un cadre intermédiaire du CSSS qui tenait à ce que la systématisation se réalise.

3.1.6 Opportunités de changement et co-interventions (Cohen : *Opportunities for change*)

Les GMF de la présente étude sont, de manière générale, des milieux proactifs, dynamiques et innovateurs, réceptifs à l'idée de mener des actions qui conduiront à une amélioration de leurs pratiques. Leur participation à la présente étude en est un bon exemple. Par ailleurs, comme le modèle d'organisation des soins GMF est en émergence, il suscite beaucoup d'intérêt de la part des gestionnaires, chercheurs et entreprises du réseau de santé.

Ainsi, les représentants (délégués médicaux) des compagnies pharmaceutiques sont identifiés par plusieurs GMF comme des acteurs importants dans les changements de pratique des cliniciens. Très présents sur le terrain, ils fournissent régulièrement aux ICPC, aux médecins et aux infirmières des GMF de la documentation et des informations pertinentes à leur travail, ou encore organisent des conférences scientifiques dans les locaux des GMF, permettant ainsi aux cliniciens de se tenir à jour sur les données probantes en lien avec diverses problématiques. Il est arrivé à plusieurs reprises qu'un représentant pharmaceutique contribue directement à la réalisation de la démarche de systématisation HTA en facilitant la tenue d'un atelier de travail et en fournissant des outils complémentaires.

D'autres initiatives de développement professionnel continu proviennent du niveau régional, local ou du milieu clinique lui-même. Ainsi l'Agence régionale, avec la collaboration du DRMG, a développé les ateliers CoMPAS (Collectif pour les meilleures pratiques et l'amélioration des soins et services en médecine de famille). Les associations et ordres professionnels ainsi que les universités proposent régulièrement aux GMF de la formation, mais aussi divers projets de recherche et de collaboration (trois des GMF ont prêté leur concours à diverses études). Les CSSS, en collaboration ou non avec l'industrie pharmaceutique, invitent également le personnel médical et infirmier de la majorité des GMF à participer à des conférences locales. Les infirmières se voient offrir des formations spécifiquement à leur intention, tant par les CSSS que par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Enfin au niveau des milieux cliniques, les GMF à l'étude ont tous déjà mis en place des protocoles de soins autres que pour l'HTA et diverses ordonnances collectives.

Toutes ces co-interventions constituent des occasions de changement qui ont pu influencer l'évolution des pratiques dans les GMF, parallèlement à la démarche de systématisation des soins HTA.

3.1.7 Implantation du système de soins

Le tableau 3 donne un aperçu du degré d'implantation des étapes et tâches associées à la démarche de systématisation dans chacun des GMF à l'étude. À sa lecture, on remarque que, parmi l'ensemble des tâches à effectuer par les cinq milieux cliniques, 54 % furent réalisées en totalité (proportion moyenne de « oui » des cinq GMF) et 14 % partiellement (proportion moyenne de « +/- » des cinq GMF). Une grande variabilité dans la réalisation des différentes tâches prévues à la démarche est observée entre les GMF, allant de 100 % dans un GMF à 19 % dans un autre. Essentiellement, ce sont les activités se trouvant en début et en fin de parcours (étapes 1, 2 et 6) qui ont été plus faiblement réalisées. Par contre, la majorité des tâches se retrouvant aux étapes 3, 4 et 5 de la démarche, qui sont au cœur de la mise en place du système de soins, ont été effectuées par la plupart des GMF.

Tableau 3 - Réalisation des activités selon le GMF d'appartenance

	GMF A	GMF B	GMF C	GMF D	GMF E	Réalisées en totalité	Réalisées partiellement
Étape 1 : Prêt pour un changement							
• Identifier les opinions du personnel	Non	+/-	Non	Oui	+/-	20%	40%
• Inventorier les caractéristiques et contraintes organisationnelles	+/-	+/-	+/-	Oui	+/-	20%	80%
• Identifier un responsable local	Oui	Oui	Oui	Oui	?	60%	?
• Fournir une rétroaction au milieu clinique	Non	+/-	Non	Oui	+/-	20%	40%
Étape 2 : Portrait des pratiques							
• Sélectionner les dossiers pour l'audit	Non	Non	Oui	Oui	Non	40%	0%
• Donner une rétroaction sur les pratiques actuelles	Non	Non	+/-	Oui	Non	20%	20%
Étape 3 : Directive de soins							
• Définir la situation désirée	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	100%	-
• Désigner les intervenants concernés	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	100%	-
• Déterminer la clientèle visée	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	100%	-
• Établir les conditions d'application	?	Oui	Oui	Oui	?	60%	?
• Donner des instructions et des moyens pour atteindre les objectifs	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	80%	0%
• Déterminer les documents complémentaires	+/-	Oui	Oui	Oui	Non	60%	20%
• Fixer les dates de mise en application et de révision du protocole	Non	Non	Oui	Oui	Non	40%	0%
Étape 4 : Planifier la prestation des services							
• Identifier responsabilités et rôles de chacun des membres de l'équipe soignante	+/-	Oui	Oui	Oui	Oui	80%	20%
Étape 5 : S'outiller pour bien travailler							
• Recenser les outils existants	Oui	Oui	Oui	Oui	+/-	80%	20%
• Choisir les outils à conserver	Oui	Oui	Oui	Oui	+/-	80%	20%
• Préciser l'utilisation des outils	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	80%	0%
• Prévoir un mode d'approvisionnement	Oui	Non	+/-	Oui	Non	40%	20%
Étape 6 : Réexaminer, réajuster, peaufiner							
• Évaluer l'implantation de la démarche	Non	Non	+/-	Oui	Non	20%	20%
• Donner une rétroaction au milieu	Non	Non	Non	Oui	Non	20%	0%
• Apporter des ajustements au besoin	Non	Non	Non	Oui	Non	20%	0%
% d'activités réalisées dans leur totalité dans chaque GMF	43%	48%	62%	100%	19%	Moyenne 54%	Moyenne 14%

En ce qui concerne les outils du *Guide HTA*, il faut distinguer ceux proposés en soutien à chaque étape (1, 2, 3, 4, 6), qui sont principalement à l'usage des ICPC, de leur accompagnateur régional et des responsables de la démarche dans les GMF, et les très nombreux outils proposés à l'étape 5 (*S'outiller pour bien travailler*), qui sont principalement utilisés par les cliniciens et les patients pour améliorer la qualité des soins.

L'utilisation des outils en soutien aux étapes est très peu répandue (voir tableau 4). En effet, aucun GMF n'a fait appel à plus de trois des neuf principaux outils mis à leur disposition pour soutenir les différentes étapes. Qui plus est, dans deux GMF, aucun de ces outils n'a été utilisé dans sa totalité. Le protocole pour le dépistage et le suivi de l'hypertension artérielle, qui constitue le cœur de la troisième étape de la démarche de systématisation, a rallié les cinq GMF, soit en totalité ou en partie.

Les nombreux outils cliniques de l'étape 5 n'ont été évalués que partiellement par les ICPC et les infirmières de GMF, dans le cadre du questionnaire préentrevue, et ne sont pas pris en compte dans les résultats présentés au tableau 4.

Tableau 4 - Utilisation des outils selon le GMF d'appartenance

	GMF A	GMF B	GMF C	GMF D	GMF E	Utilisés en totalité	Utilisés partiellement
Étape 1 : Prêt pour un changement <ul style="list-style-type: none"> Utilisation de l'outil «Prêt pour un changement» 	Non	Non	Non	Non	+/-	0%	20%
Étape 2 : Portrait des pratiques <ul style="list-style-type: none"> Utilisation de l'outil «Notes au dossier sur la mesure de la pression artérielle et sur les habitudes de vie » Utilisation de l'outil «Notes au dossier sur les facteurs de risque de MCV, sur l'investigation de base et sur le traitement non pharmacologique de l'HTA » 	Non	Non	?	Oui	Non	20%	?
	Non	Non	?	?	Non	0%	?
Étape 3 : Directive de soins <ul style="list-style-type: none"> Utilisation de l'outil «Protocole sur l'hypertension artérielle» Utilisation de l'outil «Ordonnance collective» 	Oui	Oui	+/-	Oui	+/-	60%	40%
	Non	Non	+/-	Oui	Non	20%	20%
Étape 4 : Planifier la prestation des services <ul style="list-style-type: none"> Utilisation de l'outil «Distribution de tâches entre les membres du personnel clinique» Utilisation des outils «Algorithmes des activités à réaliser» 	+/-	Oui	Oui	Non	Non	40%	20%
	+/-	Oui	Oui	Non	Non	40%	20%
Étape 5 : S'outiller pour bien travailler <ul style="list-style-type: none"> Outils cliniques non reliés à l'implantation et non pris en compte dans ces résultats 							
Étape 6 : Réexaminer, réajuster, peaufiner <ul style="list-style-type: none"> Utilisation de l'outil «Choix de la démarche d'évaluation» Utilisation de l'outil « Évaluation du système de soins préventifs HTA» 	Non	Non	Non	?	+/-	0%	20%
	Non	Non	Non	?	Non	0%	?
% des outils utilisés dans leur totalité dans chaque GMF	11%	33%	0%	33%	0%	Moyenne 15%	Moyenne 16%

a- Conditions favorables à l'implantation

Parmi l'ensemble des conditions favorables identifiées par les ICPC, deux s'avèrent particulièrement importantes pour trois des infirmières-conseils. Une de ces conditions concerne le soutien qu'elles ont reçu en cours d'implantation de la démarche de systématisation. Ce soutien s'est manifesté de façon variable à chacune des six étapes de la démarche et provenait de différentes sources : gestionnaire du CSSS, médecin responsable du GMF, équipe régionale PCP et délégués des compagnies pharmaceutiques. La collaboration dont ont fait preuve différents acteurs en cours de processus constitue un second facteur d'importance à avoir facilité l'implantation de la démarche. Bien que cette collaboration ne se limite pas aux infirmières et médecins des GMF, ceux-ci sont les plus fréquemment identifiés par les infirmières-conseils. Dans un des GMF, la collaboration du personnel semble avoir été particulièrement facilitante aux quatre premières étapes de la démarche alors que dans un autre, sa contribution s'est plutôt fait sentir aux étapes 4, 5 et 6.

En ce qui concerne les infirmières de GMF, leurs propos ne permettent pas de dégager de condition favorable faisant véritablement consensus. Néanmoins, deux infirmières mentionnent à différentes occasions que la bonne participation des médecins et leur ouverture ont contribué à la réalisation des étapes 1, 3 ou 4 de la démarche de systématisation.

b- Obstacles à l'implantation

Les ICPC ont identifié une diversité de facteurs qui ont pu, à divers degrés, nuire à la réalisation de l'une ou l'autre des étapes de la démarche de systématisation. Par contre, les conditions nommées sont propres à chaque GMF, de telle sorte qu'on ne peut identifier de facteur explicatif de la non-réalisation ou de la réalisation partielle de certaines des étapes qui s'appliquerait à plusieurs GMF (voir annexe 5). Qui plus est, les facteurs identifiés par une même infirmière-conseil ne se généralisent pas à travers les six étapes, de telle sorte que pour un même GMF, ce ne sont pas les mêmes conditions qui sont en jeu à travers l'ensemble de la démarche.

