

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

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

Méthodologie de sélection des indicateurs et relevé d'initiatives d'utilisation d'indicateurs au Canada et au Québec

Février 2013

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

Document préparé par
Marie-Pascale Pomey en collaboration
avec Suzette Poliquin et Marie-Dominique Beaulieu

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Ce document et ses annexes sont accessibles en ligne dans la section Publications de notre site Web.

Équipe de projet

Auteurs

Marie-Pascale Pomey, M.D., M. Sc., Ph. D.

Suzette Poliquin, Dt. P., M. Sc.

Marie-Dominique Beaulieu, M.D., M. Sc.

Recherche documentaire

Denis Santerre

Édition

Responsable

Diane Guilbault

Coordination

Véronique Baril

Révision linguistique

Lucette Lévesque (CSPQ)

Mise en page

Magali Bérubé

Vérification bibliographique

Denis Santerre

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013

Bibliothèque et Archives Canada, 2013

ISSN 1915-3082 INESSS (imprimé)

ISBN 978-2-550-65020-1 (imprimé)

ISSN 1915-3104 INESSS (PDF)

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

© Gouvernement du Québec, 2013

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

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Des indicateurs de qualité à l'intention des professionnels et des gestionnaires des services de première ligne. Rapport rédigé sous la direction

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

Renseignements

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

1195, avenue Lavigerie 1^{er} étage, bureau 100

Québec (Québec) G1V 4N3

Téléphone : 418 644-8103

Télécopieur : 418 644-8120

2021, avenue Union, bureau 10.083

Montréal (Québec) H3A 2S9

Téléphone : 514 873-2563

Télécopieur : 514 873-1369

Courriel : inesss@inesss.qc.ca

Site Internet : www.inesss.qc.ca

REMERCIEMENTS

Les auteurs souhaitent ici remercier toutes les personnes qui ont participé aux entretiens et à la relecture des initiatives présentées ici ayant ainsi permis de réaliser cette cartographie des différentes initiatives d'utilisation d'indicateurs pour le suivi de maladies chroniques au Québec et au Canada.

TABLE DES MATIÈRES

SIGLES ET ABRÉVIATIONS	i
INTRODUCTION	1
1 OBJECTIFS.....	2
2 MÉTHODES.....	3
2.1 Les méthodes publiées au niveau international	3
2.2 Les initiatives menées au Québec et au Canada.....	3
3 PRÉSENTATION DES MÉTHODES D'ÉLABORATION D'INDICATEURS PUBLIÉES AU NIVEAU INTERNATIONAL	5
3.1 La méthode RAND internationale	5
3.2 La méthode de l'Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ, 2007]	7
3.3 La méthode standard	8
3.4 La méthode de l'Australian Institute of Health and Welfare [AIHW, 2009]	9
3.5 La méthode de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).....	10
4 PRÉSENTATION DES INITIATIVES MENÉES AU QUÉBEC ET AU CANADA.....	11
4.1 Les initiatives canadiennes.....	11
4.1.1 Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)	11
4.1.2 Manitoba	14
4.2 Les initiatives québécoises.....	17
4.2.1 Niveau provincial	18
4.2.2 Niveau régional	21
4.2.3 Niveau clinique	34
CONCLUSION	49
ANNEXE 1 Guide d'entrevue portant sur les initiatives menées au Québec et au Canada en matière d'élaboration d'indicateurs dans le domaine des maladies chroniques.....	51
ANNEXE 2 Personnes impliquées dans les projets étudiés, publications en lien avec les projets et sites web	54
RÉFÉRENCES	63

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AETMIS	Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention
AHRQ	Agency for Healthcare Research and Quality
AIHW	Australian Institute of Health and Welfare
APHDC	Australian Public Health Development Principal Committee
ASSS	Agence de santé et des services sociaux
AT	Abitibi-Témiscamingue
CCM	Chronic Care Model
CHUM	Centre hospitalier universitaire de Montréal
CIM10	Classification internationale des maladies 10 ^{ème} révision
CIME	Convaincre, intensifier, maintenir, expert
COMPAS	Collectif pour les meilleurs pratiques et l'amélioration des soins
CR	Compte-rendu
CRSP	Comité régional sur les services pharmaceutiques
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
DACMU	Direction des affaires cliniques, médicales et universitaires
DAMUPP	Direction des affaires médicales, universitaires et des partenariats professionnels
DME	Dossier médical électronique
DOSPLI	Direction de l'organisation des services de première ligne intégrés
DPE	Dossier patient électronique
DRMG	Département régional de médecine générale
DSP	Direction de santé publique
EP	Embolie pulmonaire
EQEP	Évaluation de la qualité de l'exercice professionnel
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
ESPSS	Équipe santé des populations et services de santé
FA	Fibrillation auriculaire
FASSP	Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaire
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
GRGT	Groupe de recherche en gestion thérapeutique

GSK	GlaxoSmithKline
HbA1c	Hémoglobine glyquée
HTA	Hypertension artérielle
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
I-CLSC	Information clinique et administrative-Centres locaux de services communautaires
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IRSC	Institut de recherche en santé du Canada
MC	Maladie chronique
MCAS	Maladie cardiaque athérosclérotique
MIIMS	Manitoba Immunization Monitoring System
MOXXI	The medical office of the twenty-first century
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services Sociaux
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
PA	Pression artérielle
PCAT	Primary care assessment tool
Qc	Québec
RAMQ	Régie d'assurance maladie du Québec
RAND	RAND (Research and Development) Corporation
RIM	Réseau intégré de médecins
RRMCPL	Réseau de recherche en milieu clinique de première ligne
RRSPQ	Réseau de recherche en santé des populations du Québec
TVP	Thrombose veineuse profonde
UMF-GMF	Unité de médecine familiale – Groupe de médecine de famille

INTRODUCTION

Depuis près d'une décennie, le Québec a mis en place plusieurs transformations ayant pour objectif l'amélioration des soins et services dispensés dans le secteur des soins de première ligne. Dans ce contexte, et principalement en réponse aux besoins exprimés par les professionnels de la santé, la Direction des services de première ligne intégrée (DOSPLI) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié à l'INESSS, alors l'AETMIS, le mandat d'élaborer des indicateurs de qualité relatifs à la prise en charge de certaines maladies chroniques.

Le mandat initial comprenait trois objectifs : 1. Définir des indicateurs de qualité pour ces maladies chroniques; 2. Suggérer des mesures et processus d'appropriation des indicateurs de qualité par les cliniciens; 3. Proposer des processus de mise à jour de ces indicateurs. Les maladies visées étaient les suivantes : maladies cardiovasculaires (hypertension artérielle et angine stable), diabète de type 1 et 2 chez l'adulte, traitement de la dyslipidémie chez ces deux types de clientèle, et maladies respiratoires (MPOC et asthme). De plus, le mandat stipulait qu'il était important d'envisager aussi des indicateurs plus « génériques » à la prise en charge des maladies chroniques pouvant être applicables éventuellement à l'ensemble de ces maladies.

Pour réaliser ce mandat, certaines étapes ont été déterminées, dont la réalisation d'une revue de la littérature sur les méthodes utilisées pour l'élaboration d'indicateurs de qualité et d'une cartographie des expériences menées au Canada et au Québec pour élaborer des indicateurs de qualité pour la première ligne afin d'améliorer la prise en charge de maladies chroniques.

Le présent document a comme objet de présenter tout d'abord les principales méthodes qui ont été développées pour l'élaboration d'indicateurs et de relater, de manière non exhaustive, différentes initiatives qui ont eu lieu au Canada et au Québec. Ce travail préparatoire nous a permis d'améliorer notre propre compréhension de la manière à la fois de construire les indicateurs, mais aussi de mettre en œuvre des stratégies d'appropriation pour qu'ils puissent concrètement aider les professionnels et les gestionnaires amenés à prendre en charge des patients atteints de maladies chroniques en première ligne. À partir de cette recherche, nous avons dégagé des réflexions qui nous ont permis de bâtir notre propre méthodologie d'élaboration des indicateurs et de proposer un processus d'appropriation. La méthode utilisée et les stratégies proposées sont consultables dans le rapport final [INESSS, 2012].

1 OBJECTIFS

Les objectifs poursuivis par la revue de la littérature et la cartographie étaient de :

1. Cerner les méthodes les plus utilisées pour élaborer et hiérarchiser des indicateurs au niveau international afin d'aider à déterminer notre propre méthodologie;
2. Connaître les initiatives qui ont été menées au Canada et au Québec en matière d'élaboration d'indicateurs de prise en charge des maladies chroniques afin de proposer des actions pouvant favoriser la diffusion et l'utilisation de ces indicateurs.

2 MÉTHODES

2.1 Les méthodes publiées au niveau international

Une recherche dans la banque de données PubMed, ainsi que sur le moteur de recherche internet Google, a été effectuée avec les mots clés : « quality indicators », « quality improvement », « development of indicators of quality », « primary care », « outcomes measures », « delphi method ». Après avoir récupéré la liste des différents articles, nous avons sélectionné ceux qui portaient directement sur des méthodes utilisées pour sélectionner des indicateurs. Nous avons choisi ici de présenter les méthodes les plus utilisées en mettant en évidence quelques variantes de ces méthodes.

2.2 Les initiatives menées au Québec et au Canada

Pour réaliser la recension des initiatives qui portaient sur l'élaboration d'indicateurs, nous avons interrogé des acteurs clés du système de santé au Canada et au Québec travaillant en première ligne afin de leur demander s'ils en connaissaient. En complément, les personnes travaillant à l'AETMIS/INESSS étaient en contact avec des personnes qui avaient mené de telles initiatives.

À partir de ces renseignements, nous avons bâti une première liste de personnes que nous avons complétée au fur et à mesure de nos rencontres en réalisant un effet boule de neige jusqu'à saturation des initiatives citées. Toutefois, l'objectif de cette méthode n'était pas d'être exhaustif sur toutes les initiatives qui étaient mises en œuvre, mais d'en avoir suffisamment avec des spécificités différentes pour se faire une idée des différentes stratégies employées. Dans ce contexte, il est impossible de garantir que toutes les initiatives existantes ont été étudiées.

Lorsqu'une initiative était trouvée, un courriel était envoyé à la personne responsable afin de l'inviter à participer à un entretien d'une durée de 45 à 60 minutes. Toutes les personnes contactées ont accepté de participer à cet entretien. Parmi les personnes interviewées, deux étaient responsables d'initiatives n'ayant pas mené à l'élaboration d'indicateurs. Ces initiatives n'ont donc pas été incluses dans le présent rapport.

Les questions posées lors de l'entretien s'articulaient autour de trois grands axes :

1. présentation de la démarche;
2. leçons apprises;
3. initiatives utiles pour l'INESSS dans le cadre de son mandat.

Le guide d'entretien et le mot introductif sont présentés en annexe 1.

Ces entretiens ont été conduits entre octobre 2010 et février 2012. À la suite de chaque entretien, une fiche synthèse était rédigée. Cette fiche a été retournée à la personne en charge du projet au cours des mois de mars et avril 2012 afin de nous assurer des changements qui auraient pu intervenir entre la date de recueil de l'information et sa publication. Toutes les initiatives rapportées ont été validées par les personnes responsables.

Au total, 15 entretiens auprès de 21 personnes ont été réalisés et portaient sur des initiatives menées au Québec (12) et ailleurs au Canada (3). Les entretiens ont été faits en français (10) ou en anglais (4). La durée moyenne des entretiens a été d'une heure et ils ont été réalisés en face-à-face (7) ou au téléphone (3). Les entretiens ont été menés en grande majorité par Marie-Pascale Pomey, mais aussi par Marie-Dominique Beaulieu et Suzette Poliquin. Au total, 14 initiatives ont été étudiées.

3 PRÉSENTATION DES MÉTHODES D'ÉLABORATION D'INDICATEURS PUBLIÉES AU NIVEAU INTERNATIONAL

3.1 La méthode RAND internationale

La méthode RAND, développée par la RAND Corporation, est la méthode la plus connue et reconnue pour l'élaboration d'indicateurs de qualité [Fitch *et al.*, 2001; Brook, 1994; Brook *et al.*, 1986]. Elle est la plus citée dans la littérature.

Elle comporte sept étapes qui portent tout d'abord sur la réalisation d'une revue exhaustive de la littérature ciblée sur les pathologies et domaines couverts afin de sélectionner un premier échantillon d'indicateurs. Ensuite, des experts cliniciens sont recrutés parmi différents types d'organisation afin de les noter, ce qui permet ainsi d'arriver à une liste finale d'indicateurs.

La mise en pratique de la méthode a été décrite dans un article qui présente les différentes étapes qui ont été mises en œuvre pour élaborer des indicateurs de qualité en première ligne [Marshall *et al.*, 2003] :

- Étape 1. Sélection du domaine à l'étude.
- Étape 2. Réalisation d'une revue de la littérature et sélection d'une première liste d'indicateurs en lien avec le domaine étudié. Cette étape est réalisée par des experts du domaine étudié et des experts en méthodologie. Un tableau récapitulatif des indicateurs en lien avec leur effet escompté et les données probantes à l'appui est alors établi (*cf.* tableau 1).
- Étape 3. Sélection d'un panel d'experts, ici des spécialistes en médecine familiale reconnus par leurs pairs. Ce panel est sollicité pour deux étapes du processus.
- Étape 4. Première consultation réalisée à l'aide d'un questionnaire postal. La revue de la littérature et la première liste des indicateurs sont envoyées aux membres du panel. Il leur est demandé de coter chaque indicateur en fonction de leur validité scientifique et de l'importance de les suivre (*cf.* tableau 2). Les membres doivent ensuite retourner leur cotation avant la prochaine consultation.
- Étape 5. Compilation des cotations des indicateurs par l'équipe en charge du projet et préparation de tableaux où chaque participant retrouve sa cotation et la moyenne des cotations réalisées par le panel pour chaque indicateur. Aucun indicateur n'est rejeté en fonction de la manière dont il a été coté pendant la première cotation.
- Étape 6. Seconde consultation au cours d'une rencontre de deux jours en face-à-face. Les panelistes reçoivent les tableaux réalisés à l'étape 5 (*cf.* tableau 3) lors de cette consultation et plusieurs tours de cotation sont réalisés sans une recherche de consensus. Chaque indicateur, et en particulier ceux qui ont de grandes variations dans les cotations, est discuté. Des discussions peuvent amener les participants à changer leur cotation. Après chaque discussion, les panélistes votent pour chaque indicateur.

Étape 7. A la suite de la seconde consultation, une analyse des données est réalisée et une liste finale d'indicateurs est proposée. Cette liste est basée sur les indicateurs qui ont été côtés, lors de la deuxième consultation, avec un haut niveau de validité et un haut niveau de nécessité d'être suivis.

Nous présentons ici des exemples concrets du déroulement de certaines étapes.

Étape 2 : Les indicateurs sont consignés dans un tableau avant d'être envoyés aux panelistes.

Tableau 1 : Présentation des indicateurs

MALADIE CARDIAQUE	INDICATEUR	QUALITÉ DES PREUVES	RÉFÉRENCES OU SOURCES	BÉNÉFICES/ SYNTHÈSE
Maladie coronarienne	Les patients avec une maladie coronarienne doivent recevoir le conseil de prendre de 75 mg à 150 mg d'aspirine chaque jour, de manière continue sauf si contre-indication	I	Yusuf <i>et al.</i> , 1988; ATC, 1994; Khunti <i>et al.</i> , 1999	Réduction de 5 % d'évènements vasculaires

La qualité des données est liée aux types de devis de recherche.

Niveau de preuve I : Basé sur des évidences issues d'essais à répartition aléatoire (*evidence from randomised controlled trials*)

Niveau de preuve II-1 Basé sur des évidences d'essais à répartition non aléatoire (*evidence from non-randomised controlled trials*)

Niveau de preuve II-2 Basé sur des analyses de cohorte ou des études de cas (*evidence from cohort or case studies*)

Niveau de preuve II-3 Basé sur de multiples séries chronologiques (*evidence from multiple time series*)

Niveau de preuve III Basé sur des opinions ou des études descriptives (*opinion or descriptive studies*)

Étape 3 : Les experts sont définis comme des personnes qui sont capables d'évaluer de manière critique les niveaux de preuves scientifiques tout en étant capable de les mettre dans un contexte de pratique.

Étape 4 : Un indicateur est considéré comme valide si les critères suivants sont remplis :

- Des preuves scientifiques sont suffisantes et il existe un consensus professionnel suffisant pour l'accepter;
- Des bénéfices pour la santé des patients ont été mis en évidence pour les patients qui reçoivent les soins qui sont suivis par ces indicateurs;
- Les médecins et les professionnels de la santé qui ont une bonne adhésion aux indicateurs fournissent des soins et services de haute qualité;
- La plupart des facteurs qui déterminent l'adhésion sont sous le contrôle des médecins ou des professionnels de la santé.

Les panelistes ont comme tâche de coter chaque indicateur entre 1 et 9 :

- entre 1 et 3 : l'indicateur n'est pas valide pour mesurer la qualité et ne doit donc pas être suivi;
- entre 4 et 6 : la validité n'est pas univoque et le suivi n'est pas forcément utile;
- entre 7 et 9 : l'indicateur est considéré comme valide pour mesurer la qualité et devrait donc être enregistré dans le dossier médical.

Aussi, un indicateur sera considéré comme nécessaire à suivre si ces critères sont remplis et si l'impossibilité de documenter l'information peut être vue comme un marqueur de pauvre qualité.

Un exemple de cotation réalisée par un membre du panel lors de la première consultation postale est ici proposé.

Tableau 2 : Présentation de votes réalisés par les experts

NUMÉRO	INDICATEUR	VALIDITÉ	NÉCESSITÉ D'ÊTRE RÉCOLTÉ
XX	Tous les patients diabétiques doivent avoir un fond d'œil chaque année	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9

Étape 5 : L'information est présentée aux panélistes lors de la consultation en face-à-face dans un tableau.

Tableau 3 : Présentation de votes réalisés par des experts de manière individuelle et comparés avec les autres votes réalisés par l'ensemble des experts

NUMÉRO	INDICATEUR	COTATION	VALIDITÉ									NÉCESSITÉ D'ÊTRE RÉCOLTÉ								
XX	Les bronchodilatateurs bêta-2 agonistes de courte durée d'action doivent être prescrits pour diminuer les symptômes lorsque requis et lorsqu'il n'y a pas de contre-indication	Personnelle	1		1		6				1		3		6					
		Du groupe	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9

3.2 La méthode de l'Agency for Healthcare Research and Quality [AHRQ, 2007]

Cette méthode reprend les mêmes étapes que celles proposées par la RAND en y apportant quelques ajustements à l'étape 4. À cette étape, les indicateurs avec leur spécification sont présentés aux panélistes. Cette présentation comprend la description standardisée pour chaque indicateur, le code numérique spécifique, les critères d'inclusion et d'exclusion, l'intérêt clinique de l'indicateur et les critères spécifiques en lien avec l'indicateur.

Ensuite, les panélistes remplissent pour chaque indicateur un questionnaire de 10 questions qui évalue la capacité de l'indicateur à détecter des problèmes actuels, à prévenir des complications ou à trouver les erreurs médicamenteuses. On demande aussi aux panélistes de répondre à des questions portant sur les biais de recueil, les problèmes de recueil potentiel, les possibles effets néfastes de l'indicateur et les possibilités de « trafiquer » l'indicateur.

De plus, à l'étape 5, au lieu de faire une réunion en face-à-face, une conférence téléphonique de 90 minutes est réalisée. La discussion est exclusivement orientée vers les points de discordance entre panelistes sans qu'un consensus ne soit forcément recherché. Un calcul des médianes issues de l'échelle de notation sur 9 est ensuite réalisé pour chacun des critères évalués par les panelistes.

Six critères sont retenus :

1. intérêt global de l'indicateur
2. probabilité que l'indicateur mesure une complication et non une comorbidité
3. permet de prévenir des complications
4. permet de mettre en évidence des complications dues à des erreurs médicales
5. probabilité que la complication ait été notée au dossier après s'être produite
6. jusqu'à quel point l'indicateur peut être sujet à des biais de recueil

À la fin de l'exercice, les indicateurs sont répartis en fonction de trois catégories : indicateurs acceptés, indicateurs expérimentaux et indicateurs rejetés.

3.3 La méthode standard

À partir de l'évolution des méthodes publiées dans la littérature, Mainz propose une méthode de base qui peut être utilisée dans toutes les circonstances où l'on doit élaborer des indicateurs [Mainz, 2003]. Là encore, les fondements de cette méthode s'inspirent de ceux élaborés par la RAND.

L'élaboration d'indicateurs cliniques se fait en deux phases, tout d'abord une phase de planification qui comprend le choix du domaine à évaluer et ensuite la constitution de l'équipe de mesure. La deuxième phase porte sur le développement des indicateurs qui doit permettre de fournir une vue d'ensemble des preuves scientifiques et de la pratique, de sélectionner les indicateurs, de définir précisément leur mesure puis de les tester avant leur implantation. Le détail de ces phases est ici présenté.

Phase de planification

1. Choisir le domaine à évaluer :
 - Établir l'importance du domaine à évaluer en fonction de critères prédéfinis comme le volume, les coûts et les variations;
 - Trouver un domaine dans lequel il existe des opportunités pour une intervention clinique qui permettra d'améliorer la situation.
2. Organiser l'équipe de mesure :
 - Sélectionner les membres du groupe en prenant soin d'avoir les différentes perspectives nécessaires en fonction du sujet traité;
 - Organiser le travail en planifiant les réunions à l'avance, la répartition des tâches, la création de sous-groupes de travail si nécessaire, etc.

Phase de développement

1. Fournir une vue d'ensemble des données et de la pratique :
 - Présenter une vue d'ensemble des indicateurs;
 - Établir un consensus sur les connaissances et les pratiques en utilisant des grilles de notation de la qualité scientifique des indicateurs.
2. Sélectionner des indicateurs cliniques et des standards :
 - Sélectionner des indicateurs de processus et, si possible, ceux pour lesquels un lien avec les résultats a été démontré;
 - Sélectionner des indicateurs de résultats en étant attentifs à contrôler les différences qui peuvent exister en fonction des populations (case-mix);
 - Déterminer les facteurs pronostiques;
 - Établir un consensus et une procédure de hiérarchisation des indicateurs.
3. Définir précisément la mesure :
 - Définir les indicateurs et les standards;
 - Déterminer les populations cibles;
 - Déterminer les critères d'inclusion et d'exclusion;
 - Réfléchir à la stratégie de prise en compte de l'ajustement des risques;
 - Déterminer les sources de données;
 - Décrire les procédures de collecte de données;
 - Développer un plan.
4. Réaliser un test sur la capacité de recueil des indicateurs avant implantation.

3.4 La méthode de l'Australian Institute of Health and Welfare [AIHW, 2009]

Le but était de développer un outil permettant aux personnes qui le souhaite de suivre les progrès de la prévention des maladies chroniques en Australie. Quarante-deux (42) indicateurs ont ainsi été retenus et ceux-ci pouvaient être utilisés individuellement ou combinés afin de suivre des changements dans le temps pour certaines maladies chroniques et leurs facteurs de risque.

Le Department of Health and Ageing a sollicité l'Institut australien de la santé et du bien-être pour mener un programme pour la surveillance et le suivi des maladies chroniques et de leurs déterminants. Dans le cadre de ce programme, l'AIHW aide Population Health Information Development Group, un sous-groupe du Australian Public Health Development Principal Committee (APHDPC). Ce programme fait suite à la mise en place par le Ministère de la santé et du vieillissement en 2008 d'un groupe de travail national sur la prévention des maladies (National Preventative Health Taskforce).

Le développement des indicateurs a été fait par un groupe de travail mis en place par le AIHW et comprenant des personnes du APHDPC et des experts. Pour parvenir à sélectionner les indicateurs, l'Institut a suivi un processus comprenant 3 étapes :

Étape 1 : détermination des critères permettant de sélectionner les indicateurs. Sept (7) critères ont été retenus : pertinent (*relevant*), applicable (*applicable*), scientifiquement valable i.e. valide, sensible, spécifique et robuste (*technically sound*), possible à collecter et à rapporter (*feasible to collect and report*), pouvant déboucher sur des actions (*lead to action*), recueilli dans les temps (*be*

timely), pouvant être rendu disponible facilement (*be marketable*).

Étape 2 : catégorisation des indicateurs en fonction de quatre catégories :

- Catégorie 1 : les indicateurs sont incontournables (*spotlight or high-impact in nature*);
- Catégorie 2 : les indicateurs complètent l'information donnée par ceux de la catégorie 1;
- Catégorie 3 : les indicateurs contextuels donnent une vision de l'environnement;
- Catégorie 4 : les indicateurs à élaborer.

Étape 3 : consultation avec les parties prenantes.

Lors de cette étape, deux phases de consultation ont été menées :

- a) La première phase a consisté en la circulation d'un document de travail à un nombre important de représentants des parties prenantes comme des experts, des personnes travaillant dans des établissements de santé et autres organisations intéressées. Ces personnes étaient invitées à partager le document au sein de leur organisation. Ce document contenait de l'information sur le projet, une liste d'indicateurs potentiels et une section pour faire des commentaires et suggestions sur les indicateurs. À partir des commentaires reçus, le groupe projet a compilé et proposé une nouvelle liste d'indicateurs.
- b) La deuxième phase a porté sur une consultation ciblée auprès d'experts au sujet d'indicateurs pour lesquels il y avait peu de connaissance ou pas de consensus.

Sur les 42 indicateurs sélectionnés, 25 avaient été classés dans les catégories 1 et 2 à la fin de l'exercice de sélection.

3.5 La méthode de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)

L'OCDE, à des fins de comparaisons internationales de ses pays membres, a élaboré un ensemble d'indicateurs dans le domaine de la qualité qui se situe à un niveau agrégé par pays [Kelley et Hurst, 2006; Mattke *et al.*, 2006].