Le même phénomène que ceux précédemment décrits s'applique également aux infirmières des GMF. Par contre, deux infirmières mentionnent qu'aux étapes 3 et 4 de la démarche de systématisation tous les médecins ne se conforment pas à la directive de soins en place, ou encore ne s'impliquent pas dans la planification ou dans la prestation des services.

3.1.8 Satisfaction concernant le processus

Tant les ICPC que les infirmières de GMF et les médecins responsables font montre d'un haut niveau de satisfaction à l'endroit de la démarche de systématisation. Deux infirmières-conseils sondées sur la question rapportent avoir particulièrement apprécié la bonne collaboration du milieu clinique. Pour les infirmières de GMF, c'est avant tout l'autonomie professionnelle, que leur procurent la mise en place du protocole de soins et les informations reçues en lien avec le traitement de l'HTA, qui constitue l'aspect le plus satisfaisant de la démarche. Pour les médecins responsables, ce sont avant tout la possibilité de déléguer certains actes aux infirmières, la standardisation des pratiques et une meilleure prise en charge des patients qui sont source de satisfaction.

Qu'il s'agisse des ICPC, des infirmières de GMF ou des médecins responsables, les éléments d'insatisfaction identifiés sont peu nombreux. En deux occasions, les infirmières de GMF mentionnent que le manque d'engagement de certains médecins dans l'élaboration du

protocole ou dans son application a constitué pour elles le principal irritant dans la mise en place de la démarche.

3.1.9 Effets du système de soins perçus par les cliniciens

Les deux infirmières de GMF qui se sont prononcées sur les effets engendrés par la présence du protocole rapportent une nette amélioration des soins fournis aux patients, principalement attribuable à un suivi mieux structuré et plus complet durant lequel il se ferait davantage de prévention et d'enseignement auprès des patients. Les propos recueillis auprès des médecins responsables viennent confirmer les impressions des infirmières puisque quatre d'entre eux ont rapporté avoir également observé une amélioration des soins aux patients. Ces médecins font aussi mention d'un second effet, à savoir que la présence du protocole facilite la délégation de certains actes aux infirmières, les libérant ainsi pour voir d'autres patients. Par contre, comme il est mentionné à quelques occasions, la capacité des infirmières à recevoir de nouveaux patients n'est pas sans limites, et il en résulte que tous les individus hypertendus ne peuvent recevoir les meilleurs soins que serait en mesure de leur procurer leur GMF.

3.2 Analyse des effets sur les pratiques

Les caractéristiques comparatives des GMF expérimentaux et témoins pour l'analyse des effets sur les pratiques sont présentées au tableau 5. Si on se fie aux questionnaires remplis par les adjoints administratifs, les réalités vécues dans les GMF sont très variables. Les cliniques à l'origine des GMF témoins sont plus anciennes, mais le projet GMF y a débuté plus tard. Les infirmières sont plus présentes dans les GMF expérimentaux. Le témoin G, en particulier, ne dispose que d'une seule infirmière, si on le compare à l'expérimental B qui en a 2,5. Par ailleurs, l'expérimental C contraste avec le témoin F par sa faible clientèle inscrite par médecin et son débit restreint.

Tableau 5 - Caractéristiques des GMF expérimentaux et témoins pour l'analyse des effets sur les pratiques

Caractéristique / GMF	Expérimental B	Expérimental C	Témoin F	Témoin G
Clinique existant depuis	1980	1988	1970	1973
GMF depuis	2006	2004	2007	2007
Nombre de médecins équivalents temps plein (ETP)	10	4,5	4,6	9
Nombre d'années de pratique des médecins	30,5	24,8	28,5	24,8
Nombre d'infirmières ETP	2,5	2	2	1
Nombre de patients inscrits	18 100	5 300	10 800	13 900
Nombre de patients vus par jour	215	80 (R-V seulement)	275	105
Nombre de médecins ETP / Nombre de patients inscrits	1810	1178	2377	1546
Dossier médical électronique (DMÉ)	Non	Oui (2010)	Non	Oui (2012)
Directives de soins en vigueur	8	5	5	8

3.2.1 Caractéristiques des patients

Le tableau 6 compare les caractéristiques des patients participants, hypertendus (HTA) et non hypertendus (nHTA), ainsi que le type de dossier consulté dans les GMF expérimentaux (GMFe) et témoins (GMFt). Les données autodéclarées par les patients lors du questionnaire sont présentées sur fond vert, et celles du dossier sur fond clair.

Il n'y a pas de différence significative entre les groupes expérimental et témoin pour l'âge, le sexe, la scolarité ni la présence de trois comorbidités (dyslipidémie, diabète, maladie cardiovasculaire), qu'elles soient autodéclarées par le patient lors de l'enquête ou inscrites au dossier à l'audit. Cette ressemblance entre les patients des groupes expérimental et témoin suggère que la sélection aléatoire a bien fonctionné et augmente la validité des comparaisons qui suivent concernant le dépistage, le diagnostic, l'investigation et les interventions préventives au regard de l'HTA.

Les hypertendus des GMFe semblent significativement ($p=0.029$) mieux renseignés sur leur maladie que ceux des GMFt, 90 % contre 76 % se déclarant hypertendus. De plus, les trois non hypertendus qui se disent hypertendus appartiennent au groupe témoin.

Les hypertendus sont très significativement ($p=0,000$) plus âgés que les non hypertendus, tant dans les GMFe (66,6 vs 51,9 ans) que dans les GMFt (67,6 vs 49,4 ans). Parallèlement, les hypertendus présentent très significativement ($p=0,000$) plus de comorbidités que les non hypertendus, tant dans les GMFe (68,3 % vs 15,8 %) que dans les GMFt (70,1 % vs 28,6 %).

La présence au dossier d'un sommaire des problèmes et diagnostics, antécédents, habitudes de vie, médicaments et allergies est un standard de bonne pratique préconisé depuis des décennies par le Collège des médecins du Québec. Les dossiers des GMFe sont plus nombreux à comporter un sommaire. Cet écart est plus marqué chez les non hypertendus, s'approchant du seuil de signification statistique ($p=0,064$).

Tableau 6 - Caractéristiques des patients participants et type de dossier médical audité

Variables	GMF expérimentaux (n=120)		GMF témoins (n=123)	
	HTA n (%)	nHTA n (%)	HTA n (%)	nHTA n (%)
HTA au tri	63	57	67	56
HTA auto-déclarée	57 (90,5)*	0	51 (76,1)	3 (5,4)
Âge				
<65	29 (46)	46 (80,7)	27 (40,3)	46 (82,1)
65 et plus	34 (54)	11 (19,3)	40 (59,7)	10 (17,9)
Moyenne	66,6*	51,9	67,6*	49,4
Minimum	39	20	37	21
Maximum	91	76	98	78
Sexe				
Féminin	34 (54)	38 (66,7)	38 (56,7)	35 (62,5)
Masculin	29 (46)	19 (33,3)	29 (43,3)	21 (37,5)
Scolarité autodéclarée				
Primaire ou secondaire	38 (61,3)	27 (47,4)	39 (58,2)	24 (42,9)
Collégiale ou universitaire	24 (38,7)	30 (52,6)	28 (41,8)	32 (57,1)
Comorbidités (tout le dossier) (dyslipidémie, MCV, diabète)				
Au moins une	43 (68,3)*	9 (15,8)	47 (70,1)*	16 (28,6)
Aucune	20 (31,7)	48 (84,2)	20 (29,9)	40 (71,4)
Comorbidités autodéclarées				
Au moins une	44 (69,8)	14 (24,6)	48 (71,6)	13 (23,2)
Aucune	19 (30,2)	43 (75,4)	19 (28,4)	43 (76,8)
Type de dossier médical				
Papier ou électronique avec sommaire	44 (69,8) 19 (30,2)	42 (73,7) 15 (26,3)	43 (64,2) 24 (25,8)	32 (57,1) 24 (42,9)
Papier sans sommaire				

*Différence statistiquement significative ($p < 0,05$)

3.2.2 Effet global de l'intervention sur les pratiques (effet global)

Pour mesurer l'effet global de l'intervention sur les soins reçus par les patients (hypertendus ou non) en lien avec le dépistage et le suivi de l'hypertension, les pratiques réalisées par les cliniciens des GMF expérimentaux et témoins (médecins et infirmières confondus) ont été comparées, selon la double perspective du patient (enquête téléphonique) et de son dossier médical (audit des dossiers). Le fait de présenter côte à côte dans les tableaux la perspective du patient (fond vert) et celle du dossier (fond blanc) permet des comparaisons entre les deux sources de données.

Le tableau 7 compare les **pratiques reliées au dépistage et au diagnostic de l'hypertension artérielle**. Selon le dossier, un nombre significativement ($p=0,046$) plus élevé de patients hypertendus a été rencontré par une infirmière dans les GMFe au cours des trois ans précédant l'étude, soit environ le tiers d'entre eux. La même tendance, non significative, est observée au questionnaire des patients hypertendus lors de l'enquête.

Plus de visites par patient ont été effectuées au cours des trois dernières années dans les GMF témoins, tant par les hypertendus ($p=0,002$) que les non hypertendus ($p=0,001$). Par contre, on a mesuré la TA des patients des GMF expérimentaux plus systématiquement au cours de leurs visites, tant chez les hypertendus ($p=0,001$) que les non hypertendus ($p=0,000$), et pour environ un tiers d'entre eux à toutes les visites.

La mesure standardisée de TA et la mesure automatisée (BP Tru) sont significativement ($p=0,01$) plus souvent utilisées chez les patients des GMF expérimentaux que témoins.

Les TA systolique et diastolique moyennes à la dernière mesure au dossier sont plus élevées chez les HTA que les nHTA ($p=0,000$ pour la TA systolique et $p=0,045$ pour la TA diastolique), mais ne diffèrent pas entre les patients des GMF expérimentaux et témoins. Une proportion élevée d'hypertendus des deux groupes (GMFe 45 %, GMFt 41 %) présentaient à la dernière mesure au dossier des chiffres dépassant la cible recommandée. Dans les GMFe, une proportion plus élevée d'hypertendus se disent constamment sous contrôle (tendance statistiquement non significative). Leur perception du niveau de contrôle de leur maladie (GMFe 30 %, GMFt 39 % de contrôle insuffisant) s'approche du niveau de contrôle reflété par le dossier médical.

On est surpris de constater que les cliniciens des GMF, tant expérimentaux que témoins, tendent à arrondir les chiffres de TA qu'ils inscrivent dans les dossiers : la fréquence des multiples de 10 tels que 110, 120, 130 millimètres de mercure (mm Hg) est anormalement élevée par rapport à ce qui serait normalement attendu pour une variable continue dont la lecture est faite par tranche de 2 millimètres sur le cadran ou la colonne de mercure du sphygmomanomètre. Ainsi 53,9 % (TA systolique) et 59,7 % (TA diastolique) des chiffres inscrits sont arrondis à la dizaine, par rapport aux 20 % attendus.