Les critères retenus pour les indicateurs sont articulés autour de deux conditions :

- 1) Être capable de capturer un aspect important de la performance :
 - répercussions sur l'état de santé;
 - importance en matière de politiques de santé;
 - susceptible d'être influencé par le système de santé.
- 2) Être scientifiquement robuste :
 - spécificité : Est-ce que la mesure capte bien les aspects de la qualité mesurés?
 - sensibilité : Est-ce que la mesure est capable de mettre en évidence des changements parmi différentes population et différents contextes?

Deux autres critères sont utilisés : l'accès aux données et la faisabilité.

4 PRÉSENTATION DES INITIATIVES MENÉES AU QUÉBEC ET AU CANADA

Nous présentons ici les différentes initiatives que nous avons étudiées en commençant par une présentation du contexte du projet, puis une description de l'initiative et finalement une analyse des limites et des points forts. En annexe 2, les personnes en charge de chaque projet sont citées ainsi que les publications qui ont été faites lorsque disponibles, permettant ainsi aux personnes intéressées de pouvoir compléter l'information.

4.1 Les initiatives canadiennes

Parmi les trois initiatives qui ont été étudiées au Canada, seulement deux sont présentées ici. En effet, l'entretien avec Agrément Canada a mis en évidence qu'il n'existait pas actuellement d'indicateurs élaborés pour la première ligne ou encore pour la prise en charge des maladies chroniques au sein des établissements.

4.1.1 Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

Ce projet porte sur l'élaboration d'indicateurs pour le suivi de la prise en charge des soins primaires. La méthode ici rapportée est celle réalisée en 2005, alors même que l'ICIS a remis à jour la liste des indicateurs en 2011-2012 en identifiant des indicateurs prioritaires et en précisant leur définition.

Contexte d'élaboration des indicateurs

À la suite de l'annonce des premiers ministres du Canada, le 11 septembre 2000, portant sur l'importance de consolider les soins de santé primaires, le gouvernement fédéral a créé le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaire (FASSP) d'un montant de 800 millions de dollars en concertation avec les gouvernements provinciaux.

Pour aider à comprendre et à améliorer le renouvellement des soins de santé primaires, Santé Canada a établi la stratégie d'évaluation nationale du FASSP, qui a permis de cibler, entre la fin 2004 et le début 2005, une série de plus de 50 questions. Ces questions d'évaluation de la stratégie nationale ont servi de point de départ pour l'élaboration d'une liste d'indicateurs de soins de santé primaires pouvant aider à répondre aux questions d'évaluation. Au lieu de recourir à un ensemble de services, au personnel de la santé ou à des éléments organisationnels, les questions d'évaluation visaient à fournir une approche souple permettant de connaître les progrès réalisés, de mesurer les changements et de recenser les variations. Cette approche signifie que les indicateurs ont été élaborés indépendamment d'une définition ou d'un cadre d'évaluation convenus pour les soins de santé primaires.

Les objectifs du Projet d'élaboration d'indicateurs de soins de santé primaires mené par l'ICIS ont consisté à définir une liste d'indicateurs pouvant servir à comparer et à mesurer des éléments de structure, de processus et de résultats des soins de santé primaires au

Canada, d'une part, et d'autre part à fournir des conseils sur l'infrastructure de collecte des données nécessaires à l'utilisation de ces indicateurs.

Dans ce contexte, la philosophie de la démarche est de :

1. construire un consensus sur les indicateurs de première ligne en allant chercher l'apport des milieux de pratique sur la faisabilité et l'acceptabilité de ces indicateurs;
2. élaborer les indicateurs sur la base de ce qui est nécessaire et non sur la base de ce qui existe déjà ou est accessible;
3. ne pas travailler par pathologie, mais d'une manière globale sur les indicateurs de prise en charge des soins de première ligne;
4. élaborer des indicateurs orientés vers le futur qui sont comparables entre différentes provinces et avec d'autres pays, utilisables et applicables à plusieurs niveaux du système, et flexibles afin de ne pas interférer avec les travaux qui pourraient être conduits dans chacune des provinces.

Méthodes d'élaboration des indicateurs

Pour définir une liste d'indicateurs, l'ICIS a mis en œuvre un vaste processus utilisant diverses stratégies de participation, de consultation et de sollicitation d'opinions d'experts.

La structure de travail était composée de quatre à cinq personnes qui ont travaillé sur le projet pendant toute sa durée. Un comité consultatif a été créé et comprenait des responsables de politiques, des dispensateurs de soins de première ligne, des membres d'associations professionnelles pancanadiennes de dispensateurs de soins, des gestionnaires de système et des chercheurs en soins de santé de première ligne et en système d'information. Ce comité avait comme objectif de donner des conseils à l'ICIS pour l'élaboration des indicateurs tout au long du processus.

Le projet a été réalisé en dix étapes:

1. Une revue de la littérature et une recherche dans les bases de données ont été réalisées pour bâtir une liste préliminaire de 258 indicateurs (liste 1).
2. Une conférence de consensus a été réalisée, au cours de laquelle les personnes présentes devaient réagir sur la validité et l'importance des indicateurs retenus dans la liste 1. Le groupe était composé d'environ une soixantaine de personnes comprenant des responsables de politiques, des chercheurs, des professionnels de première ligne (surtout des médecins) et des gestionnaires. La nouvelle liste établie avait 187 indicateurs (liste 2).
3. Une consultation en ligne a ensuite été réalisée afin de pouvoir, d'une part, recueillir le plus d'avis de personnes provenant d'horizon divers, et d'autre part, s'assurer que la liste des indicateurs proposés à la suite de la conférence de consensus était complète.
4. Quatre groupes de travail d'experts ont été créés pour évaluer les indicateurs de la liste 2 en fonction de leur validité apparente, de leur possible mesurabilité, de leur fiabilité et comparabilité, de leur raison d'être et leur importance, de leur fondement sur les résultats cliniques ou les politiques (liste 3).

5. La réalisation d'un Delphi modifié a permis de soumettre à un vaste groupe d'intervenants les indicateurs de la liste 3. Ces personnes ont été chargées d'attribuer une cote à chaque indicateur et de donner des suggestions sur la reformulation des indicateurs au besoin (liste 4).
6. À partir de la quatrième liste provisoire, des consultations ont été menées auprès des ministères provinciaux ou territoriaux, des associations nationales de dispensateurs de soins et des experts internationaux des soins de santé primaires et de la métrologie. Leurs commentaires ont entraîné des changements qui ont permis d'élaborer la liste 5.
7. Une deuxième ronde du processus Delphi modifié a été réalisée en novembre 2005 à laquelle 75 participants ont collaboré. Ils ont eu à coter les indicateurs en tenant compte des commentaires qui avaient été formulés précédemment.
8. Des ajustements techniques ont ensuite été réalisés sur la liste 5 issue de la deuxième ronde pour aboutir à la liste 6.
9. Finalement, une troisième et dernière ronde du processus de cotation sous la forme modifiée d'un Delphi a été réalisée pour aboutir à une liste de 105 indicateurs : 100 cotés comme importants et 5 pour assurer un équilibre. Les indicateurs importants étaient ceux auxquels 70 % des participants avaient attribué une cote comprise entre 7 et 9 sur une échelle de 9 points.
10. En complément, l'équipe de l'ICIS a réalisé une liste abrégée de 30 indicateurs à partir des 105 en :
 - équilibrant les indicateurs afin d'en sélectionner deux par objectif et un par mesure d'appui;
 - sélectionnant les indicateurs ayant les meilleures cotes.

Utilisation et mesure de des répercussions des indicateurs

Il n'y a pas eu d'évaluation formelle de l'utilisation et des répercussions du développement de ces indicateurs. Ils sont toutefois considérés comme des outils pour mesurer la performance.

Suite du projet

Une nouvelle version de la liste d'indicateurs a été élaborée en 2011-2012 et est maintenant disponible.

Pour la phase 1, un questionnaire envoyé à divers groupes de personnes impliqués dans la prise en charge des maladies chroniques a permis de cibler deux types d'indicateurs prioritaires :

- Des indicateurs qui concernent les décideurs politiques pour les aider à évaluer la performance du système de santé et comprend 30 indicateurs;
- Des indicateurs qui concernent les praticiens prenant en charge les maladies chroniques pour les aider dans leur processus d'amélioration de la qualité de la pratique dans leur lieu de travail. Là encore, 30 indicateurs ont été ciblés.

Quinze (15) indicateurs se trouvent simultanément dans les deux priorités. Au total, 45 indicateurs nécessitent une actualisation et une révision de leur définition.

Pour la phase 2, les 45 indicateurs sont répartis en cinq groupes. Pour chacun, un groupe

de travail est créé. Cette phase se décompose en 3 étapes :

- Étape 1 (révision des indicateurs) : Chaque membre des groupes de travail a reçu du matériel comprenant un résumé de chaque indicateur, une revue de la littérature et une cartographie de l'utilisation des indicateurs en soins de première ligne. Les membres revoient ensuite l'ensemble du matériel et suggèrent des sources de données pour la collecte des indicateurs et cernent les défis en lien avec l'actualisation des indicateurs.
- Étape 2 (discussion) : Les commentaires des groupes de travail récupérés lors de l'étape 1 ont été compilés afin de choisir les sources des indicateurs et de mettre en évidence d'éventuels problèmes de définition. Les groupes de travail ont alors été capables de fournir des recommandations pour maintenir à jour les indicateurs.
- Étape 3 (recherche de consensus) : L'équipe de projet utilise les suggestions et les décisions prises lors des discussions pour proposer des définitions pour chaque indicateur. Les définitions sont soumises aux groupes de travail afin que leurs membres puissent indiquer si elles sont acceptables ou non.

Limites du projet

La plus importante critique qui peut être faite au sujet du projet est de ne pas avoir inclus de personnes atteintes de maladies chroniques.

Leçons apprises et recommandations

Il est possible d'élaborer des indicateurs à l'échelle canadienne en une année grâce à une méthodologie efficace et pertinente.

4.1.2 Manitoba

Des indicateurs de qualité pour le suivi de la prise en charge des maladies chroniques en première ligne ont été élaborés dans deux contextes différents au Manitoba.

Contexte d'élaboration des indicateurs

Projet 1 : Évaluation de la qualité des soins de première ligne à partir des banques de données administratives

La première initiative visait à explorer la faisabilité d'utiliser des données administratives, celles du *Population Health Research Data Repository* (dépôt de données de recherche en santé des populations) du Manitoba Centre for Health Policy afin d'élaborer des indicateurs de processus servant à évaluer la qualité des soins de première ligne. Les données administratives comprenaient des demandes de paiement des médecins, des résumés de données sur les congés hospitaliers, des données sur l'utilisation de médicaments (Réseau pharmaceutique informatisé (RPI) et des données provenant du *Manitoba Immunization Monitoring System* (MIMS) relatives à tous les résidents du Manitoba qui ont fait appel au système de soins de santé pendant l'exercice financier 2001-2002. Les médecins de famille ont été ciblés à partir de la *Physician Resource Database* (base de données de recherche des médecins). L'élaboration des indicateurs s'est appuyée sur une analyse documentaire et sur une validation auprès de groupes de discussion.

Projet 2 : Faciliter l'amélioration globale du réseau, axée sur la prestation de soins de première ligne grâce à la mise en place d'un réseau intégré de médecins

La seconde initiative visait à faciliter l'amélioration globale du réseau, axée sur la prestation de soins de première ligne, au Manitoba. Ce deuxième volet du projet a inclus la participation de groupes de médecins associés dans des cliniques où ils sont rémunérés à l'acte. La mise en place du Réseau intégré de médecins (RIM), pour instaurer un changement dans les pratiques en première ligne, poursuit quatre objectifs :

- accroître l'accès aux soins de première ligne;
- améliorer l'accès aux fournisseurs de soins de première ligne et contribuer à une utilisation plus efficace de l'information;
- offrir une meilleure qualité de vie professionnelle à tous les fournisseurs de soins de première ligne;
- offrir concrètement des soins primaires de grande qualité axés particulièrement sur la gestion des maladies chroniques¹.

Méthode d'élaboration des indicateurs

Projet 1. C'est en 2004 que la première initiative d'élaboration d'indicateurs de qualité s'est amorcée dans la foulée d'un projet de recherche, avec la création de 15 indicateurs à partir de données administratives issues du Ministère.

Projet 2. Le Réseau intégré de médecins (projet RIM) a débuté en 2006 et constituait la première tentative d'effectuer des changements structurels dans les soins de première ligne dans le but de les améliorer globalement en misant sur des services de soins primaires et l'utilisation de la technologie. Le projet a été mené dans des cliniques où les médecins sont rémunérés à l'acte, pour un total de 67 médecins. Un comité d'évaluation a travaillé de concert avec eux. Les médecins ont participé au choix des indicateurs à privilégier. Ainsi, l'évaluation ne reposait plus uniquement sur les données administratives, mais également sur des extraits de fichiers de dossiers médicaux électroniques. Les chercheurs ont également travaillé en collaboration avec les fournisseurs de dossiers électroniques de santé afin de créer les champs nécessaires pour l'élaboration des indicateurs.

L'équipe de projet a commencé par concevoir une vaste liste d'indicateurs à partir de l'ensemble des indicateurs de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Lorsqu'un indicateur était absent de la banque de l'ICIS, les experts étaient interpellés. Dans un processus collégial qui a inclus la participation des médecins prenant part au projet du RIM, ceux-ci ont apporté des ajustements mineurs aux indicateurs ou les ont peaufinés. Cependant, ils n'ont pas spécialement eu recours au modèle de soins chroniques (*Chronic Care Model*).

Les indicateurs finaux s'appuient tous sur des données probantes (extraites des publications de 2004) et des données issues des groupes de discussion et des médecins de famille. Aucune revue systématique n'a été effectuée. Dans le cadre du projet de Réseau intégré de médecins, les chercheurs ont tenu compte des opinions d'experts et des données du projet en santé du Manitoba (*Manitoba Health Project*).

¹ *Evaluation of the Physician Integrated Network (PIN): Phase 1 – Summary report* [PRA Inc., 2009]. Rapport sommaire préparé pour le ministère Santé et Vie saine Manitoba.

Durant l'élaboration des indicateurs, ils ont porté une attention particulière à deux aspects essentiels : la faisabilité et la valeur pratique. Ils ont aussi fait attention de n'extraire que des indicateurs qui pouvaient être reliés à l'activité des médecins. En effet, les médecins ne participant pas au processus d'immunisation des patients, les indicateurs en lien avec la vaccination n'ont pas été pris en compte.

Utilisation des indicateurs

Projet 2. Les indicateurs sont revus de manière régulière lors de réunions mensuelles. Quant à l'essai et à la vérification de faisabilité, ils ont été effectués à l'aide de dossiers médicaux électroniques (DME). Le financement disponible a permis de créer les outils d'extraction. Toutes ces étapes se sont déroulées dans un processus intégré et simultanément.

Avoir un dossier médical électronique constituait l'un des critères requis pour qu'un médecin puisse prendre part au projet. Les autorités provinciales ont participé à l'établissement de critères relativement aux fournisseurs de dossiers médicaux électroniques incluant la capacité d'extraire les indicateurs. Au Manitoba, trois fournisseurs disposent actuellement d'une accréditation qui prend aussi en considération l'actualisation des indicateurs. En effet, le Réseau intégré de médecins remet à jour régulièrement la liste des indicateurs. Le Comité d'évaluation se rencontre tous les trois mois afin de continuer à ajuster les changements en fonction des nouvelles données probantes en vue de concevoir de nouveaux indicateurs. Le Comité est partie prenante du projet de RIM et compte des représentants du ministère.

L'utilisation des indicateurs s'effectue au niveau des cliniques plutôt qu'au niveau individuel des médecins. Aussi, un financement initial a été octroyé aux cliniques participantes et non aux cliniciens eux-mêmes afin d'instaurer une rémunération au rendement. Pour prendre part au projet, une clinique a besoin : 1) d'une structure de gestion qui soutienne le processus d'utilisation des indicateurs et 2) du consentement des médecins qui y travaillent. Les cliniques ont pu bénéficier de l'aide d'un facilitateur au début du projet afin d'introduire la gestion du changement si elles en éprouvaient le besoin.

Les cliniques sont généralement centrées sur les médecins de famille, mais elles offrent aussi des soins interdisciplinaires qui facilitent la prise en charge du patient. Il n'existe pas d'indicateurs spécifiques pour les autres professionnels, mais les cibles à atteindre proviennent du travail réalisé par l'ensemble de l'équipe.

En raison de l'utilisation des dossiers médicaux électroniques, les actions réalisées en auto-soin par les patients n'ont pas été prises en compte.

Mesure des répercussions

Une étude visant à mesurer les répercussions du RIM est actuellement en cours. Les données administratives serviront à évaluer le processus et les mesures de résultats propres aux indicateurs du RIM.

Suite du projet

Le Réseau intégré des médecins s'est élargi et accueille à présent 160 médecins.

Limites du projet

Projet 2. Le projet de RIM se limite aux médecins rémunérés à l'acte faisant partie d'un groupe de praticiens associés et qui utilisent un DME. Les patients manitobains n'ont pas tous un médecin traitant régulier. Il y a donc des patients qui consultent dans les cliniques du RIM qui ne bénéficient pas du suivi par les indicateurs, car les médecins ne considèrent pas qu'ils en sont responsables.

Leçons apprises et recommandations

Le ministère a introduit une rémunération au rendement lors de la phase 1, avec la collaboration d'un nombre limité de médecins. En effet, il a été décidé de mettre en place un projet pilote avant d'étendre le financement.

Définir une population de patients qui peut être attribuée à un médecin, en particulier lorsqu'ils passent d'une spécialité à l'autre, présente des défis. Il s'est révélé difficile de déterminer quel médecin en particulier offrait des soins à un patient dans le cas où celui-ci obtient ses soins dans une clinique sans rendez-vous et n'est pas pris en charge par une clinique ou un médecin précis. Une telle situation pose problème dans un système de rémunération au rendement et, par conséquent, dans l'évaluation de la qualité des soins.

Les données entrées dans les DME sont prioritaires sur les autres sources d'information qui existaient préalablement. Le problème réside dans la mise à jour de l'information et la signification des données actualisées.

La définition des termes utilisés dans l'élaboration des indicateurs présente d'autres défis. Par exemple, lorsqu'il est temps de conseiller des exercices à un « patient sédentaire », comment définir cette notion? À qui doit-on accorder le crédit pour cette consultation? Dans un système de rémunération au rendement, des indicateurs moins bien définis que d'autres peuvent être laissés de côté alors qu'ils sont primordiaux dans les soins aux patients.

La mesure des indicateurs peut se faire à l'aide d'enquêtes auprès des patients. L'outil d'évaluation en soins de première ligne PCAT (*Primary Care Assessment Tool*) permet d'apprécier la qualité des soins en lien avec leur accessibilité. Après avoir comparé les résultats que quatre cliniques ont obtenus au PCAT avant et après une intervention, les chercheurs ont conclu que l'outil n'était pas assez sensible pour faire état de changements. De plus, l'administration de l'enquête étant coûteuse, celle-ci a été interrompue.

Le recours à différentes méthodes de collecte de données, bases de données administratives et fichiers de DME constitue l'un des principaux points forts de la démarche menée au Manitoba.

4.2 Les initiatives québécoises

Les initiatives québécoises peuvent être regroupées à trois niveaux que nous présenterons donc de la manière suivante :

- l'ensemble de la province
- au niveau d'une région
- au niveau des milieux de pratique

4.2.1 Niveau provincial

Les deux initiatives ici présentées sont celles qui ont été réalisées par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et le Réseau de recherche en santé des populations du Québec (RRSPQ).

4.2.1.1. L'Institut national de santé publique du Québec

L'INSPQ a le mandat du ministère de la Santé et des Services sociaux de développer et de mettre en œuvre la surveillance des maladies chroniques au Québec. Dans ce contexte, l'Unité de surveillance des maladies chroniques et de leurs déterminants a obtenu l'autorisation de constituer une banque de données administratives jumelées afin d'élaborer des indicateurs populationnels portant sur l'ampleur des maladies et leur cooccurrence, sur la mortalité et la consommation de services et de médicaments des personnes qui en sont atteintes, ainsi que sur l'identification des groupes à risque.

Contexte d'élaboration des indicateurs

Le mandat d'élaborer des indicateurs populationnels sur les maladies chroniques découle de celui plus général donné à l'INSPQ de faire la surveillance continue de l'état de santé de la population québécoise. En 2008, le volet Maladies chroniques du Plan ministériel de surveillance multithématique a permis de définir les assises de cette surveillance par une approche novatrice dont la méthodologie repose sur le jumelage des données administratives et a amené l'INSPQ à définir des indicateurs de suivi des maladies chroniques au niveau populationnel.

Méthode d'élaboration des indicateurs

La première étape de ce projet a été de développer un cadre conceptuel pour la surveillance des maladies chroniques permettant de définir les objets de surveillance selon une approche par maladie (ampleur, mortalité, consommation de services et de médicaments, groupes à risque) et une approche intégrée visant la comorbidité et la multimorbidité. Cette première étape a aussi permis de cerner les maladies qui feraient l'objet de surveillance selon des critères de prévalence, d'invalidité, de létalité et de consommation de services. Les maladies retenues sont : le diabète, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires, les maladies ostéoarticulaires, l'ostéoporose, les troubles mentaux, l'Alzheimer et les maladies apparentées.

La deuxième étape visait l'élaboration d'un modèle opérationnel qui repose sur le jumelage des fichiers administratifs suivants : le fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA), le fichier des services médicaux rémunérés à l'acte, le fichier des services pharmaceutiques, Med-Echo et le fichier des décès. Une mise à jour annuelle des données est prévue pour ce projet.

La troisième étape de ce projet concernait l'obtention des autorisations légales d'accès aux données. Parmi les démarches réalisées, on retient : l'obtention d'un avis du Comité d'éthique en santé publique, la rédaction d'un document interne de gestion de l'information, l'obtention d'un avis de la Commission d'accès à l'information, la signature d'une entente tripartite MSSS-RAMQ-INSPQ concernant la communication des renseignements nécessaires à la surveillance des maladies chroniques.

La quatrième étape touche le développement scientifique et méthodologique des indicateurs, en fonction des objets de surveillance retenus. Ce développement repose sur trois chantiers d'envergure, qui s'appuient sur la collaboration de cliniciens et des réseaux de recherche :

- des études de faisabilité pour réaliser la surveillance de chacune des maladies et l'approche intégrée de surveillance (recension des écrits, développement et tests d'algorithmes pour les définitions de cas, comparaisons avec d'autres sources de données);
- des études de validation des algorithmes;
- l'élaboration des indicateurs proprement dits;
- la diffusion des études et analyses et des indicateurs selon un plan de transfert des connaissances.

Cette dernière étape est en cours de réalisation et l'avancement des travaux varie d'une maladie à l'autre. Le développement de mesures selon une approche intégrée fait l'objet d'un projet d'innovation à l'INSPQ.

Mesure des répercussions des indicateurs

Les répercussions de ce projet n'ont pas encore été mesurées puisqu'il est en période de développement. L'étape de mise en œuvre ouvrira la porte à ce type d'évaluation.

Suite du projet

L'INSPQ a comme objectif de réaliser un plan de transfert des connaissances pour ce projet afin de rendre accessibles différents produits pour divers publics cibles (articles scientifiques, rapports méthodologiques, etc.). Plusieurs mesures sont disponibles par l'entremise de la collection Surveillance des maladies chroniques qu'on trouve sur le site de l'INSPQ. Des données régionales et sous-régionales sont transmises aux acteurs de surveillance de chacune des régions du Québec. Il est prévu de rendre ces données disponibles par l'entremise de l'Infocentre de santé publique du Québec dans les prochains mois. Les premières mesures qui y seront déposées porteront sur le diabète et l'hypertension.

L'INSPQ est aussi en lien avec l'Agence de santé publique du Canada dans le cadre des activités du Système canadien de surveillance des maladies chroniques.

Limites du projet

Les indicateurs élaborés dans le cadre de ce projet sont issus des banques de données administratives, ce qui limite le choix des indicateurs suivis puisqu'elles ne couvrent pas l'ensemble du continuum de soins, par exemple les soins de longue durée et ceux compris dans la banque I-CLSC. De plus, la prise en compte de facteurs de risque pour l'analyse des indicateurs n'est actuellement pas intégrée dans le projet. Une autre limite du projet porte sur le suivi des prescriptions médicamenteuses qui ne peut actuellement être réalisée que pour les personnes de 65 ans ou plus.

Leçons apprises et recommandations

À partir des banques de données jumelées, il est possible de construire des indicateurs

pour le suivi des maladies chroniques et plusieurs de ces indicateurs peuvent être utilisés pour aider les cliniciens à améliorer leur pratique. Cependant, une telle démarche comporte un certain nombre de défis, dont les délais pour la constitution de la banque jumelée et la complexité de la réalisation des algorithmes.

Ce travail réalisé par l'INSPQ a permis de bâtir une expertise dans l'utilisation des bases de données jumelées pour extraire des indicateurs, en construisant des algorithmes validés, permettant de disposer d'une information de qualité. Un tel travail pourrait aider d'autres institutions, en particulier les agences et l'INESSS, dans leur propre recherche d'élaboration d'indicateurs.

4.2.1.2. Le réseau de recherche en santé des populations du Québec

L'équipe Santé des populations et services de santé (ESPSS) est une équipe conjointe de la direction de la santé publique de Montréal et de l'Institut national de santé publique du Québec. Depuis 2000, elle a le mandat d'évaluer l'effet des transformations de l'organisation des services de première ligne sur la santé de la population montréalaise et sur la prise en charge des maladies chroniques.

Depuis 2008, des membres de cette équipe sont impliqués dans le Réseau de recherche en santé des populations du Québec (RRSPQ) axe première ligne, financé par le FRSQ dans le cadre de projets de recherche. Le mandat de l'axe est de développer la recherche en première ligne en facilitant l'interaction entre des cliniciens intéressés à la recherche et des chercheurs membres du réseau de recherche en milieu clinique de première ligne (RRMCPL).