Tableau 7 - Dépistage et diagnostic de l'hypertension

Variables	GMF expérimentaux (n=120)		GMF témoins (n=123)	
	HTA N (%)	nHTA N (%)	HTA N (%)	nHTA N (%)
HTA au tri	63	57	67	56
Professionnels rencontrés (dossier, 3 ans)				
MD seulement	41 (65,1)	52 (91,2)	54 (80,6)	53 (94,6)
Infirmière ± médecin	22 (34,9)*	5 (8,8)	13 (19,4)	3 (5,4)
Professionnels rencontrés (déclaré, 1 an)				
MD seulement	35 (55,6)	40 (70,2)	46 (68,7)	40 (71,4)
Infirmière et MD	24 (38,1)	9 (15,8)	18 (26,9)	10 (17,9)
Autre professionnel	4 (6,3)	8 (14)	3 (4,5)	6 (10,7)
Nombre de visites au GMF (dossier, 3 ans)				
1 à 6	37 (58,7)	44 (77,2)	21 (31,3)	27 (48,2)
7 à 29	26 (41,3)	13 (22,8)	46 (68,7)*	29 (51,8)*
Nombre mesures de TA (dossier, 3 ans)				
0	4 (6,3)	2 (3,5)	1 (1,5)	7 (12,5)
1 à 6	46 (73,0)	52 (91,2)	46 (68,7)	45 (80,4)
7 à 21	13 (20,6)	3 (5,3)	20 (29,9)	4 (7,1)
Rapport nombre de mesures de TA / nombre de visites (dossier, 3 ans)				
0	4 (6,3)	2 (3,5)	1 (1,5)	7 (12,5)
Mesure < 49% des visites	7 (11,1)	9 (15,8)	22 (32,8)	22 (39,3)
Mesure 50 à 74% des visites	13 (20,6)	23 (40,4)	23 (34,3)	17 (30,4)
Mesure 75 à 99% des visites	17 (27)	6 (10,5)	12 (17,9)	8 (14,3)
Mesure 100% des visites	22 (34,9)*	17 (29,8)*	9 (13,4)	2 (3,6)
Nombre mesures de TA (déclaré, 1 an)				
Aucune	8 (12,9)	5 (8,8)	5 (7,6)	6 (10,7)
1	19 (30,6)	32 (56,1)	19 (28,8)	31 (55,4)
2	13 (21)	13 (22,8)	16 (24,2)	12 (21,4)
3 et plus	22 (35,5)	7 (12,3)	26 (39,4)	7 (12,5)
Type de mesure au GMF (déclaré, 1 an)				
Non standardisée seulement	15 (27,8)		30 (51,7)	
Standardisée ou Bp TRU	39 (72,2)*		28 (48,3)	
Type de mesure hors GMF (déclaré, 1 an)				
Aucune	34 (54,0)		40 (59,7)	
Automesure, pharmacie, MAPA	23 (36,5)		25 (37,3)	
Autre non spécifiée	6 (9,5)		2 (3,0)	
Dernière TA systolique au dossier				
Moyenne (mm Hg)	135,6	124,5	134,8	124,4
Dernière TA diastolique au dossier				
Moyenne (mm Hg)	77,4	76,3	80,1	76,4
Atteinte de la cible de traitement à la dernière mesure (hypertendus non diabétiques <140 s et <90 d, hypertendus diabétiques <130 s et <80 d)				
Cible atteinte	33 (55,0)		39 (59,1)	
Cible non atteinte	27 (45,0)		27 (40,9)	
Contrôle de TA autodéclaré (déclaré, 1 an)				
Constamment sous contrôle	44 (69,8)		40 (60,6)	
Contrôle sous optimal	19 (30,2)		26 (39,4)	

*Différence statistiquement significative (p<0,05)

Au tableau 8, on compare les pratiques d'évaluation du risque cardiovasculaire réalisées dans les GMF expérimentaux et témoins. Les hypertendus des GMFe ont significativement ($p=0,038$) plus d'antécédents familiaux pertinents notés à leur dossier (HTA, maladie cardiaque ou vasculaire artériosclérotique familiale). La même tendance (non significative) est observée pour les non hypertendus. Le calcul de l'indice de masse corporelle se retrouve davantage dans les dossiers des GMF témoins, chez les HTA ($p=0,021$) et surtout nHTA ($p=0,001$). Toutefois, ce calcul est rarement retracé (dans 28 dossiers, soit 11,5 %), et la mesure du tour de taille encore moins (chez 4 hypertendus des GMF témoins). La présence au dossier d'un calcul de risque cardiovasculaire selon Framingham est davantage retrouvée chez les non hypertendus des GMF témoins ($p=0,026$), mais rarement retracée (chez 20 patients, soit 8 %).

Les cinq analyses de biochimie sélectionnées (analyse d'urine, électrolytes, créatinine, glycémie, lipides) ont été prescrites sur une période de 3 ans à plus de 80 % des patients et particulièrement aux hypertendus. La seule différence significative entre les GMF expérimentaux et témoins concerne les hypertendus des GMFe, qui ont eu significativement ($p=0,032$) plus de dosages d'électrolytes que les témoins. Enfin les hypertendus des GMFe ont passé significativement ($p=0,006$) plus d'électrocardiogrammes (ECG) durant les trois ans précédant l'audit.

Tableau 8 - Évaluation du risque cardiovasculaire

Variables	GMF expérimentaux (n=120)		GMF témoins (n=123)	
	HTA N (%)	nHTA N (%)	HTA N (%)	nHTA N (%)
HTA au tri	63	57	67	56
Antécédents familiaux pertinents (tout le dossier)				
Oui	34 (54)*	24 (43,1)	24 (35,8)	17 (30,4)
Non ou manquant	29 (46)	33 (57,9)	43 (64,2)	39 (69,6)
Indice de masse corporelle (tout le dossier)				
Oui	2 (3,2)	2 (3,5)	10 (14,9)*	14 (25)*
Non ou manquant	61 (96,8)	55 (96,5)	57 (85,1)	42 (75)
Tour de taille (tout le dossier)				
Oui	0 (0)	0 (0)	4 (6)	0 (0)
Non ou manquant	63 (100)	(100)	63 (94)	56 (100)
Calcul du risque (score de Framingham, tout le dossier)				
Oui	7 (11,1)	1 (1,8)	5 (7,5)	7 (12,5)*
Non ou manquant	56 (88,9)	56 (98,2)	62 (92,5)	49 (87,5)
Analyse d'urine (dossier, 3 ans)				
Oui	47 (74,6)	34 (59,6)	55 (82,1)	39 (69,6)
Non ou manquant	16 (25,4)	23 (40,4)	12 (17,9)	17 (30,4)
Électrolytes (dossier, 3 ans)				
Oui	60 (95,2)*	46 (80,7)	56 (83,6)	42 (75)
Non ou manquant	3 (4,8)	11 (19,3)	11 (16,4)	14 (25)
Créatinine (dossier, 3 ans)				
Oui	62 (98,4)	50 (87,7)	64 (95,5)	46 (82,1)
Non ou manquant	1 (1,6)	7 (12,3)	3 (4,5)	10 (17,9)
Glycémie (dossier, 3 ans)				
Oui	61 (96,8)	52 (91,2)	64 (95,5)	47 (83,9)
Non ou manquant	2 (3,2)	5 (8,8)	3 (4,5)	9 (16,1)
Lipides (dossier, 3 ans)				
Oui	60 (95,2)	48 (84,2)	64 (95,5)	43 (76,8)
Non ou manquant	3 (4,8)	9 (15,8)	3 (4,5)	13 (23,2)
ECG (dossier, 3 ans)				
Oui	20 (31,7)*	3 (5,3)	8 (11,9)	3 (5,4)
Non ou manquant	(68,3)	54 (94,7)	59 (88,1)	53 (94,6)

*Différence statistiquement significative ($p<0,05$)

Le tableau 9 compare les pratiques de counselling et autres interventions préventives réalisées dans les GMF expérimentaux et témoins. Les pratiques de counselling sur les saines habitudes de vie, en lien avec la prévention et le traitement de l'HTA, diffèrent peu entre les GMF expérimentaux et témoins, que les patients soient hypertendus ou non. L'alimentation a été plus souvent mentionnée au dossier des hypertendus expérimentaux sur la période d'observation de 3 ans, seule différence statistiquement significative ($p=0,002$). Deux pratiques s'approchent du seuil de signification : les hypertendus des GMFe rapportent plus souvent une discussion au sujet du tabagisme au cours de la dernière année ($p=0,06$) et leur dossier comporte plus souvent la mention d'une discussion sur l'activité physique ($p=0,08$). Soulignons toutefois qu'une fraction souvent minoritaire des patients, hypertendus ou non, déclarent avoir reçu un counselling concernant leurs habitudes de vie : activité physique 53,5 %, alcool 41,3 %, tabagisme 37,2 %, consommation de fruits et légumes 32 % et consommation de sel 27 %. De plus, seulement 16 hypertendus (10 dans les GMFe et 6 dans les GMFt) sur 130 (12 %), déclarent avoir reçu des recommandations de leurs cliniciens traitants en lien avec leur hypertension.

Parmi les autres interventions préventives étudiées, l'orientation vers d'autres professionnels en lien avec l'HTA ou les habitudes de vie qui y sont reliées est plus souvent mentionnée pour les hypertendus des GMFe ($p=0,02$). Aucune médication anti-hypertensive n'est retrouvée au dossier d'environ 15% des hypertendus. Quant à la remise de documentation ou l'observance du traitement, elles sont rarement retracées au dossier (3 et 8 patients, respectivement).

Tableau 9 - Counselling sur les habitudes de vie et autres interventions préventives

Variables	GMF expérimentaux (n=120)		GMF témoins (n=123)	
	HTA N (%)	nHTA N (%)	HTA N (%)	nHTA N (%)
HTA au tri	63	57	67	56
Mention activité physique (dossier, 3 ans)				
Oui	25 (39,7)	18 (31,6)	17 (25,4)	15 (26,8)
Non ou manquant	38 (60,3)	39 (68,4)	50 (74,6)	41 (73,2)
Counselling activité physique (déclaré, 1 an)				
Oui	34 (54,8)	31 (55,4)	31 (46,3)	33 (58,9)
Non	28 (45,2)	25 (44,6)	36 (53,7)	23 (41,1)
Mention alimentation (dossier, 3 ans)				
Oui	19 (30,2)*	6 (10,5)	6 (9)	3 (5,4)
Non ou manquant	69,8)	51 (89,5)	61 (91)	53 (94,6)
Counselling fruits et légumes (déclaré, 1 an)				
Oui	18 (29,5)	19 (33,3)	21 (31,3)	19 (33,9)
Non	43 (70,5)	38 (66,7)	46 (68,7)	37 (66,1)
Counselling sel (déclaré, 1 an)				
Oui	22 (35,5)	8 (14,3)	26 (38,8)	9 (16,1)
Non	40 (64,5)	48 (85,7)	41 (61,2)	47 (83,9)
Mention alcool (dossier, 3 ans)				
Oui	33 (52,4)	33 (57,9)	31 (46,3)	24 (42,9)
Non ou manquant	30 (47,6)	24 (42,1)	36 (53,7)	32 (57,1)
Counselling alcool (déclaré, 1 an)				
Oui	28 (45,2)	23 (40,4)	24 (36,4)	24 (43,6)
Non	34 (54,8)	34 (59,6)	42 (63,6)	31 (56,4)
Mention tabac (dossier, 3 ans)				
Oui	40 (63,5)	34 (59,6)	34 (50,7)	31 (55,4)
Non ou manquant	23 (36,5)	23 (40,4)	33 (49,3)	25 (44,6)
Counselling tabac (déclaré, 1 an)				
Oui	26 (41,3)	24 (42,1)	17 (25,8)	23 (41,1)
Non	37 (58,7)	33 (57,9)	49 (74,2)	33 (58,9)
Mention stress (dossier, 3 ans)				
Oui	14 (22,2)	15 (26,3)	8 (11,9)	12 (21,4)
Non ou manquant	49 (77,8)	42 (73,7)	59 (88,1)	44 (78,6)
Recommandation(s) reçue(s) en lien avec HTA (déclarées, 1 an)				
Oui	10 (15,9)		6 (9,1)	
Non	53 (84,1)		60 (90,9)	
Mention médication anti-hypertensive (dossier, 3 ans)				
Oui	54 (85,7)		56 (83,6)	
Non ou manquant	9 (14,3)		11 (16,4)	
Orientation vers d'autres professionnels (dossier, 3 ans)				
Oui	15 (23,8)*		6 (9)	
Non ou manquant	48 (76,2)		61 (91)	
Remise de documentation (dossier, 3 ans)				
Oui	1 (1,6)		2 (3)	
Non ou manquant	62 (98,4)		65 (97)	
Discussion de l'observance du traitement ((dossier, 3 ans)				
Oui	4 (6,3)		4 (6)	
Non ou manquant	59 (93,7)		63 (94)	