Contexte d'élaboration des indicateurs

À la suite d'un contact pris par le D^r Rancourt, médecin de famille au GMF Montmagny l'Islet (cf. description de l'initiative en p. 38), auprès du D^r Tousignant et des membres de l'ESPSS, une collaboration a été mise en œuvre à travers le RRSPQ pour aider les médecins du GMF à connaître leur clientèle en général et quelques clientèles particulières : les patients diabétiques ou atteints de maladies cardiaques athérosclérotiques (MCAS).

Le D^r Rancourt, qui utilise le dossier informatisé Purkinje, a fait le constat qu'il était très difficile d'extraire les données de ce dossier à des fins de suivi de clientèle. En effet, les données saisies le sont uniquement dans l'optique de consigner les notes cliniques et les résultats d'examen et de permettre le partage de ces informations entre les intervenants. Cette difficulté représente une barrière majeure au développement de leur activité de recherche et de leur collaboration avec des chercheurs du réseau. De plus, toute solution passant par le fournisseur du dossier informatisé étant très onéreuse, une démarche de soutien a été offerte par l'équipe du réseau.

Méthodes d'élaboration des indicateurs

Afin de pouvoir extraire des indicateurs du dossier informatisé, l'équipe du RRMCPCL a procédé en 4 étapes :

- Étape 1 : Une copie archivée de la banque a été totalement « anonymisée » pour permettre l'analyse de la structure et de son contenu;
- Étape 2 : Les étapes requises pour permettre la réalisation des requêtes (ex. écriture normalisée des noms de villes) ont été déterminées;

- Étape 3 : Des requêtes sont testées dans la banque « anonymisée » pour voir comment il est possible d'extraire l'information souhaitée;
- Étape 4 : Les requêtes testées sont appliquées à la banque de données du GMF par le médecin responsable;
- Étape 5 : Si les requêtes ne répondent pas à la question, l'équipe de soutien affine la requête.

Utilisation des indicateurs

Les activités du réseau de recherche en milieu clinique ne visent pas à déterminer une liste d'indicateurs que les cliniciens ou chercheurs doivent utiliser. Elles visent plutôt à soutenir les cliniciens dans leur intérêt à faire de la recherche en utilisant les indicateurs qu'ils considèrent comme importants étant donné leur situation et leur clientèle.

Mesure des répercussions

Le travail avec la clinique pilote a permis de solutionner plusieurs barrières pour l'accès aux données, d'outiller les professionnels de la clinique pour mieux utiliser leurs données et par ricochet avoir le même genre de répercussions dans au moins deux autres cliniques.

Suite du projet

Le soutien offert par le réseau de recherche en milieu clinique n'est pas limité au site pilote dirigé par le Dr Rancourt. D'autres sites devraient s'ajouter à celui-ci dans un proche avenir.

Limites du projet

Le travail réalisé à l'intérieur de ce projet pilote représente une lourde tâche même s'il se fait avec un seul type de DME. L'implication éventuelle d'autres milieux cliniques nécessitera de réaliser un travail similaire avec d'autres DME.

Pour l'instant cette approche ne semble pas considérée par les fournisseurs de dossiers médicaux électroniques et tout effort systématique pour l'étendre à tous les milieux cliniques intéressés n'en est qu'à la phase de conceptualisation.

Leçons apprises et recommandations

Les premières recommandations faites auprès des médecins, infirmières et secrétaires ont été de tendre à la standardisation de l'entrée de données, ceci à l'aide d'exemples concrets des résultats obtenus découlant des façons d'entrer les données dans le DME.

4.2.2 Niveau régional

Au niveau régional, trois expériences importantes ont été menées : une en Abitibi-Témiscamingue, une à Montréal et une en Montérégie.

4.2.2.1. Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Ce projet a comme objectif d'améliorer les services de prévention et de suivi des maladies chroniques en Abitibi-Témiscamingue (AT), en déterminant des indicateurs de qualité qui seront utilisés comme cibles d'amélioration par les six Centres de santé et de services sociaux (CSSS) de la région. La détermination de ces priorités locales d'amélioration de la qualité se fait par un processus délibératif associant les patients atteints de maladies chroniques, les professionnels et les gestionnaires de chaque CSSS.

Contexte d'élaboration des indicateurs

En 2005, l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (Agence), sous le leadership du D^r Réal Lacombe, a mis en place le Programme régional intégré de lutte aux maladies chroniques en s'inspirant du *Expanded Chronic Care Model* et des travaux réalisés par Kaiser Permanente qui intègrent la prévention et la prise en charge des maladies chroniques dans une perspective clinique et populationnelle. De 2008 à 2009, une évaluation de l'implantation du programme a permis d'ancrer le processus d'amélioration des pratiques cliniques autour d'objectifs spécifiques à atteindre. Ce constat a amené la Direction de la santé publique à élaborer des indicateurs de qualité pour suivre les mesures de prévention et la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques par les professionnels et les gestionnaires travaillant en première ligne.

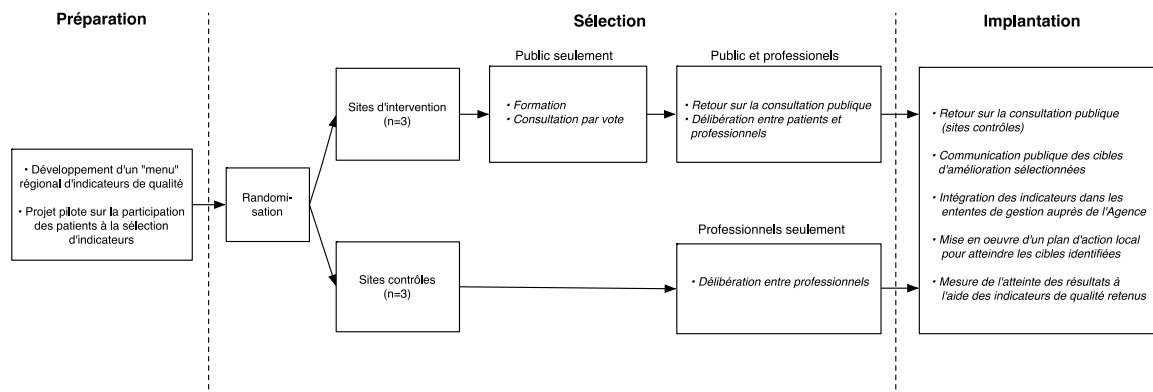
Méthodes d'élaboration et d'utilisation des indicateurs

L'élaboration des indicateurs s'est inscrite dans un projet de recherche mené par le D^r Antoine Boivin, médecin de famille exerçant en CSSS, médecin conseil à la Direction de la santé publique de l'AT, et alors candidat au Ph. D. au Scientific Institute for Quality of Healthcare (Pays-Bas), dans le cadre des objectifs du programme régional intégré de lutte aux maladies chroniques.

Pour ce faire, le projet a été mené en trois phases :

- Phase 1 : Préparation d'un « menu » d'indicateurs de qualité
- Phase 2 : Sélection des cibles locales d'amélioration de la qualité
- Phase 3 : Implantation des indicateurs à des fins d'amélioration de la qualité

Schéma 1 :



La phase 1 : Préparation d'un « menu » d'indicateurs de qualité

Cette phase s'est étendue de septembre 2009 à mars 2010. Elle a consisté en la réalisation d'une revue de la littérature pour déterminer des indicateurs de qualité valides et pertinents à l'amélioration de la prévention et du suivi des maladies chroniques en première ligne (indicateurs génériques ou spécifiques à la prévention et au suivi du diabète, MPOC, insuffisance cardiaque et maladie coronarienne).

De cette phase, 1489 indicateurs ont été repérés, dont 801 répondaient aux critères d'inclusion. Un comité formé d'experts cliniques familiers avec les systèmes d'information disponibles a cerné 37 indicateurs regroupés autour de 5 dimensions : 1) l'accessibilité, 2) l'intégration des services, 3) la qualité technique des activités de prévention et de suivi des maladies chroniques, 4) les relations interpersonnelles, et 5) les résultats de santé.

Ce « menu » de 37 indicateurs a été testé dans le cadre d'un projet pilote réalisé pendant deux jours en janvier et février 2010 dans le territoire du CSSS du Nord de Lanaudière. Ce projet pilote a également permis de raffiner le processus de priorisation et de participation des patients.

La phase 2 : Sélection des cibles locales d'amélioration de la qualité

Cette phase évalue l'effet de la participation des patients sur la sélection de cibles locales d'amélioration de la qualité des soins, à travers un essai à répartition aléatoire par *cluster*. Les six CSSS de l'AT ont été répartis au hasard entre sites d'intervention (où la priorisation s'est faite avec les patients et les professionnels de la santé) et sites contrôles (où la priorisation s'est faite uniquement entre les professionnels). (cf. schéma 1). Au total, 172 participants, incluant 83 patients et 89 professionnels, ont participé à cette phase du projet dans les 6 CSSS de la région.

Les patients ont été ciblés à l'aide d'équipes locales de recrutement comprenant un représentant du comité d'usager du CSSS, un gestionnaire responsable des maladies chroniques et un clinicien. Les participants ont été sélectionnés par un responsable régional à partir des listes suggérées localement, afin d'assurer un équilibre de représentation en ce qui a trait à l'âge, au sexe, à la profession et à l'état de santé. Les professionnels de première ligne travaillant en CSSS et GMF (médecins de famille, infirmières, nutritionnistes, kinésithérapeutes, gestionnaires responsables des maladies chroniques et directeurs généraux de chaque CSSS) ont été ciblés par un gestionnaire et un médecin responsable au sein de chaque établissement.

Dans les sites d'intervention, la participation des patients comprenait trois étapes :

- 1) tous les patients ont d'abord participé à une journée de formation afin d'échanger sur leurs expériences personnelles et de se familiariser avec les indicateurs de qualité proposés;
- 2) à la fin de la journée de formation, tous les patients ont déterminé, parmi les 37 indicateurs proposés, 5 indicateurs qui leur semblaient prioritaires dans l'amélioration des soins de santé de leur territoire. Ces choix individuels ont été compilés par vote;
- 3) quatre patients par territoire se sont portés volontaires pour participer à une rencontre délibérative de deux jours avec des professionnels de leur territoire afin de débattre des indicateurs proposés et de s'entendre sur des cibles communes d'amélioration dans chacun des CSSS.

Dans les sites contrôles, le processus de priorisation a été le même, sans la participation de patients. Les sites contrôles ont reçu une rétroaction sur les priorités des patients à la fin du projet de recherche, en mars 2011.

Étape 3 : Implantation des indicateurs à des fins d'amélioration de la qualité

L'idée de ce projet n'est pas de faire un palmarès des CSSS ni d'introduire de la reddition de compte sur les résultats des indicateurs eux-mêmes, mais d'intégrer le choix et l'utilisation des indicateurs dans un processus d'amélioration de la qualité. Les directeurs généraux des six CSSS participants se sont engagés dès le début du projet à intégrer le suivi d'un indicateur prioritaire à l'intérieur des ententes de gestion signées en juin 2011. Chaque CSSS a eu la liberté de sélectionner ses propres cibles locales d'amélioration. La reddition de compte s'effectue donc au niveau du *processus* d'amélioration de la qualité déterminé par chaque CSSS et non de l'atteinte de certaines cibles prédéterminées au niveau régional. Tous les participants (incluant les patients) ont été informés du choix final de leur CSSS par lettre ou par l'entremise de leur établissement à l'automne 2011.

Au cours de l'automne 2011 et de l'hiver 2012, une équipe de l'Agence de l'Abitibi-Témiscamingue (direction des affaires médicales et des services de santé, direction de santé publique, module évaluation) a entrepris une tournée régionale de chacun des CSSS afin de faire le bilan de l'implantation locale du programme régional de lutte aux maladies chroniques et de soutenir les établissements dans le processus d'implantation des cibles d'amélioration choisies, en ce qui concerne tant la mesure des indicateurs choisis que les actions mises en place pour atteindre les objectifs proposés.

Depuis 2005, l'Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue a considérablement investi dans son programme régional intégré de lutte aux maladies chroniques, y injectant un budget récurrent aux CSSS de 1,6 millions de dollars annuellement. Le projet Cibles d'améliorations s'inscrit dans cette démarche régionale et a obtenu un financement complémentaire de la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé pour la dimension recherche du projet. L'élaboration du menu d'indicateur, ainsi que les frais d'organisation, de recrutement et d'animation des rencontres ont été assumés par l'Agence. Chaque CSSS a reçu 5000 \$ de l'Agence pour compenser leur participation dans les différentes phases de ce projet. Les professionnels dégagés pour leur temps ont été rémunérés par leur CSSS, les médecins dans le cadre de banques d'heures offertes par la direction régionale de santé publique. Les patients ont reçu une compensation de 100 \$/j pour leur participation dans la phase de sélection du projet.

Mesure des répercussions et suite du projet

La participation des patients a mené à un plus grand niveau de consensus entre les priorités des professionnels et des patients, comparativement aux priorités cernées dans les sites contrôles (coefficient de corrélation de 0,69 contre 0,19, $p < 0,001$). La délibération entre patients et professionnels a favorisé un apprentissage mutuel entre les participants : les patients ont pris conscience de l'importance des activités d'autogestion des soins et du rôle qu'ils peuvent jouer dans l'amélioration de leur santé, alors que les professionnels de la santé ont été davantage sensibilisés aux problèmes d'accès vécus par les patients. Les priorités déterminées avec les patients ont été jugées réalistes et utiles par les professionnels. Tous les CSSS des sites d'intervention ont retenu une cible d'amélioration en lien avec les priorités des patients (accessibilité à un médecin de famille et difficulté à obtenir un rendez-vous avec un professionnel de première ligne), alors qu'aucun des sites contrôle n'a retenu ces priorités. Le coût marginal de la participation des patients a représenté 17 % de l'ensemble des coûts du projet. Tous les CSSS ont intégré au moins une cible priorisée dans leurs ententes de gestion et ont mis en place des actions en lien avec ces objectifs.

Le 24 octobre 2012 s'est tenu à Rouyn-Noranda un colloque régional intitulé « La première ligne : sortir ensemble des sentiers battus » afin de favoriser l'échange entre les professionnels de la région par rapport aux objectifs ciblés, notamment en ce qui a trait à l'accessibilité des soins de première ligne, au travail interdisciplinaire, à l'autogestion des soins et à la collaboration entre GMF et CSSS.

Limites du projet

Le projet a été mené à l'échelle d'une région et n'a pas eu de soutien du ministère de la Santé et des Services sociaux pour être reconnu comme un projet vitrine.

Le projet s'est inscrit dans la réalisation d'un doctorat, aussi certaines étapes sont devenues plus complexes pour répondre aux exigences du devis de recherche qui stipulait un essai à répartition aléatoire pour évaluer l'effet de la participation du public sur le choix des indicateurs.

Actuellement nous ne disposons pas de suffisamment de recul pour savoir quel effet un tel dispositif va avoir sur la prise en charge des maladies chroniques en AT.

Le fait que chaque CSSS choisit ses propres indicateurs ne permet pas de pouvoir réaliser un comparatif entre établissements. Par contre, il permet un suivi comparatif longitudinal au sein de chaque CSSS, ce qui est compatible avec une démarche d'amélioration de la qualité et établit une grande collaboration entre l'Agence et les établissements.

Un des défis de l'implantation des indicateurs à des fins d'amélioration de la qualité concerne l'expertise locale. Les professionnels de première ligne et les CSSS sont peu familiers avec l'utilisation d'indicateurs de qualité autrement qu'à travers des « tableaux de bord » de gestion ou d'activités d'évaluation de l'acte professionnel. Une des difficultés a trait à l'élaboration de cibles communes autour desquelles gestionnaires, cliniciens et patients se mobilisent conjointement.

Leçons apprises et recommandations

Ce projet permet d'appréhender comment les personnes atteintes de maladies chroniques peuvent participer activement à l'élaboration de priorités locales d'amélioration des soins de santé et influencer concrètement la transformation des pratiques cliniques. Ce projet a démontré qu'une telle démarche permet un apprentissage mutuel entre patients et professionnels et permet de cerner des priorités réalistes et davantage conformes aux attentes de la population.

Il permet aussi une grande flexibilité pour chacun des CSSS, en leur offrant la possibilité de choisir les indicateurs qui sont le plus en accord avec leurs propres préoccupations et ainsi donner plus de sens à leur recueil. Cela permet donc une appropriation plus grande de la rétroaction qui pourra se faire grâce aux indicateurs.

Ce projet souligne l'intérêt des équipes locales de première ligne à s'engager dans la détermination et la mise en place de priorités communes d'amélioration des soins offerts en maladie chronique, mais souligne également le besoin d'un soutien régional qui soit à la fois concret et flexible.

4.2.2.2. Direction de la santé publique de Montréal

L'équipe Santé des populations et services de santé (ESPSS) est une équipe conjointe de la Direction de la santé publique de Montréal et de l'Institut national de santé publique du Québec. Depuis 2000, elle a le mandat d'évaluer l'effet des transformations de l'organisation des services de première ligne sur la santé de la population montréalaise et sur la prise en charge des maladies chroniques. Dans ce cadre, l'équipe a élaboré des indicateurs pour suivre les répercussions de la réorganisation de la première ligne.

Contexte d'élaboration des indicateurs

Afin de pouvoir mesurer les répercussions de la réorganisation de la première ligne sur la santé de la population montréalaise, l'ESPSS a cerné une série d'indicateurs en ciblant les personnes atteintes de maladies chroniques comme étant celles les plus susceptibles de bénéficier d'une première ligne plus efficace. La détermination des indicateurs s'est faite par consultation des professionnels du réseau dans une recherche systématique des effets pouvant résulter des transformations prévues. Ces indicateurs ont été soumis à un algorithme qui aide à les classer en trois groupes :

- des indicateurs mesurables et disponibles;
- des indicateurs intéressants mais non disponibles;
- des indicateurs ayant peu d'intérêts par manque de sensibilité ou de spécificité.

Le processus a permis de retenir 14 indicateurs mesurables et pertinents présents dans les banques de données administratives et fournissant de l'information sur les effets des transformations, et une dizaine d'autres indicateurs tirés d'enquêtes prévues (ex. ESCC) portant sur l'expérience de soins. Plusieurs autres indicateurs fournissaient de l'information sur l'ampleur des transformations.

Outre ces indicateurs, l'équipe réalise un suivi populationnel à partir d'enquêtes populationnelles et organisationnelles en allant chercher la perception des patients et des professionnels de la santé.

Utilisation des indicateurs

Les indicateurs tirés des banques de données administratives et utilisés pour évaluer les répercussions de la réorganisation de la première ligne [Tousignant, 2005] où sont tirées d'autres enquêtes populationnelles et organisationnelles réalisées par la DSP de Montréal²:

Mesure des répercussions

Ce travail permet de suivre les répercussions de la réorganisation de la première ligne sur l'île de Montréal.

Suite du projet

Ce volet arrive à une phase cruciale de son développement. Il mènera à des productions multiples au cours des 12 prochains mois.

Limites du projet

Le travail réalisé se situe dans le contexte d'un projet de recherche et permet ainsi de faciliter l'accès aux banques de données qui, même dans ce contexte, demeure très difficile.

Leçons apprises – recommandations

La triangulation de différentes sources de données, dont des banques de données administratives, mène à des informations utiles et pertinentes pour les décideurs du réseau. L'accès à ce genre de données est difficile, plus au Québec qu'ailleurs. Les barrières existantes pourraient être diminuées sans compromettre la confidentialité et la sécurité des données. Cela optimiserait la qualité de l'information transmise aux décideurs.

4.2.2.3. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction des affaires cliniques, médicales et universitaires (DACMU)

L'Agence a créé, en 2006, le Consortium montréalais en gestion des maladies chroniques, dont l'approche était axée vers l'élaboration d'une approche préventive en soins de première ligne, l'amélioration du réseau de soins, l'intégration et l'uniformisation des ressources concernées, ainsi que le développement d'une programmation régionale concertée. Le Consortium a choisi d'implanter quatre projets pilotes pour les personnes atteintes de maladies chroniques. En 2007, la Direction des affaires cliniques, médicales et universitaires (DACMU) de l'Agence s'est vue confier le mandat d'aider les CSSS à implanter ces projets.

Contexte d'élaboration des indicateurs

Les quatre premiers projets retenus portaient sur le diabète (CSSS du Sud-Ouest-Verdun), l'hypertension artérielle (HTA) (CSSS de l'Ouest-de-l'Île), la dépression (CSSS de la Montagne) et les troubles cognitifs (CSSS Lucille-Teasdale et de la Pointe-de-l'Île en

² Par exemple : L'expérience de soins de la population : portrait des variations intra-régionales à Montréal et en Montérégie. Mars 2007. Disponible à : http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89494-573-5.pdf.

partenariat avec l'hôpital Maisonneuve-Rosemont). Fondés sur le modèle de soins des maladies chroniques développé par Edward Wagner et ses collaborateurs, le Chronic Care Model (CCM), ces projets ont servi de pilote pour expérimenter un nouveau modèle de suivi des personnes atteintes de maladies chroniques par les équipes de première ligne des autres CSSS de Montréal.

Le Centre de référence sur le diabète du CSSS du Sud-Ouest-Verdun fut le premier projet pilote à être mis en place dans l'ensemble du réseau montréalais. Le programme comprend deux volets. Le premier porte sur la modification des habitudes de vie (mauvaise alimentation, sédentarité, tabagisme), alors que le deuxième prévoit un stage de traitement et d'enseignement avec évaluation en médecine spécialisée selon des critères de référence définis. La personne atteinte de diabète est dirigée vers l'équipe interdisciplinaire du CSSS qui, en collaboration avec le médecin omnipraticien traitant et le médecin spécialiste au besoin, en assure le suivi selon une séquence d'interventions préétablies. Des rencontres individuelles et en groupe avec divers intervenants (infirmière, intervenant psychosocial, kinésiologue, nutritionniste et pharmacien) sont proposées selon un programme d'une durée de deux ou trois ans.

Devant la croissance alarmante du diabète et l'objectif commun des CSSS de Montréal d'améliorer le suivi de la population diabétique de leur territoire respectif, l'Agence a choisi d'étendre ce programme à l'ensemble des CSSS, en ciblant les personnes prédiabétiques et diabétiques. En raison de l'association fréquente entre le diabète et l'HTA, l'Agence a par la suite recommandé le développement d'un programme intégré portant sur le risque cardiometabolique (prédiabète, diabète, HTA et anomalies des lipides). En 2010, une subvention a été octroyée au CSSS du Sud-Ouest-Verdun et à cinq CSSS partenaires de la région de Montréal dans le cadre du financement de projets du Fonds Pfizer-FRSQ-MSSS sur les maladies chroniques. Ce fonds vise à encourager et à évaluer les initiatives de première ligne favorisant la prévention et la gestion des maladies chroniques. Le volet évaluatif du projet de recherche est sous la responsabilité d'une équipe de la Direction de santé publique de l'Agence de Montréal. Alors que le projet pilote sur la dépression est toujours en cours d'évaluation, celui sur les troubles cognitifs a été arrêté en 2010.

L'Agence a également choisi de développer deux autres projets pilotes ; l'un sur la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et l'autre sur la maladie cardiaque athérosclérotique (MCAS), tous deux au CSSS Cavendish.

Ces programmes, destinés aux médecins de première ligne en cabinets privés, en GMF, en CLSC, en UMF, en CR et en CRI, ont pour objectifs d'optimiser le repérage précoce et la prise en charge rapide de la clientèle atteinte de maladies chroniques et de compléter l'offre de services actuelle pour ces clientèles.

Le développement et l'implantation des programmes régionaux de gestion des maladies chroniques suivent une approche de mise en œuvre structurée autour de trois grandes étapes :

- Définition par les experts : La programmation, basée sur des données probantes et des lignes directrices, comprend les modalités de suivi par le médecin omnipraticien et le médecin spécialiste, s'il y a lieu, en plus de celles des membres de l'équipe interdisciplinaire. Elle définit aussi les clientèles cibles, en plus de recommander des critères de référence vers la deuxième ligne médicale.

- Essai pilote dans un CSSS : Chaque programme est mis à l'essai dans un CSSS volontaire, sous forme de projet pilote. Chacun des projets pilotes est basé sur des orientations régionales, de façon à assurer une harmonisation de l'offre de services entre tous les CSSS.
- Reproduction dans les autres CSSS : Finalement, si l'initiative s'avère concluante sur le plan des résultats de santé et que sa reproduction est envisageable dans d'autres territoires montréalais, l'Agence invite l'ensemble des CSSS à entamer le processus de planification de leurs programmes en maladies chroniques, selon le Plan d'action régional intégré de première ligne.

État de situation

Territoires offrant les programmes CSSS et CRI	Diabète	HTA	MPOC	Dépression	MCAS	Douleur chronique
Au 31 mars 2012	12	8	1	1	1	1
Au 31 mars 2013	12	12	5	1	1	2

Instances de gouverne et de coordination

Afin de guider la mise en place de ces actions et programmes, l'Agence a mis sur pied différentes structures de gouverne régionale, mais aussi en interface avec les CSSS. Les CSSS sont appelés à mettre sur pied une structure de gouverne locale leur permettant d'actualiser les différents programmes de prévention et de gestion des maladies chroniques inscrits à l'intérieur du continuum.

Mis en place en 2008, le Comité consultatif montréalais sur les maladies chroniques a pour mandat de conseiller l'Agence sur les meilleures pratiques pour la gestion des maladies chroniques en première ligne et de développer une planification concertée avec l'ensemble des acteurs du réseau montréalais de la santé, de même qu'avec les organisations externes engagées dans la prévention ou la gestion des maladies chroniques. Ce comité est présidé par la Direction des affaires cliniques, médicales et universitaires (DACMU) et est constitué d'un membre de la Direction de santé publique (DSP), du Département régional de médecine générale (DRMG), du Comité régional sur les services pharmaceutiques (CRSP), de la table des chefs de médecine spécialisée, de la Commission infirmière régionale, de la Commission multidisciplinaire régionale, de Diabète Québec et de médecins spécialistes désignés par le CHUM et le CUSM.