*Différence statistiquement significative (p<0,05)

3.2.3 Effet de l'infirmière de GMF sur les pratiques (effet infirmière)

Selon l'audit des dossiers des quatre GMF, 43 patients sur 243 (17,7 %) ont rencontré une infirmière à leur GMF au cours des trois ans précédant la collecte des données. La distribution de ces patients entre les différents groupes étudiés est présentée au tableau 10. Les patients HTA qui, on l'a vu, sont plus âgés et porteurs de plus de comorbidités, ont été plus souvent rencontrés par l'infirmière que les nHTA, à 35 (26,9 %) contre 8 (7,1 %) ($p=0,000$), la différence étant plus marquée dans les GMFe que les GMFt. Par ailleurs, les patients des GMFe ont été plus souvent rencontrés par l'infirmière que ceux des GMFt, à 27 contre 16 ($p=0,05$) et particulièrement s'ils étaient hypertendus, à 22 contre 13 ($p=0,046$). Lors de l'analyse d'implantation et de l'audit, il est apparu clairement que l'implication de l'infirmière constituait un facteur déterminant dans la plus-value du système de soins. Il était donc indispensable dans notre évaluation de départager les effets associés à l'intervention d'une infirmière (avec ou sans système de soins) de ceux attribuables au système de soins lui-même, d'autant plus que les hypertendus des GMFe ont plus souvent rencontré une infirmière que ceux des GMFt. L'effet de l'implication des infirmières peut être isolé en comparant les interventions reçues par les 43 patients qui ont eu un contact documenté avec elles, par rapport aux 200 qui n'ont rencontré que des médecins.

Tableau 10 - Distribution des patients rencontrés par l'infirmière entre les différents groupes étudiés

Professionnel rencontré	HTA exp N (%)	HTA tém N (%)	HTA total N (%)	nHTA exp N (%)	nHTA tém N (%)	nHTA total N (%)
Médecin seulement	41 (65%)	54 (81%)	95 (73%)	52 (91%)	53 (95%)	105 (93%)
Infirmière ± médecin	22 (35%)*	13 (19%)	35 (27%)*	5 (9%)	3 (5%)	8 (7%)
Total	63	67	130	57	56	113

*Différence statistiquement significative ($p<0,05$)

a- Dépistage et diagnostic de l'hypertension artérielle

Le fait de rencontrer une infirmière est significativement associé avec un nombre de visites ($p=0,003$) et de mesures de TA (0,001) plus élevé. Tous les patients vus par l'infirmière avaient au moins une mesure de TA au dossier, tandis que 7 % des patients qui n'avaient rencontré qu'un médecin au cours des derniers trois ans n'en avaient aucune. Le rapport du nombre de mesures sur le nombre de visites des patients ayant rencontré l'infirmière au cours des derniers trois ans a une tendance non significative à être plus élevé. Toutefois, le nombre de mesures effectuées au GMF au cours de la dernière année, tel que déclaré par les patients, n'est pas significativement différent si l'infirmière a été rencontrée.

Les types de mesure recommandés par le PECH pour le diagnostic au cabinet (mesure standardisée et automatisée) semblent avoir été significativement ($p=0,001$) plus souvent pratiqués chez les patients vus au GMF par l'infirmière que ceux rencontrés par le médecin seul. Par contre, l'infirmière n'a semblé faire aucune différence dans la recommandation déclarée par le patient de mesurer ou faire mesurer sa TA à l'extérieur du GMF (automesure, MAPA, pharmacie ou autre). L'atteinte de la cible de traitement lors de la dernière mesure au dossier n'était pas significativement différente si l'infirmière avait été impliquée.

b- Évaluation du risque cardiovasculaire

La mention au dossier d'antécédents familiaux de maladie cardiovasculaire a été significativement ($p=0,011$) plus fréquente lorsque l'infirmière a été rencontrée. Malgré une tendance favorablement associée à l'intervention de l'infirmière pour l'inscription au dossier de l'indice de masse corporelle, du tour de taille et du calcul du risque cardiovasculaire, elle n'atteint pas le seuil de signification statistique. Aucune différence significative ne se dégage pour la prescription aux hypertendus d'analyses biochimiques appropriées, mais la présence de l'infirmière dans le dossier est associée ($p=0,032$) à la présence d'un ECG.

c- Counselling sur les habitudes de vie et autres interventions préventives

Le counselling alimentaire est plus fréquemment retracé au dossier ($p=0,000$) si l'infirmière a été rencontrée, ce que confirment les patients à l'enquête téléphonique ($p=0,009$). Il en est de même pour la consommation d'alcool ($p=0,002$) et le tabagisme ($p=0,015$) mentionnés au dossier. Plus de patients ont été orientés vers d'autres professionnels en lien avec l'HTA s'ils avaient été rencontrés par l'infirmière ($p=0,02$). Les cinq patients qui ont reçu de la documentation selon le dossier ont tous été rencontrés par l'infirmière ($p=0,004$).

3.2.4 Effet de l'application du système de soins sur les pratiques (effet système)

Le système de soins préconisé par le *Guide HTA* ne peut être mis en pleine application que par l'intervention de l'infirmière du GMF, à laquelle les médecins confient ainsi de nombreuses tâches au niveau du dépistage, du diagnostic, de l'évaluation du risque cardiovasculaire et du traitement non pharmacologique. Toutefois, les GMF témoins disposent également de ressources infirmières qu'ils peuvent affecter à des tâches similaires auprès des hypertendus. Pour isoler l'effet de l'implantation du *Guide HTA*, il faut comparer l'effet sur les soins préventifs de l'intervention d'infirmières munies du *Guide* (infirmières expérimentales) par rapport à l'intervention d'infirmières sans *Guide* (infirmières témoins). Étant donné les faibles effectifs comparés (27 patients ayant rencontré une infirmière de GMFe et 16 une infirmière de GMFt), les résultats suivants doivent être interprétés avec prudence.

a- Dépistage et diagnostic de l'hypertension artérielle

Les types de mesure recommandés par le PECH pour le diagnostic au cabinet (mesure standardisée et automatisée) semblent avoir été significativement ($p=0,036$) plus souvent pratiqués par les infirmières expérimentales que par les infirmières témoins.

b- Évaluation du risque cardiovasculaire

Trois des quatre patients ayant eu une mesure de leur tour de taille ont été rencontrés par les infirmières témoins.

c- Counselling sur les habitudes de vie et autres interventions préventives

Les patients rencontrés par les infirmières expérimentales ont un counselling alimentaire plus souvent mentionné à leur dossier ($p=0,044$).

3.2.5 Effet de l'informatisation des dossiers sur les pratiques (effet DMÉ)

Parmi les GMF étudiés, l'un de nos GMF expérimentaux était plus avancé que tous les autres au niveau de l'informatisation des dossiers tandis que l'autre GMF expérimental fonctionnait uniquement avec un dossier papier. Étant donné l'efficacité reconnue des dossiers médicaux

électroniques (DMÉ) sur la prestation des soins et leur documentation, il nous est apparu pertinent de comparer entre eux les deux GMF expérimentaux.

a- Dépistage et diagnostic de l'hypertension artérielle

Le GMF avec DMÉ semble avoir procédé, au cours des derniers trois ans, à plus de mesures de la TA ($p=0,022$) et à plus de mesures par visite ($p=0,005$). On y note une plus grande utilisation des méthodes de mesure recommandées par le PECH ($p=0,000$).

b- Évaluation du risque cardiovasculaire

Aux dossiers des patients du GMF avec DMÉ, il y a plus souvent mention des antécédents familiaux pertinents ($p=0,000$). Il n'y a pas de différence pour les tests retracés au dossier, à l'exception de l'analyse d'urine, plus souvent retrouvée au dossier du GMF non informatisé ($p=0,023$)

c- Counselling sur les habitudes de vie et autres interventions préventives

Le GMF avec DMÉ inscrit plus souvent au dossier des informations concernant l'activité physique ($p=0,026$), la consommation d'alcool ($p=0,000$) et le tabagisme ($0,000$).

4 DISCUSSION

4.1 Interprétation des résultats

4.1.1 Implantation du système de soins

a- *Les conditions mises en place au départ (intrants 1 à 6) étaient-elles favorables à l'implantation?*

Les diverses **parties prenantes** à l'implantation du système de soins (intrant 1), qu'il s'agisse du MSSS, de l'ASSSM ou des CSSS, ont toutes exercé une influence positive et assez uniforme sur l'implantation de la démarche de systématisation HTA dans les cinq GMF étudiés.

Malgré nos efforts pour inclure dans l'étude des cas contrastés, les **caractéristiques et l'environnement** (intrant 2) des cinq GMF se sont révélés assez homogènes. Les quelques différences observées entre les milieux (taille des organisations, délais écoulés depuis la mise en place du système) ne semblent pas avoir influencé le degré d'implantation tel que mesuré à partir des tâches réalisées et des outils utilisés.

Concernant les **ressources du GMF pouvant soutenir le changement** (intrant 3) on remarque d'abord la grande motivation des médecins responsables à mettre en place un protocole de soins pour le dépistage et le suivi de l'hypertension artérielle ainsi que l'enthousiasme des infirmières et des adjoints administratifs à les soutenir dans cette démarche. Il s'agit sans doute de milieux « adopteurs précoces de l'innovation » (*early adopters*) selon le modèle de Rodgers (43). L'un des GMF étudiés avait même pris l'initiative des premières étapes du *Guide HTA* avant d'avoir recours à l'ICPC. De plus, le fait que ces GMF aient accepté de collaborer à la présente étude témoigne de l'ouverture des cliniciens à jeter un regard critique sur leurs pratiques. Les autres ressources à mentionner sont l'informatisation des dossiers, un aménagement physique favorisant l'accès direct des patients à l'infirmière du GMF et la disponibilité d'un appareil de mesure automatisée (BpTRU) ou d'un appareil de MAPA, qui deviennent des outils précieux de diagnostic et de suivi.

La **collaboration interprofessionnelle** (intrant 4) est clairement en action dans les cinq GMF. Les infirmières sont valorisées et impliquées dans les décisions concernant les patients, bien que le médecin traitant exerce un leadership fort. Les finalités sont claires et consensuelles, la qualité des soins aux patients étant au cœur des préoccupations du personnel soignant. La formalisation s'effectue essentiellement à travers des protocoles de suivi commun et des ordonnances collectives dont l'application fait appel à un partage de responsabilités médecins/infirmières. Selon ce qu'a rapporté un médecin responsable, la confiance mutuelle entre les médecins et les infirmières, condition incontournable de l'implantation, était déjà bien en place avant la démarche de systématisation, mais elle s'est vue renforcée par sa mise en œuvre. Par contre, il n'est pas possible d'affirmer que cette confiance dans le travail des infirmières s'est généralisée à l'ensemble des médecins puisque certains d'entre eux manifesteraient encore des réticences à leur déléguer des responsabilités dans le suivi des patients, limitant par le fait même l'impact de la systématisation des soins dans leur milieu clinique.

Les **motivateurs externes** (intrant 5) ayant favorisé l'implantation de la démarche de systématisation ont principalement été les interventions de l'ICPC et de son accompagnateur de l'équipe régionale PCP, effectives sur tous les territoires étudiés. Ces interventions se sont

montrées déterminantes pour l'implantation selon les répondants de plusieurs GMF, et les relations développées avec le personnel des milieux cliniques se sont révélées durables. Pourtant, l'intensité de l'intervention des ICPC pour implanter un tel système de soins, à la fois « clé en main » et « sur mesure », semble avoir été modeste si l'on en croit leur journal de bord. En effet, leurs efforts se sont essentiellement limités à quatre ou cinq visites sur le terrain totalisant moins de 10 heures, auxquelles se sont ajoutées quelques communications téléphoniques ou électroniques. Il faut bien sûr additionner au temps des ICPC celui des accompagnateurs de l'équipe régionale PCP et de l'adjointe administrative de cette équipe, qui ont préparé les visites, les formations et les outils. Malgré tout, on peut estimer qu'une fois le système de soins construit et rodé, une telle intervention de facilitation consomme relativement peu de ressources par GMF, avec une économie d'échelle si elle est répétée dans plusieurs milieux cliniques.

Notons que la participation des ICPC à la facilitation de l'intégration des PCP en Montérégie varie selon les CSSS et demeure limitée. La fonction d'ICPC ne fait l'objet d'aucun financement spécifique ou reddition de comptes dans les CSSS de la Montérégie. Les ICPC, qui sont recrutées parmi les infirmières cliniciennes déjà employées par le CSSS, ne consacrent en moyenne que deux journées par semaine à la facilitation des PCP et cumulent d'autres tâches plus ou moins connexes dans l'établissement. Un plan de développement professionnel axé sur l'intégration de nouvelles compétences par les ICPC a été développé en 2011-2012 et est présentement en application (23). Des formations concernant les compétences visées et les contenus scientifiques, des rencontres de partage de méthodes et d'outils, un accompagnement territorial par un intervenant de l'équipe régionale et un site Web comprenant un espace collaboratif ont été mis sur pied. La présente étude peut contribuer également à soutenir la facilitation en évaluant les progrès accomplis, ainsi que les facteurs de succès et les obstacles qui influencent son déploiement régional. La rétroaction concernant cette évaluation peut contribuer à relancer l'action et à réajuster les interventions.

Concernant les **opportunités de changement et co-interventions** (intran 6), les médecins responsables et les infirmières ont principalement identifié les interventions des délégués des compagnies pharmaceutiques, en collaboration ou non avec les professionnels de santé publique. Outre la présente évaluation, différents projets de recherche, des collaborations ou des formations ont été menés par des associations et ordres professionnels, des universités, l'Agence régionale et le CSSS dans certains GMF expérimentaux et témoins, parallèlement à l'implantation de la démarche de systématisation. Bien que leur influence n'ait aucunement été relevée par les participants, il est possible que ces co-interventions aient produit des changements sur la façon dont les milieux cliniques se perçoivent et ultimement sur leurs pratiques.

b- Jusqu'à quel point l'implantation s'est-elle réalisée et quels en ont été les principaux facteurs favorables et obstacles?

Les efforts déployés par les diverses parties prenantes, principalement l'ICPC, n'ont conduit qu'à une implantation partielle de la démarche de systématisation et à une utilisation fort modeste des outils (excluant ceux de l'étape 5) qui accompagnent le *Guide HTA*. En effet, l'ensemble des tâches et activités du système de soins n'ont été implantées en totalité qu'à 54 %, et partiellement à 14%. Les outils proposés pour soutenir la démarche n'ont été utilisés en totalité par les GMF qu'à 15% et partiellement à 16%. Un examen minutieux des résultats permet toutefois d'observer une implantation fort inégale des tâches et activités proposées. Celles qui

sont centrales à la démarche (3-Directive de soins, 4-Planifier la prestation, 5-Choix des outils) obtiennent un taux de mise en œuvre appréciablement plus élevé que les étapes 1, 2 et 6. La désaffection pour la première étape peut s'expliquer du fait que les médecins responsables avaient déjà pris la décision d'aller de l'avant lors de rencontres avec des collègues dans un cadre informel ou formel (ex : comité local du DRMG) et qu'ils étaient « impatients de passer à l'action ». Par ailleurs, la réalisation des étapes 2 et 6 (2-Établir le portrait des pratiques; 6-Réexaminer, peaufiner, réajuster) demande du temps et des ressources dont peu de milieux disposent. De plus, l'autoévaluation des pratiques dans un objectif d'amélioration de la qualité ne fait pas encore partie des obligations et de la culture de ces organisations à gestion privée, et l'intrusion d'un agent extérieur dans les dossiers médicaux rencontre souvent des résistances, comme nous l'avons expérimenté.

En ce qui concerne les outils, la directive ou protocole de soins qui structure l'ensemble de la démarche obtient la meilleure note, puisqu'utilisée dans 60 % des GMF. Par contre, le taux d'utilisation des autres outils proposés pour l'implantation de la démarche s'est avéré très faible (rappelons toutefois que les outils cliniques de l'étape 5, non reliés à l'implantation, ne sont pas considérés dans cette appréciation). Pour expliquer cette faible utilisation, le GMF le plus informatisé mentionne que ces outils ne peuvent être intégrés dans les dossiers électroniques des patients et sont, pour cette raison, laissés de côté. En général, le manque de standardisation dans les outils proposés pour différents protocoles de soins constituerait un irritant majeur pour les médecins, ceux-ci ayant tendance à retourner aux outils avec lesquels ils sont déjà familiers (44).

L'étude a pu mettre en évidence, chez les ICPC tout au moins, deux conditions ayant facilité l'implantation de la démarche, qui ont été présentes dans la majorité des GMF étudiés : le soutien reçu de différents intervenants sur le terrain (gestionnaire du CSSS, médecin responsable du GMF, équipe régionale PCP et délégués des compagnies pharmaceutiques) et la collaboration des principaux acteurs impliqués. En contrepartie, on ne retrouve pas d'obstacle qui soit généralisé à l'ensemble des GMF et qui constituerait un empêchement majeur à l'élaboration et à l'adoption d'un protocole de soins. Aucune typologie utile des obstacles mentionnés, tant verticalement (entre les étapes) qu'horizontalement (entre les GMF) n'a pu être formulée. Pour plus de détails, le lecteur est référé aux sections obstacles des études de cas de chaque GMF (annexe 5). Un accompagnement soutenu par l'ICPC, doublé d'une approche adaptée aux réalités de chacun des milieux, devrait permettre de surmonter, ou tout au moins de contourner, plusieurs des difficultés mentionnées, comme le suggère une recherche-action récente menée dans la région de Québec(45).

c- Quels sont les effets perçus par les cliniciens et leur satisfaction concernant le processus?

La grande majorité des médecins rencontrés ont identifié des effets positifs de la mise en place de la systématisation des soins sur les pratiques cliniques en lien avec l'hypertension. Une meilleure prise en charge des patients, un suivi amélioré et des occasions plus fréquentes de faire de la prévention grâce aux interventions effectuées par les infirmières constituent trois des principales retombées nommées. Aussi, par le partage des responsabilités, les médecins libérés peuvent s'occuper d'autres patients. La valorisation du rôle de l'infirmière et l'augmentation de son autonomie ainsi que la standardisation des soins résulteraient, selon les infirmières et médecins interrogés, en des bénéfices clairs pour les patients.

Tant les ICPC que les médecins responsables et les infirmières de GMF rapportent être hautement satisfaits de la mise en œuvre de la démarche de systématisation. La mise à jour des

connaissances, la standardisation des pratiques, le partage des tâches et l'autonomie accrue des infirmières constituent les principaux motifs de satisfaction des médecins et infirmières de GMF. En contrepartie, les éléments d'insatisfaction associés directement à la démarche se font beaucoup plus rares. Le manque d'implication de certains médecins dans l'application du protocole de soins constitue le principal irritant identifié par deux infirmières de GMF.

Bref, les résultats obtenus concernant les effets perçus de la démarche de systématisation HTA et l'appréciation qu'ont les intervenants de cette dernière sont forts encourageants pour le maintien de l'intervention dans les GMF étudiés, pour sa transposition à d'autres PCP ou maladies, ou encore pour la mise en place d'ordonnances collectives.

4.1.2 Effet sur les pratiques

a- Quels effets l'implantation a-t-elle eus sur les pratiques des professionnels?

En principe, l'implantation du système de soins dans les GMF expérimentaux, même si incomplète, devrait se traduire par une amélioration du dépistage et du suivi des hypertendus, par rapport aux GMF témoins. Les normes canadiennes reconnues à cet égard sont celles du PECH, un organisme qui révisé annuellement la littérature scientifique et émet des recommandations aux professionnels concernés et à la population.

Les données recueillies confirment effectivement une tendance générale des GMF expérimentaux à s'approcher davantage des recommandations du PECH. À cet égard, les résultats sont statistiquement significatifs en ce qui concerne la proportion mesures/visites, l'utilisation de méthodes de diagnostic recommandées, l'inscription d'antécédents familiaux pertinents, la prescription d'un dosage d'électrolytes et d'ÉCG, l'inscription au dossier de renseignements sur l'alimentation et l'orientation des hypertendus vers d'autres professionnels. Par contre, les résultats favorisent les GMF du groupe témoin en ce qui concerne l'inscription au dossier de l'indice de masse corporelle, du tour de taille ainsi que du calcul du risque cardiovasculaire selon Framingham, mais ces derniers résultats doivent être interprétés avec beaucoup de prudence compte tenu du nombre restreint de sujets concernés. Notons finalement que, quelle que soit l'habitude de vie considérée, les GMF expérimentaux et témoins ne se distinguent pas significativement pour les pratiques de counselling dont les patients HTA ou nHTA déclarent avoir bénéficié.

Au moins un facteur a pu contribuer à **accroître les différences observées** entre les GMF expérimentaux et témoins : une plus forte proportion des patients hypertendus des GMFe que des GMFt ont rencontré une infirmière (35 % contre 19 %). Or, une rencontre avec l'infirmière, témoin du partage de tâches avec le médecin, constitue une condition essentielle à l'application complète du système de soins. Tous GMF confondus, les patients ayant rencontré une infirmière ont enregistré un plus grand nombre de visites, ont eu davantage de mesures de la TA et ces dernières ont été effectuées de façon plus conforme aux recommandations du PECH. De plus, l'inscription au dossier d'antécédents familiaux pertinents, la présence d'un ECG, le counselling sur l'alimentation, le tabagisme et la consommation d'alcool, l'orientation vers d'autres professionnels et la remise de documentation sont clairement associés à l'implication de l'infirmière.