Localement au sein du CSSS, le déploiement des programmes de prévention et de gestion des maladies chroniques implique la création d'un comité de coordination local qui a pour mandat d'orienter, de planifier ainsi que d'assurer la mise en œuvre des projets implantés au CSSS et d'évaluer ceux-ci. Ce comité présidé par le CSSS est constitué, entre autres,

d'un médecin omnipraticien représentant la première ligne médicale du territoire et d'un médecin spécialiste dont la formation est en lien avec la maladie chronique ciblée, en plus de gestionnaires du CSSS et des représentants de la DACMU de l'Agence et des partenaires et collaborateurs au projet.

Évaluation

Les activités de monitoring et d'évaluation permettent de mieux comprendre comment s'implantent les programmes et quels en sont les effets au niveau populationnel. Le monitoring permet également d'apprécier l'effet des interventions sur le réseau de services (ex. nombre des visites à l'urgence, hospitalisations, nombre de visites médicales, etc.).

La DACMU et son équipe de médecins-conseils ont défini et sélectionné des indicateurs de performance cliniques (mesures anthropométriques, habitudes de vie, PA, résultats biochimiques tels que HbA1c et bilan lipidique, observance médicamenteuse) et administratifs pour chacun des programmes développés.

Un système de collecte de données pour le suivi des patients (fichier Excel dans un premier temps, puis outil Web disponible au printemps 2012) a été conçu. Ce registre, utilisé par l'Agence et les CSSS de Montréal, permet de dégager des résultats qui sont analysés en temps réel localement et comparés régionalement, tout au long du suivi des patients. L'Agence s'est d'ailleurs engagée à maintenir à long terme cet outil de suivi, notamment en l'intégrant aux futurs dossiers cliniques informatisés. L'équipe interdisciplinaire toute entière se sert de ce registre pour orienter le traitement, anticiper les problèmes et suivre les progrès. Ce registre sert à la fois d'outil de travail pour les intervenants professionnels, de communication à intervalles réguliers avec les médecins omnipraticiens et spécialistes, ainsi que d'outil d'évaluation.

L'Agence assure la formation des professionnels pour la saisie des données. Le CSSS s'assure de la qualité de la saisie des données et discute périodiquement de l'évolution des résultats aux rencontres du Comité de coordination local. Le traitement des résultats de ce tableau de bord, harmonisé régionalement, permet à l'Agence et aux CSSS d'analyser les processus de soins et de services, ainsi que les résultats cliniques et administratifs de la mise en œuvre des programmes. Il permet aussi d'évaluer les mécanismes de liaison et de référence nécessaires pour répondre aux objectifs du projet, d'assurer la diffusion de l'information aux différents partenaires et enfin d'évaluer les coûts de mise en œuvre des projets.

Mesure des répercussions

Les résultats de l'évaluation sont diffusés au MSSS, au conseil d'administration de l'Agence, au DRMG, à la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée, au comité régional des services pharmaceutiques, au Comité consultatif montréalais sur les maladies chroniques et à l'ensemble des CSSS et des milieux cliniques de Montréal ainsi que lors de certains colloques scientifiques.

Suite du projet

Dans le contexte du Programme de prévention et gestion des maladies chroniques, l'Agence a créé, en 2006, le Consortium montréalais en gestion des maladies chroniques axée vers l'élaboration d'une approche préventive en soins de première ligne, l'amélioration du réseau de soins, l'intégration et l'uniformisation des ressources

concernées, ainsi que le développement d'une programmation régionale concertée. Le Consortium a choisi d'implanter quatre projets pilotes pour les personnes atteintes de maladies chroniques. En 2007, la Direction des affaires cliniques, médicales et universitaires (DACMU) de l'Agence s'est vue confier le mandat d'aider les CSSS à implanter ces projets.

Limites du projet

Deux limites ont été mises en évidence :

- La première concerne l'enjeu de la saisie des indicateurs et la nécessité d'une formation des équipes, d'un travail d'harmonisation et d'un suivi pour s'assurer que les données sont toutes saisies et qu'elles le sont de la même manière (qualité de la saisie).
- La deuxième porte sur l'impossibilité actuellement d'introduire ce type de registre dans un processus de collecte continue dans les cabinets privés non-GMF et les pharmacies communautaires.

Leçons apprises

Trois grandes leçons ressortent de cette initiative :

- L'importance de la communication entre les membres de l'équipe interdisciplinaire et le médecin omnipraticien (rétroaction sur l'évolution de l'état de santé de ses patients);
- La nécessité de disposer d'un outil Web convivial;
- La capacité de rendre accessible l'outil Web à l'ensemble des intervenants professionnels, tant dans les milieux de première ligne que dans les hôpitaux de première instance.

4.2.2.4. The medical office of the twenty-first century (MOXXI)

The medical office of the twenty-first century (MOXXI) a débuté il y a dix ans grâce à un financement obtenu des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) dans le contexte d'un projet de recherche. Ce projet a été réalisé en trois phases :

MOXXI phase I :

La première phase de ce projet a consisté à fournir aux médecins une assistance par ordinateur pour la prescription de leur ordonnance afin de réduire les risques d'erreurs médicamenteuses. Ainsi, les médecins avaient un historique de toutes les ordonnances dispensées à leurs patients âgés de plus de 65 ans et un logiciel pour signaler les risques iatrogéniques en lien avec ces ordonnances.

MOXXI phase II :

La deuxième phase est venue compléter la première en se concentrant sur l'amélioration de la qualité des soins, en visant trois objectifs :

1. L'amélioration de l'accès aux données cliniques;
2. La capacité de renforcer la diffusion des nouvelles connaissances dans la pratique par l'utilisation d'un système d'alerte pour des actions de prévention, la gestion des patients atteints de diabète et des problèmes éventuels de prescription;

3. Un mécanisme permettant de suivre la santé de la population en général.

Ce projet permet ainsi :

1. aux professionnels de santé d'avoir accès à des données cliniques plus vastes (ordonnances émises par d'autres médecins, résultats de tests de laboratoire) et à des outils d'aide à la décision;
2. aux patients d'accéder au site pour saisir des informations sur leur état clinique afin d'améliorer leur adhésion au traitement et;
3. à la Direction de la santé publique un mécanisme de suivi de la santé populationnelle.

MOXXI phase III :

Une troisième phase est en cours sous forme d'un projet pilote de recherche qui teste les bénéfices de l'implantation d'un logiciel d'ordonnance électronique et de systèmes informatisés de gestion des médicaments et des maladies pour les médecins de famille et les pharmaciens communautaires en lien avec leurs patients respectifs.

Contexte d'élaboration des indicateurs :

L'élaboration de ces indicateurs se fait dans le contexte d'un projet de recherche qui vise à limiter les erreurs médicamenteuses et à aider à améliorer la qualité de la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. Le système a été testé en premier auprès de personnes adultes atteintes d'asthme.

Méthodes d'élaboration des indicateurs :

Pour élaborer les indicateurs, une revue de la littérature a d'abord été réalisée pour déterminer l'intérêt de suivre des indicateurs et les types d'indicateurs pertinents. En fonction des finalités poursuivies, les indicateurs sont extraits de différentes sources.

En ce qui concerne les indicateurs qui portent sur la pratique médicale, ceux-ci sont issus des bases de données de la RAMQ et de MOXXI. Ces indicateurs portent sur le profil pharmacologique, les prises médicamenteuses, les taux d'admissions aux urgences, les écarts entre la prescription faite et celle achetée par le patient. Soixante médecins de Montréal ou de Québec participent à cette étude.

En ce qui concerne les indicateurs qui portent sur la prise en charge faite par les patients eux-mêmes, ceux-ci ont accès par Internet au portail de MOXXI et y entrent au moins une fois par semaine des renseignements sur leur état de santé : la prise du médicament ou non; la raison pour laquelle le médicament n'a pas été pris, le cas échéant; les symptômes ressentis, les situations d'urgence, le suivi du plan d'intervention.

Sur le plan populationnel, des modélisations des risques médicamenteux sont réalisées pour les patients atteints d'asthme.

Utilisation des indicateurs

Pour les médecins :

Ils reçoivent de manière individuelle des comptes rendus sur leur pratique. Il n'y a pas d'étalonnage ni de partage d'information entre médecins. Ils peuvent le faire à titre volontaire entre eux, mais cela n'entre pas dans le projet.

Pour les patients :

Les informations entrées par le patient sont ensuite traitées par un système expert qui donne automatiquement un retour au patient sur son état de santé et son adhésion au traitement, mais détecte aussi des situations d'urgence qui nécessitent une intervention. Ces interventions sont alors prises en charge par un gestionnaire de cas qui est le plus souvent une infirmière clinicienne membre d'un Groupe de médecine de famille (GMF).

Au niveau populationnel :

Une agrégation des informations permet d'avoir un portrait de la population prise en charge et de modéliser les besoins potentiels en suivi de clientèle.

Mesure des répercussions

Pour les médecins :

Leur implication est reconnue comme formation continue obligatoire.

Pour les patients :

Une étude portant sur 100 patients atteints d'asthme ayant accès au portail et sur 100 patients atteints d'asthme n'ayant pas accès au portail a été réalisée. Il en ressort que les patients ayant accès au portail ont une meilleure qualité de vie et qu'ils présentent moins de symptômes de dépression. Par contre il n'existe pas de différence en ce qui concerne la connaissance de ses propres capacités.

Suite du projet

Les outils développés pour l'asthme sont actuellement aussi utilisés pour les patients atteints de MPOC. Le réseau sur la gestion des douleurs chroniques est actuellement en discussion avec l'équipe pour utiliser leurs outils.

Pour continuer la dissémination du projet et faire en sorte qu'il s'étende à l'ensemble du Québec, l'équipe travaille avec les professionnels de la santé qui sont intéressés à entreprendre la démarche. Un recueil de l'information réalisé par les hôpitaux est aussi en cours pour détecter les patients vulnérables qui ont des problèmes de santé décompensés pour pouvoir ensuite les suivre dans la communauté.

Limites du projet

MOXXI aide à traiter les comorbidités en permettant aux professionnels de la santé d'avoir accès aux différentes prescriptions faites pour des problèmes de santé variables. Par contre, il n'existe pas encore d'indicateurs directement liés au problème de la prise en charge de la comorbidité. Il est encore financé par l'intermédiaire d'un projet de recherche.

Leçons apprises et recommandations

Il est possible, grâce à des systèmes informatiques, de pouvoir simultanément disposer d'informations qui peuvent être utilisées à différents niveaux du système de santé et pour des finalités différentes. Il est aussi possible de partir avec un projet relativement bien circonscrit au départ et le faire évoluer progressivement en fonction des besoins.

4.2.3 Niveau clinique

Au niveau des milieux cliniques, nous avons étudié trois initiatives, deux sont menées dans un GMF spécifique (Montmagny et Cité de la santé) et une dans un ensemble de GMF (projet Concerto).

4.2.3.1. Le GMF de Montmagny

Le projet du GMF de Montmagny porte sur l'élaboration d'un dossier patient informatisé qui permet à la fois de suivre l'évolution clinique du patient, de générer des données populationnelles et sur les pratiques des professionnels, d'avoir une interface avec l'hôpital et de gérer les rendez-vous des patients dans le but d'améliorer la qualité de la prise en charge des populations vulnérables.

Contexte d'élaboration des indicateurs

Dès 1988, le D^r Jean-François Rancourt a travaillé sur une banque de données portant sur les patients pris en charge dans le cabinet médical où il exerçait. En 1994, la clinique a acquis un logiciel (4^e Dimension) qui permettait de saisir 14 diagnostics de vulnérabilité et de facturer la RAMQ bien que ce logiciel était indépendant de celui fourni par la RAMQ. La clinique était alors constituée de 14 médecins omnipraticiens qui travaillaient aussi à l'hôpital.

Cette acquisition de logiciel s'est faite à l'initiative du D^r Rancourt, qui en a pris la responsabilité bénévolement. L'objectif aussi de cette informatisation était de supprimer les dossiers papiers des patients, car il existait :

- un risque de bris de confidentialité médical;
- un risque physique de protection des documents.

À l'époque, il existait trois postes informatisés qui permettaient de saisir l'information et de faire des requêtes informatiques pour les tests de laboratoire à l'hôpital, auxquels se sont ajoutées des données sur les antécédents médicaux et les facteurs de risque.

En 2003, le cabinet s'est transformé en GMF. Trois cliniques ont alors fusionné et deux infirmières se sont ajoutées. Au total, vingt médecins sur trois sites travaillent ensemble.

Pour permettre à l'ensemble des cliniciens de disposer d'un dossier patient commun, il a été décidé de procéder tout d'abord à l'informatisation des deux autres sites sur le modèle du premier. De plus, les autres sites ont acquis le logiciel 4^e Dimension, un index commun et un formulaire identique d'inscription de la clientèle. Dès que les trois sites ont adopté le tout, leurs banques informatiques ont été fusionnées (comprenant la prise de rendez-vous).