Plusieurs facteurs ont pu contribuer à **réduire les différences observées** entre les groupes expérimental et témoin :

- L'implantation et l'utilisation des outils n'ont été que partielles dans les GMFe;
- Moins du quart (22,5 %) des patients expérimentaux, hypertendus ou non, ont été rencontrés par une infirmière au cours des trois années d'observation, et l'hypertension n'est qu'une des multiples conditions pour lesquelles l'infirmière de GMF est sollicitée;
- On a vu qu'une minorité de médecins restent réticents à référer à l'infirmière, même après l'implantation du système de soins;
- Il est plausible que les hypertendus diagnostiqués et traités depuis plusieurs années aient moins besoin des procédures de diagnostic, d'investigation et de traitement proposées par le système de soins, et que les médecins aient moins tendance à recourir à l'infirmière pour ces anciens cas d'hypertension (nombreux) que pour les nouveaux cas (moins fréquents);
- Chaque GMF du Québec étant libre d'utiliser le *Guide HTA*, en ligne depuis 2008 sur le site du MSSS, ou de développer son propre système de soins pour ses patients hypertendus, les GMF témoins ont pu être « contaminés » par des interventions concurrentes. À l'appui de cette hypothèse, nous avons appris que dans l'un des GMF témoin, un protocole de soins basé sur les recommandations du PECH est utilisé par les infirmières, alors que dans l'autre on utilise une ordonnance collective pour l'ajustement du dosage de certains médicaments antihypertenseurs. De plus, des communications téléphoniques nous ont indiqué que des infirmières de GMF auraient migré du territoire expérimental au territoire témoin, emportant avec elles le protocole de soins HTA qu'elles comptaient appliquer. On ignore toutefois dans quelle mesure cette contamination aurait pu influencer les résultats.

b- Que nous apprend l'étude sur les soins dispensés en lien avec l'HTA dans les GMF de la Montérégie?

L'audit a permis de soulever certaines interrogations concernant les pratiques actuelles, telles que reflétées par les dossiers médicaux.

L'absence de sommaire dans plus du tiers des dossiers consultés est surprenante, dans le contexte de pratiques de groupe interdisciplinaires où le partage de l'information clinique est critique pour l'efficacité et l'efficience des soins.

L'inscription au dossier de valeurs de TA arrondies à la dizaine au lieu des valeurs réelles (jusqu'à trois fois plus souvent qu'attendu dans notre échantillon) est déconseillée, car elle peut entraîner des décisions cliniques inappropriées.

Les valeurs de l'indice de masse corporelle (IMC) et du tour de taille (TT) devraient être systématiquement consignées au dossier selon le PECH, vu la forte prévalence de l'excès pondéral dans la population et son influence sur l'apparition et le contrôle de la TA, ainsi que sur le développement de comorbidités. Toutefois, cette pratique n'est observée dans notre échantillon que chez 28 et 4 patients respectivement. Elle n'est pas plus fréquemment effectuée chez les hypertendus et elle est moins souvent notée dans les GMFe qui ont pourtant reçu de la formation à ce sujet.

La non atteinte des cibles de TA à la dernière mesure de la période d'observation de trois ans est préoccupante. En effet, les hypertendus des deux groupes confondus (expérimental et témoin) dépassaient la cible de tension systolique du PECH 2012 dans 42,9 % des cas et de tension

diastolique dans 25,4 %. Même s'il ne s'agit que d'une mesure isolée sur laquelle une conduite clinique ne saurait reposer, cette donnée est corroborée par la déclaration d'un contrôle sous optimal par 35 % des patients questionnés. De plus, aucune médication anti-hypertensive n'a été retracée chez 15% des patients reconnus hypertendus. Le fait que plus du tiers des cas d'hypertension identifiés ne soient pas bien contrôlés ne doit pas être banalisé. En effet, des réductions de la TA d'aussi peu que 5 millimètres de mercure pour la TA systolique et de 2 pour la TA diastolique sont associées à des baisses de mortalité allant jusqu'à 15 % pour l'accident vasculaire cérébral et 7 % pour la maladie cardiaque ischémique. Les lacunes au niveau du traitement sont multifactorielles, incluant l'hésitation des patients à se faire traiter ou leur inobservance au traitement, la tolérance des cliniciens envers des cibles non atteintes, particulièrement chez les diabétiques, et l'insuffisance des régimes thérapeutiques (46).

En outre, les patients classés non hypertendus dépassaient les cibles à la dernière mesure dans une proportion de 14 % (TA systolique) et 9 % (TA diastolique). Ces données suggèrent que certains cas d'hypertension pourraient être manqués par les cliniciens. D'autres phénomènes pourraient toutefois être invoqués, comme *l'effet du sarrau blanc* par lequel les patients normotendus ont des mesures plus élevées au cabinet du médecin qu'à domicile. Cet effet serait responsable de 15 % des chiffres élevés chez les non hypertendus et de 33 % chez les hypertendus (47). Toutefois, le phénomène inverse appelé *hypertension masquée*, où la TA à domicile est plus élevée à domicile qu'au cabinet, est également observé chez 9 % des non hypertendus et 17 % des hypertendus. Tous ces facteurs d'erreur contribuent au défi de la mesure de la TA, qui pourrait se comparer à mesurer la hauteur des vagues sur une mer agitée, soumise à des conditions externes (ex. : stress de la consultation) et d'autres internes, sous la surface (ex. : facteurs neuro-endocriniens et métaboliques) qui influencent les résultats à chaque instant. Les constatations de cette étude renforcent donc la nécessité d'établir un système le plus rigoureux possible pour le dépistage, le diagnostic, la prise en charge et le suivi des hypertendus, si l'on veut améliorer les résultats de santé.

D'autre part, il est troublant que seulement 16 patients hypertendus (10 expérimentaux et 6 témoins), soit 12 %, déclarent avoir reçu des recommandations précises concernant leur maladie dans la dernière année, si l'on considère que les modifications du mode de vie devraient constituer la pierre angulaire de la prévention et du traitement de l'hypertension selon le PECH.

Enfin, notre étude nous informe que le GMF expérimental équipé d'un DMÉ, comparé au GMF non informatisé, fait montre d'un plus grand rapport mesures/visites et d'une plus fréquente utilisation des types de mesures recommandés au cabinet. Le DMÉ fait plus souvent mention des antécédents familiaux et d'informations sur l'activité physique, la consommation d'alcool et le tabagisme. En exerçant un rappel visuel auprès des cliniciens, le DMÉ semble faciliter la saisie systématique des données et stimuler les interventions préventives.

4.2 Forces de l'étude

Cette étude est, à notre connaissance, la première au Québec portant sur l'implantation et les effets d'un système de soins en GMF. Elle offre un portrait kaléidoscopique de l'implantation par l'étude du cas de GMF situés dans cinq différents territoires de CSSS, sur les sept ayant nommé une ICPC en Montérégie. Une excellente collaboration fut obtenue de la part de ces cinq GMF expérimentaux, ainsi que de deux GMF situés dans un territoire témoin non touché par l'implantation.

Les méthodes qualitatives utilisées (questionnaires préentrevues et entrevues semi-structurées auprès d'informateurs clés) ont permis d'obtenir une information très riche sur le processus et d'effectuer une triangulation des informations. Ces données ont été structurées et analysées selon un modèle composite inspiré de Cohen et D'Amour, ce qui a contribué à leur classification et à leur interprétation.

Au niveau des données quantitatives sur les effets, nous avons utilisé un processus de randomisation permettant de tirer des échantillons de patients inscrits en GMF statistiquement comparables pour l'âge, le sexe, la scolarité et les comorbidités. Nous avons utilisé la double perspective du patient (enquête téléphonique) et du dossier médical (audit) pour élargir et trianguler l'information sur les pratiques.

4.3 Limites de l'étude

L'évaluation s'est intéressée à un nombre restreint de milieux cliniques : cinq GMF sur les 24 qui ont implanté au moins en partie le système de soins HTA en Montérégie entre 2007 et 2011. Une mise à jour du *Guide HTA* et de ses outils, survenue en 2010, aurait pu influencer l'implantation dans le dernier GMF ayant adopté la démarche. Ces GMF sont tous issus de cliniques privées (aucun GMF en CLSC ou en UMF), de taille petite à moyenne (aucun grand GMF-clinique réseau) et situés dans des villes de taille petite à moyenne (excluant les grandes villes). Ils bénéficient tous du soutien d'une ICPC et ont minimalement réalisé 3 étapes de la démarche. Cette homogénéité des milieux étudiés restreint la validité externe de l'étude à des GMF présentant une proche parenté avec ceux sélectionnés. Pour l'évaluation qualitative de l'implantation, cette étude a fait appel à l'analyse de cas multiples. Elle ne cherchait pas à constituer un échantillon représentatif de GMF dans le but d'effectuer une généralisation statistique des résultats, mais plutôt de faire ce que Yin (48) qualifie de « généralisation analytique » qui, dans la situation présente, confirme la faisabilité de la mise en application du modèle d'intervention proposé.

L'utilisation d'un devis post intervention avec groupe témoin pour l'évaluation quantitative des pratiques affecte quant à elle la validité interne de l'étude. Ce type de devis ne peut rendre compte avec précision de la situation qui prévalait dans les GMF expérimentaux et témoins avant l'intervention, ni de l'influence qu'auraient pu avoir les co-interventions auxquelles ces GMF ont été soumis au cours de la période d'observation (2009-2012). L'étude est rétrospective et la période couverte est d'un an pour les patients (pour minimiser le biais de rappel) contre environ trois ans pour l'audit, ce qui rend ces deux sources de données moins comparables. Néanmoins, les différences observées entre les GMF expérimentaux et témoins dans le recours aux pratiques cliniques préventives à partir des dossiers médicaux et du questionnaire téléphonique viennent corroborer les résultats qui se dégagent de nombreuses études qui se sont intéressées à mesurer l'efficacité des démarches de systématisation des soins et laissent à penser que l'intervention en est la première responsable.

La participation des GMF à l'étude se faisant sur une base volontaire, il est possible que les GMF qui ont accepté de collaborer à l'évaluation aient une expérience particulièrement positive à l'égard de la démarche de systématisation, ou qu'ils soient davantage motivés à recourir aux pratiques cliniques préventives, ou plus dynamiques, innovateurs, organisés ou confiants que les autres GMF. Ceci peut entraîner un biais de sélection susceptible de rendre le portrait plus positif qu'il ne l'aurait été si on avait étudié tous les GMF.

Pour l'évaluation des effets, la participation des patients étant volontaire, il est possible que les participants diffèrent des non-participants, par exemple dans leur compréhension de la langue

écrite (littéracie), leur désir de satisfaire leur médecin traitant par leur participation, ou leur expérience de soins plus positive au GMF, introduisant un biais de sélection. Par ailleurs, le fait de questionner les patients sur les soins reçus au cours de la dernière année peut avoir introduit un biais de rappel susceptible d'affecter la validité des informations recueillies. Comme le rapporte Ward (49), les patients ont tendance à surestimer les interventions préventives des médecins à leur égard, particulièrement lorsque le temps qui s'est écoulé entre la visite médicale et la collecte de données s'étend au-delà d'une semaine.

L'insu différent pour les médecins des GMF expérimentaux (sachant qu'ils participaient à une étude portant sur le système de soins HTA) et les médecins des GMF témoins (informés seulement qu'ils participaient à une étude sur les maladies chroniques) aurait pu avoir une influence en faveur des GMFe (effet Hawthorne) si l'étude avait été prospective, mais comme il s'agissait plutôt d'une étude rétrospective portant sur des pratiques remontant jusqu'à trois ans, nous ne croyons pas que les résultats en aient été modifiés.

Dans cette étude, le tri initial des patients en hypertendus et non hypertendus reposait sur des critères imparfaits. En effet, comme la plupart des patients sélectionnés n'avaient jamais été soumis à un protocole rigoureux de diagnostic, des erreurs de classification sont possibles. Ceci aurait pu influencer les différences mesurées entre les HTA et nHTA mais, étant donné le traitement identique des données dans les groupes expérimental et témoin, nous ne pensons pas que ces erreurs aient pu affecter les différences entre ces deux derniers groupes.

5 CONCLUSION

Une intervention de facilitation de faible intensité, menée par une infirmière du CSSS en collaboration avec un accompagnateur régional de santé publique, a conduit à une implantation partielle d'une démarche de systématisation des soins appliquée à l'hypertension artérielle et des outils proposés pour la soutenir. Plus du tiers des patients hypertendus ayant consulté dans deux GMF expérimentaux au cours des trois années précédant l'étude ont rencontré l'infirmière du GMF, permettant pour eux une pleine application du système. Selon les professionnels interrogés de cinq GMF, l'intervention a permis de rehausser la collaboration interprofessionnelle et d'augmenter l'efficacité, l'efficience et la qualité des soins. La satisfaction concernant le processus est élevée.

Malgré certaines limites méthodologiques, une enquête téléphonique et un audit de dossiers, réalisés auprès d'un échantillon aléatoire de patients de GMF expérimentaux et témoins, démontrent une tendance générale des GMF expérimentaux vers des pratiques plus conformes aux recommandations des experts. Cette tendance se reflète dans une plus grande systématisation de la mesure de la TA, l'utilisation de méthodes de diagnostic recommandées, l'inscription d'antécédents familiaux pertinents, la prescription d'un dosage d'électrolytes et d'ÉCG, l'inscription au dossier de renseignements sur l'alimentation et l'orientation des hypertendus vers d'autres professionnels. Toutefois, la mesure de l'indice de masse corporelle et du tour de taille, de même que le calcul du risque cardiovasculaire semblent plus pratiqués dans le groupe témoin. Une meilleure atteinte des cibles de TA n'a pu être observée.

En dépit des progrès accomplis dans le contrôle de l'hypertension au Canada, les constatations de cette étude soulignent les défis à relever en première ligne de soins, allant de la tenue des dossiers médicaux à l'atteinte des cibles de tension artérielle, en passant par le counselling sur les saines habitudes de vie. Elles mettent en lumière l'importance du rôle de l'infirmière et du dossier médical électronique dans l'optimisation des soins de première ligne. Des enjeux méthodologiques sont également soulevés par cette étude, les méthodes traditionnelles d'évaluation étant remises en question par l'évolution technologique.

6 PISTES D'ACTION

6.1 Système de soins HTA

ALLÉGER ET SIMPLIFIER LE SYSTÈME

Pour faciliter davantage l'implantation de la démarche auprès des milieux cliniques qui décideront de l'adopter, il faudrait voir à l'adapter aux besoins exprimés par les participants à cette étude, en allégeant et simplifiant le processus. L'étape 1 peut se résumer pour l'essentiel à un engagement des médecins et infirmières du GMF à implanter ou optimiser une PCP. Cet engagement peut être obtenu à l'occasion d'une courte présentation lors d'une réunion administrative, où on nomme un médecin et une infirmière responsables et on établit avec le groupe un calendrier d'activités. Les tâches et outils proposés à cette étape demeurent optionnels, en soutien à des milieux cliniques qui demeureraient indécis. Les étapes réflexives visant à dresser un portrait des pratiques ou à les réexaminer (2 et 6) sont difficilement réalisables à moins d'une ressource extérieure. Une procédure facilement reproductible, basée sur quelques indicateurs clés, soutenue par l'adjointe administrative et le DMÉ, serait à développer. L'étape 3 devrait être allégée au niveau de son contenu scientifique et combinée à l'étape 4. Cette nouvelle étape combinée se concentrerait davantage sur le protocole de soins et le partage des tâches (algorithmes simplifiés), et pourrait permettre d'adopter des ordonnances collectives d'investigation et d'ajustement médicamenteux. L'étape 5 peut facilement être réalisée dans le cadre d'une rencontre entre l'ICPC et les infirmières du GMF.

De plus, à la lumière de cette évaluation, il ne faudrait pas manquer de relancer les milieux cliniques déjà engagés dans la démarche, et en particulier les cinq GMF ayant participé à l'étude, en leur offrant du soutien pour « réexaminer, réajuster, peaufiner » leur système de soins, comme le prévoit l'étape 6. Quant aux deux GMF témoins, il serait légitime de leur proposer un accompagnement s'ils désirent implanter le système suite à la présentation des résultats.

6.2 Facilitation et accompagnement

MSSS : ENCOURAGER L'INTÉGRATION DE LA PRÉVENTION EN CLINIQUE, GRÂCE À L'ACCOMPAGNEMENT ET À LA FACILITATION

Les résultats de cette évaluation devraient inciter le ministère à continuer d'encourager, de soutenir et de disséminer activement dans les régions les initiatives visant à réorganiser les soins en fonction de données probantes et à les réorienter en faveur de la prévention. Mais il ne suffit pas de produire et diffuser des guides pour que les cliniciens les adoptent. Des modèles d'accompagnement régional et de facilitation locale, comme ceux illustrés dans cette étude, sont généralement nécessaires à leur intégration, et pourraient éventuellement s'appliquer à une grande variété de changements de pratiques.

ASSSM : RENFORCER LES COLLABORATIONS INTER-DIRECTIONNELLES ET REVOIR L'OFFRE DE SOUTIEN PCP

Les directions des agences et autres organisations régionales en interface avec les cliniciens devraient intensifier leur collaboration et coordonner leurs actions pour mieux accompagner les CSSS dans le renforcement de la première ligne de soins et de la prévention, des atouts essentiels pour lutter contre les maladies chroniques. Ainsi, les comités locaux du DRMG, dont certains ont participé à l'implantation du *Guide HTA*, devraient se concerter avec leur CSSS et la DSPRÉ pour favoriser localement la circulation des lignes directrices, la formation, la

collaboration interprofessionnelle, le partage d'outils (ex : ordonnances collectives), de systèmes et de ressources visant à accroître la prévention en clinique.

Concernant *l'offre de soutien régionale* en prévention clinique (7), l'hypertension a représenté une thématique populaire répondant à un besoin des milieux cliniques et située à la frontière du prévenir et du guérir. La démarche de systématisation a eu un effet structurant sur la collaboration interprofessionnelle dans des GMF en construction. Le *Guide HTA* a constitué le prototype d'autres guides portant sur le tabagisme (50), l'activité physique (51) et l'ostéoporose(52), qui attendent le même enthousiasme des cliniciens et le même soutien de la santé publique pour s'intégrer aux pratiques. Mais au-delà de ces systèmes de soins fondés sur des données probantes et des priorités exprimées par l'ASSSM et ses directions, l'offre de soutien régionale doit se recentrer sur les besoins ressentis par les cliniciens et s'intégrer étroitement au DMÉ en implantation si elle veut rester pertinente.

CSSS : ALLOUER DES RESSOURCES SUFFISANTES

La présente étude suggère qu'une intervention d'accompagnement régional et de facilitation locale d'intensité modeste peut faire une différence importante dans l'intégration de PCP. Or au niveau local, les ressources consacrées à la fonction d'ICPC par la plupart des CSSS sont encore inexistantes ou marginales : sept établissements sur onze y consacrent deux jours par semaine en moyenne. Certains CSSS se privent ainsi d'occasions de développer des partenariats avec les milieux cliniques de première ligne de leur réseau local de services, et de moyens de promouvoir et soutenir la prévention clinique auprès d'eux. Ces actions contribueraient pourtant à une meilleure participation de la première ligne au projet clinique et à la responsabilité populationnelle. Si l'on veut maximiser l'impact de la facilitation sur les pratiques, il faudra recruter ou investir davantage dans cette nouvelle fonction d'ICPC au niveau local : mieux soutenir ses rôles et son mandat (gestionnaires et professionnels du CSSS), faire reconnaître ses compétences et lui accorder le temps, la formation et l'encadrement nécessaires à la réalisation de sa mission préventive.

MILIEUX CLINIQUES : S'OUVRIR À LA COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE ET INTÉGRER LA PRÉVENTION AUX PRATIQUES

Dans tous les GMF étudiés, certaines lacunes au niveau des soins, telles que reflétées par le questionnaire des patients et le dossier médical, mettent en évidence le chemin qu'il reste à parcourir pour dépister et prendre en charge l'hypertension de façon optimale. Ces constats renforcent la nécessité d'appliquer avec rigueur des stratégies efficaces comme la systématisation pour obtenir de meilleurs résultats de santé. D'autre part, l'effet global de la systématisation sur l'ensemble de la clientèle restera limité à moins que plus d'infirmières et d'autres professionnels (ex : IPS, diététistes, kinésiothérapeutes) soient recrutés et que les médecins soient prêts à leur faire confiance dans le cadre de protocoles, systèmes de soins ou ordonnances collectives. La responsabilisation d'un médecin et d'une infirmière « champions » semble essentielle pour la mise à jour et le maintien d'un système de soins dans des milieux connaissant un important roulement de personnel. L'intégration de tels systèmes dans le DMÉ en implantation est un autre facteur de pérennisation.

6.3 Nouvelles avenues pour l'évaluation d'un système de soins

SE CONCENTRER SUR LA CLIENTÈLE RENCONTRÉE PAR LES INFIRMIÈRES

L'évaluation d'un système de soins devrait se concentrer davantage sur le vécu et la clientèle des infirmières du GMF, qui sont au cœur du processus. En auditant les dossiers des patients

rencontrés par l'infirmière, surtout si celle-ci utilise des outils de saisie standardisés, on aura immédiatement accès à des données critiques pour l'évaluation de la systématisation et de la qualité des soins associée.

S'OUVRIR À DE NOUVELLES TECHNOLOGIES POUR ÉVALUER LES SOINS ET SERVICES DE SANTÉ

L'enquête téléphonique est une méthode de collecte en fort déclin. Les personnes sélectionnées sont très difficiles à joindre, trop sollicitées et méfiantes. Beaucoup de firmes de sondage s'appuient maintenant sur une banque d'internautes parfois volontaires, parfois rémunérés pour répondre électroniquement. La constitution par les milieux cliniques de banques de patients internautes représentatifs de la clientèle, avec envoi de sondages électroniques, pourrait constituer une avenue performante pour évaluer la qualité des services. Les méthodes plus traditionnelles (poste, téléphone, entrevue) pourraient alors être réservées aux clientèles impossibles à joindre par internet.

L'audit de dossiers papier est également en voie de disparition. La difficulté d'y retrouver les informations recherchées et le manque de lisibilité des notes en font parfois un parcours du combattant. Grâce à des fonctionnalités spécifiques du DMÉ, de nouvelles méthodes de collecte d'information clinique plus précises, exhaustives et continues pourraient être disponibles sous peu pour permettre l'autoévaluation des pratiques.

7 RÉFÉRENCES

1. Bélanger H. *Guide d'implantation d'un système de soins appliquée au dépistage et au suivi de l'hypertension artérielle en GMF*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux du Québec; 2008. [Guide HTA](#)
2. Groulx S. *Guide pour la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives*. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux du Québec; 2007. <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/15c7bb3093640fd4852573b1004b9c53?OpenDocument>
3. Clair M. *Les solutions émergentes: rapport et recommandations de la commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux*; 2000.
4. Québec. *Loi sur la santé publique: L.R.Q., chapitre S-2.2*; 2007.
5. Québec. *Programme national de santé publique 2002-2012 : mise à jour 2008*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; 2008. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf#page=70>
6. Québec. *Commissaire à la santé et au bien-être du Québec: Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010: Le défi des maladies chroniques au Québec : prévenir, organiser, outiller et soutenir*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec; 2010. http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2010/MaladiesChroniques/CSBE_T4-RecommandationMaladiesChroniques-052010.pdf
7. ASSSM. *Équipe des pratiques cliniques préventives, Direction de santé publique: Offre de soutien en prévention clinique*; 2013. <http://extranet.santemonteregie.qc.ca/userfiles/file/sante-publique/promotion-prevention/PCP-OFFRE-SOUTIEN.pdf>.
8. AHRQ. *Put Prevention Into Practice. A Step-by-Step Guide to Delivering Clinical Preventive Services: A Systems Approach*. AHRQ Pub. No. APPIP01-0001; 2002. http://casemed.case.edu/preventive_med/images/PDFs/PrevChptr/p12_Prev_ahrq.gov/http_www.ahrq.gov/ppip_manual.pdf
9. Kottke TA, Brekke ML, Solberg LI. Making "Time" for Preventive Services. *Mayo Clin Proc.* 1993;68(8):785-91.
10. Gottlieb N, Huang, PP., Blozis, SA., Guo, JL., Murphy-Smith, M. The impact of Put Prevention into Practice on selected clinical preventive services in five Texas sites. *Am J Prev Med.* 2001(Jul;21(1):35-40).
11. Melnikow J, Kokatsu ND, Chan BKS. Put prevention into practice: a controlled evaluation. *Am J Public Health.* 2000;90(10):1622-5.
12. Tyler D, Taylor-Seehafer, MA., Murphy-Smith, M. Utilizing "PPIP Texas style!" in a medically underserved population. *J Public Health Manag Pract.* 2004;10(2):100-8.
13. McVea K, Crabtree BF, Medder JD, Susman JL, Lukas L, McIlvain HE, et al. An ounce of prevention? Evaluation of the "Put Prevention into Practice" program. *Journal of Family Practice.* 1996;43(4):361-9.
14. Yeazel MW, Bunner SH, Kofron PM, Weiss PJ. Put Prevention Into Practice (PPIP): Evaluating PPIP in Two Family Practice Residency Sites. *Fam Med.* 2002;34(1):17-22.
15. Cohen D, McDaniel RJ, Crabtree B, Ruhe M, Weyer S, Tallia A, et al. A practice change model for quality improvement in primary care practice. *J of Healthcare Management.* 2004;49(3):155-70.

16. Goodwin M, Zyzanski, SJ., Zronek, S., Ruhe, M., Weyer, SM., Konrad, N., Esola, D., Stange, KC. A clinical trial of tailored office systems for preventive service delivery. The Study to Enhance Prevention by Understanding Practice (STEP-UP). *Am J Prev Med.* 2001;2(1):20-8.
17. Stange K, Goodwin, MA., Zyzanski, SJ., Dietrich, AJ. Sustainability of a practice-individualized preventive service delivery intervention. *Am J Prev Med.* 2003;25(4):296-300.
18. Provost M-H, Cardinal L, Moreault L, Pineau R, Direction régionale de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale. Description, impact et conditions d'efficacité des stratégies visant l'intégration de la prévention dans les pratiques cliniques : revue de la littérature. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2007. 168 p.
<http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/961885cb24e4e9fd85256b1e00641a29/d93931b92d211699852573d2005375e8?OpenDocument>
19. Holtrop JS, Beauman J, Arnold K, Torres T. Nurses as practice change facilitators for healthy behaviors. *J Nurs Care Qual.* 2008;23(2):123-31.
20. Wagner E, Austin B, Von Korff M. Organizing care for patients with chronic illness. *The Milbank Quarterly.* 1996;74(4):511-44.
21. Cretin S, Shortell SM, Keeler EB. Improving chronic illness care : An evaluation of collaborative interventions to improve chronic illness care. *Evaluation Review.* 2004;28(4):28-51.
22. Baskerville N, Liddy C, Hogg W. Systematic review and meta-analysis of practice facilitation within primary care settings. *Ann Fam med.* 2012;10(1):63-74.
23. Dufort J, Lessard J, Risi C. Cadre de référence - Rôles et développement professionnel des infirmières-conseils en prévention clinique. Longueuil: Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie; 2011. 20 p.
24. Blais C, Rochette L. Surveillance de l'hypertension au Québec: incidence, prévalence et mortalité. Québec: Institut national de santé publique du Québec; 2011. 19 p.
25. Hypertension-Canada. Programme éducatif canadien sur l'hypertension. 2014.
<http://www.hypertension.ca/fr/>
26. Rossi PH, Lipsey MW, Freeman HE. *Evaluation : A Systematic Approach.* 7th ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 2004.
27. Ridde V, Dagenias C. *Approches et pratiques en évaluation de programme.* Montréal: Presses de l'Université de Montréal; 2009. 358 p.
28. D'Amour D, Sicotte C, Lévy R. L'Action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences Sociales et Santé.* 1999;17(3):67-92.
29. Beaulieu M-D, Denis J-L, D'Amour D, Goudreau J, Haggerty J, Hudon É, et al. L'implantation de groupes de médecine de famille : le défi de la réorganisation de la pratique et de la collaboration interprofessionnelle. Montréal: Chaire Docteur Sadok Besrouer en médecine familiale; 2006. 27 p.
30. Williams ES, Skinner AC. Outcomes of physician job satisfaction: a narrative review, implications, and directions for future research. *Health Care Manage Rev.* 2003;28(2):11-140.
31. Grembowski D, Paschane D, Diehr P, Katon W, Martin D, Patrick DL. Managed Care, Physician Job Satisfaction, and the Quality of Primary Care. *J Gen Internal Med.* 2005;20:271-7.
32. Sauvageau C, Groulx S, Pelletier A, Dubé E, Colgan J, Ouakki M. Rapport d'évaluation d'une intervention réalisée auprès des médecins œuvrant en cabinet privé dans la région de la

Capitale-Nationale : programme 0★5★30 COMBINAISON PRÉVENTION Québec: Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale et Unité de recherche en santé publique, Centre hospitalier universitaire de Québec, 2007.

33. Schofield J, Swanwick T. How to write an audit 2004. Available from: <http://www.bradfordvts.co.uk/wp-content/onlineresources/0002mrcgp/noe/audittheoryandtools/how%20to%20write%20an%20audit%20up.doc>.
34. Cantin C, Chevrier M, Côté A, Lemieux M-P, Richard K. Prévention systématisée: moyen pour diminuer la tension autour du fléau qu'est l'hypertension artérielle. Longueuil: Direction de santé publique, Agence de la santé et de services sociaux de la Montérégie et Université de Sherbrooke, 2009.
35. Buote K, Imbeault P, Richard-Carpentier G, Roy M-L, Roy M-A. Portrait des pratiques en lien avec le dépistage et le suivi de l'hypertension artérielle (HTA) en groupe de médecine de famille (GMF). Longueuil: Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie et Université de Sherbrooke; 2010.
36. MSSS. Programme national de santé publique 2003-2012, mise à jour 2008. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2008. 103 p. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-216-01.pdf#page=70>
37. ASSSM. Partenaires pour l'amélioration - Planification stratégique 2010-2015. Longueuil: Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie; 2011.
38. ASSSM. Le Plan d'action régional de santé publique 2009-2012 – Destination prévention. Longueuil: Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie; 2009.
39. ASSSM. Plan d'action régional de santé publique 2013-2015. Longueuil: Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie; 2013.
40. Émond J-G. Devenir un GMF: guide d'accompagnement. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2006.
41. Inforoute Canada. Les nouveaux avantages provenant de l'utilisation du dossier médical électronique dans les cabinets de médecins. 2013; Available from: www.infoway-inforoute.ca/index.php/fr/component/docman/doc_download/1402-les-nouveaux-avantages-provenant-de-l-utilisation-du-dossier-medical-electronique-dans-les-cabinets-de-medecins-resume&rct=j&frm=1&q=&esrc=s&sa=U&ei=prv6U_XjDIKiyASKo4G4Aw&ved=0CBUQFIAA&usq=AFQjCNGsFYrWGfvlOcSBy492pbKYEcraA.
42. D'Amour D, Goulet L, Pineault R, Labadie J-F, Ramondin M. Étude comparée de la collaboration interorganisationnelle et de ses effets : le cas des services en périnatalité: Université de Montréal; 2003. 73 p.
43. Rodgers EM. Diffusion of innovations. 5th ed. New York: Free Press; 2003. 543 p.
44. Ayres CG, Griffith HM. Perceived barriers to and facilitators of the implementation of priority clinical preventive services guidelines. The American Journal of Managed Care. 2007;13(3):150-5.
45. Provost M-H, Moreault L, Cardinal L. Accompagner un changement dans les pratiques cliniques préventives : apprentissages et conditions critiques. Rapport de recherche-action. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2013. 83 p. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-272-01W.pdf>
46. Blais J, Daskalopoulou SS, Pederson T, Sapir D. Améliorer la prise en charge de l'hypertension au Canada: observations et implications d'une évaluation de la pratique canadienne. Clinicien plus. 2013 (Octobre):43-8.

47. Ohkubo T, Kikuya M, Metoki H, Asayama K, Obara T, Hashimoto J, et al. Prognosis of "Masked" Hypertension and "White-Coat" Hypertension Detected by 24-h Ambulatory Blood Pressure Monitoring 10-Year Follow-Up From the Ohasama Study. *Journal of the American College of Cardiology*. 2005;46(3):508-15.
48. Yin RK. *Case study research : design and methods*. 2^e ed. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.
49. Ward J, Sanson-Fisher R. Accuracy of patient recall of opportunistic smoking cessation advice in general practice. *Tobacco Control*. 1996;5(2):110-3.
50. Sissoko H, Groulx S, Bélanger H. *Systématisation des soins visant le counselling concernant l'abandon du tabagisme*. Longueuil: Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie; 2011. 99 p.
<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/2523/N3-PCP-Guide-systematisation-tabac.pdf>
51. Trépanier S, Bélanger H. *Systématisation de la recommandation de l'activité physique par le clinicien*. Longueuil: Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie; 2011.
<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/depot/document/2534/Guide-systematisation-AP.pdf>
52. Dodin S. *Guide d'implantation d'un système de soins appliqué à l'évaluation du risque de fracture ostéoporotique*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux; 2013.
<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-272-01W.pdf>



*Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie*

Québec 

Direction de santé publique

1255, rue Beauregard, Longueuil (Québec) J4K 2M3
Téléphone : 450 928-6777 • Télécopieur : 450 679-6443
www.santemonteregie.qc.ca/santepublique