En 2004, les infirmières ont donc eu la possibilité, dans les trois points de service, de se charger du suivi des traitements anticoagulants.

En complément, en 2004, le GMF s'est muni du logiciel Purkinje pour la gestion des rendez-vous dans le but de limiter l'attente des patients. Ainsi, le dossier patient contient actuellement comme information :

- le diagnostic principal et secondaire encodé avec la classification CIM 10,
- le statut du patient (inscrit ou non au GMF),

- les antécédents médicaux, chirurgicaux, obstétricaux, familiaux,
- les notes personnelles des professionnels,
- les prescriptions médicamenteuses actuelles et antérieures où les interactions médicamenteuses sont analysées par un logiciel,
- le statut des patients envers les vaccinations et les immunisations,
- les tests de laboratoire reçus électroniquement depuis 2005,
- les examens radiologiques (reçoit les CR).

En 2006, le GMF et le CSSS ont créé une interface entre leur système informatique permettant, sur la base du numéro d'assurance sociale, de récupérer les résultats des examens de laboratoires et de radiologie. À titre informatif, le logiciel d'interface coûte 35 000 \$. Cet investissement est d'autant plus pertinent que 98 % des tests de laboratoire sont effectués au CSSS.

De plus, le système permet de faire des relances pour les rendez-vous.

Les médecins peuvent aussi dicter leurs comptes rendus par dictaphone électronique et les secrétaires les reçoivent pour les saisir à l'ordinateur.

Pour consulter les examens radiologiques, les médecins, qui sont aussi tous praticiens au CSSS, se connectent au serveur avec leur numéro personnel et ont accès aux images. Les images étant de très bonne qualité, ils peuvent facilement en faire l'interprétation de leur bureau du GMF le jour même et voir les rapports radiologiques dictés.

Méthodes d'élaboration des indicateurs

En 2004, le GMF a bénéficié de l'installation du logiciel Prescripteur Avertisseur de Purkinje, qui est actuellement utilisé dans plusieurs GMF au Québec. Quatre autres fournisseurs ont reçu l'homologation de leur prescripteur depuis. Ce logiciel permet, dès que le patient a donné son autorisation, de suivre son profil pharmacologique si le patient est assuré par la RAMQ. Cela permet de:

1. savoir si les patients ont acheté les médicaments prescrits par le médecin à la pharmacie (pour ceux couverts par la RAMQ, ceux couverts par des assureurs privés devraient être consultables avec le dossier santé Qc);
2. renouveler les ordonnances;
3. avoir accès à la monographie de chacun des médicaments;
4. mettre en évidence des interactions médicamenteuses.

Par contre, la signature électronique n'est pas encore autorisée et les renouvellements d'ordonnances sont imprimés ou transmis par télécopieur.

Actuellement, le système n'utilise pas de protocole de prise en charge pouvant aider à la prise de décision (algorithme de prise en charge), à part l'aide donnée à la prescription médicamenteuse.

En 2009-2010, le GMF a décidé qu'il lui fallait pouvoir interroger sa base de données pour connaître sa clientèle et ses modes de pratique afin d'améliorer ces derniers. Pour y parvenir, le D^r Rancourt a pris contact avec la chercheuse Danielle Larouche de la Direction de la santé publique de Montréal pour l'aider à réaliser ses requêtes (*cf.* fiche sur la DSP de Montréal).

Grâce à ce travail, il est possible pour le D^r Rancourt d'interroger la banque de données du logiciel Purkinje afin d'obtenir des statistiques comme : le nombre de patients par groupe d'âge et de municipalités par médecin; la surveillance des patients atteints de diabète de type 2 qui sont suivis par les médecins et les infirmières; le nombre de visites attribuées à chacun des professionnels pour le suivi de maladies chroniques.

Utilisation des indicateurs

Les médecins ne passent actuellement pas de temps ensemble pour revoir leur pratique. Toutefois, le D^r Rancourt assure un suivi du système et informe les médecins du GMF par des vidéos de quelques minutes afin qu'ils puissent les consulter quand ils le souhaitent. Il n'existe aucun moyen de vérifier si les médecins les ont consultés.

Mesure des répercussions

Grâce au système informatique, le temps en secrétaire attribué à classer des documents papiers a diminué de 30 %.

Suite du projet

Les médecins et infirmières utilisent de plus en plus des notes cliniques structurées qui permettront de mieux évaluer la portée de ces interventions en première ligne en y ajoutant l'évaluation des résultats de laboratoire qui sont déjà transférés du CSSS depuis 2005.

Limites du projet

La capacité d'extraire de l'information utile sur la population prise en charge par le GMF ou encore sur les pratiques de prise en charge n'a pu se faire que dans le cadre d'un projet de recherche, ce qui limite la possibilité d'étendre une telle initiative ailleurs. De plus, chaque logiciel étant différent, le travail fait avec Purkinje serait à refaire pour d'autres fournisseurs.

Leçons apprises et recommandations

Facteurs mis en évidence qui ont facilité ou freiné le projet

- au niveau du cabinet/GMF

Un tel projet peut difficilement être mené sans un leadership médical dévoué et qui, dans le cas présent, s'est converti à ses frais à l'informatique et aux bases de données. Il est aussi essentiel que cette personne puisse soutenir le changement chez ses collègues qui devront mettre le projet en œuvre. Or, ces deux compétences ne sont offertes ni pendant les études de médecine, ni après en formation continue.

Le projet a connu des difficultés d'implantation, dues entre autres à un environnement de travail mixte où cohabitent des supports papier et informatique. Ce genre d'environnement complique le travail. Aussi, l'informatisation d'un cabinet médical requiert une gestion par projet de 15-18 mois.

La conciliation de plusieurs activités comme la clinique, le développement informatique et l'exploitation des données est difficile à réaliser lorsqu'il n'existe pas de soutien au changement, en gestion de projet, pour les problèmes techniques et l'exploitation

statistique.

On pourrait croire que les jeunes médecins sont plus à l'aise avec l'informatique et qu'ils seraient donc plus enclins à adopter un environnement informatisé. Dans les faits, ils sont prudents et ils doivent y trouver leur compte. Actuellement on présente aux étudiants en médecine de l'Université Laval un film de 10 minutes réalisé par le D^r Rancourt leur expliquant comment utiliser un système informatique pour la gestion de leur cabinet. En dehors de ce film, aucune compétence n'est développée au cours de leurs études.

En ce qui concerne les incitatifs, en plus de la facturation, l'informatisation des données médicales devrait aussi permettre de répondre aux exigences de la formation continue, mais cela requiert des compétences et du temps que les médecins n'ont pas.

Il est aussi important d'avoir une masse critique de médecins qui utilisent le dispositif afin que les coûts soient répartis et amortis rapidement.

- au niveau du MSSS

L'informatisation du début s'est faite sur fond propre avec la création des GMF, des ressources financières ont été allouées par le MSSS, ce qui a permis d'acheter des logiciels au coût relativement élevé. Sans cette aide financière, il aurait été difficile d'aller aussi loin dans le développement d'outils informatiques. Un programme provincial de soutien à l'implantation de dossiers médicaux électroniques (DME) aurait avantage à être créé.

À partir de ce projet, il est possible de dégager quelques éléments qui peuvent favoriser le succès d'un tel projet :

1. Détenir un système informatique performant et un soutien à la gestion du changement dans les GMF. L'implantation d'un tel système entraîne notamment des problèmes techniques, mais aussi des difficultés humaines de gestion du changement.
2. Disposer de personnes ressources spécialisées dans les banques de données et dans l'analyse statistique de ces banques.

4.2.3.2. Projet DaVinci, UMF-GMF de la Cité de la Santé de Laval

Le projet DaVinci est un projet visant le développement d'une approche clinique interdisciplinaire, intégrée et centrée sur le patient en soins de première ligne auprès des clientèles atteintes de maladies chroniques ou de leurs facteurs de risque (multimorbidité). Cette initiative a vu le jour en 2003, lorsque le D^r Alain Turcotte est arrivé à cette clinique. L'approche clinique est également orientée sur la gestion par résultats et fait suite aux travaux portant sur l'évaluation de la qualité de l'exercice professionnel (EQEP) qu'il avait commencés en 1995 dans son précédent lieu de travail à Roberval (Lac St-Jean).

Un support technologique (DME) fut également développé pour permettre d'opérationnaliser les différentes composantes du projet clinique. Le système permet en temps réel de gérer et de coordonner les soins selon l'agenda du client et il est inspiré des guides de pratique reconnus, en plus d'offrir une rétroaction à l'utilisateur sur sa performance dans l'atteinte des cibles de soins auprès de sa clientèle.

Contexte d'élaboration des indicateurs

Depuis 2003, un groupe de réflexion sur l'organisation des soins de première ligne et du travail de collaboration œuvre à la clinique. Ce groupe est actuellement composé de deux médecins, d'une infirmière GMF, d'une pharmacienne GMF, d'une secrétaire et d'une bibliothécaire.

Le suivi des patients de manière efficace et coordonnée est devenu un des premiers défis à relever. Le concept d'un dossier partageable, et idéalement sur un support informatique, s'est également rapidement imposé.

La détermination des besoins des membres de l'équipe a mis en évidence la nécessité de disposer d'abord:

- d'un canal de communication entre les membres de l'équipe (soutien informatique);
- de lignes directrices pour les patients et les professionnels;
- de protocoles de soins intégrés en lien avec les lignes directrices;
- d'ordonnances collectives;
- d'un registre de patients avec un système de rappels intégré;
- d'une stratégie de classement de chacun des problèmes du patient (maladie ou facteur de risque) en fonction de l'étape de changement du patient grâce à un cadre conceptuel de gestion de la coordination des soins, le modèle CIME :
 - C pour Convaincre : le patient n'est pas convaincu ou ne se sent pas capable de modifier ses comportements,
 - I pour Intensifier : le patient désire adopter un plan de soins et l'équipe s'assure qu'il a bien compris et qu'il anticipe les problèmes possibles,
 - M pour Maintenir : le patient a atteint sa cible de soins depuis 12 mois et l'équipe vise à la maintenir dans le temps,
 - E pour Expert ou *Empowerment* : le patient est autonome dans l'administration de son traitement. L'équipe vérifie ses compétences en autogestion.

Le DME est accessible par l'ensemble des membres de l'équipe traitante qui va intervenir auprès du patient. À ce jour, treize suivis systématiques inspirés des meilleures pratiques sont intégrés au système et permettent le support en temps réel des utilisateurs dans la gestion du suivi des patients, soit : asthme/MPOC, diabète, dyslipidémie, hypertension, hypothyroïdie, obésité, ostéoporose, tabagisme, anticoagulothérapie (FA; EP; TVP). Cette première série de problématiques de santé a été développée prioritairement, car elle est très prévalente en soins de première ligne.

Le projet n'a pas bénéficié de soutien financier de la part du ministère, ni de l'agence de santé et services sociaux de Laval. Le projet a été soutenu par le CSSS, qui a alloué du temps technicien et le support du réseau informatique de son département des ressources informationnelles, ainsi qu'une bibliothécaire deux jours par semaine pour la mise à jour des fiches de la bibliothèque virtuelle de l'application DaVinci. Le D^r Turcotte, avec l'aide d'un ingénieur en informatique, y a consacré bénévolement beaucoup de temps. Depuis 2011, un partenariat formel avec les firmes privées LogicSanté et Hospitalis assure désormais la pérennité de l'application.

Méthodes d'élaboration des indicateurs

Certains indicateurs cliniques sont inspirés des guides de pratique (Hb1A_c; tension artérielle; tour de taille, etc.). D'autres, par contre, font référence à la perte de poids ou à la modification d'une habitude de vie. Finalement, il y a ceux qui font référence à l'amélioration ou à la maîtrise d'un ou des symptômes associés à la maladie dont souffre le patient. Ils sont par contre paramétrables c'est-à-dire qu'ils seront ajustés en fonction des capacités du patient à atteindre la cible. L'efficacité du professionnel sera déterminée en fonction de sa capacité à atteindre la cible du patient et non nécessairement celle reconnue dans la littérature.

Une rétroaction en temps réelle est possible grâce à un portfolio. L'information permet d'effectuer des comparaisons sur l'efficacité du professionnel à atteindre une cible pour un sous-groupe de patients de sa clientèle présentant un même problème. Le portfolio offre aussi la possibilité aux professionnels de comparer sa pratique avec celle de les pairs de sa clinique pour ce qui est de l'ensemble de tous les autres patients qui y sont inscrits et qui présentent le même problème.

Utilisation d'indicateurs

Les différentes fonctionnalités du dossier informatisé vont au-delà de générer des indicateurs. Six objectifs sont simultanément poursuivis et réalisés :

1. Établir un ensemble d'objectifs de suivi avec le patient (l'agenda du patient). Pour chacun des problèmes inscrits à l'agenda (diagnostics ou facteurs de risque), une évaluation systématique de l'étape de changement du patient par rapport à chacun de ses problèmes est faite et mise à jour à chaque visite auprès des membres de l'équipe (cadre conceptuel CIME). La raison de la non-atteinte de la cible y est également consignée de façon systématique. Il est ainsi possible, quand le patient se présente dans le bureau d'un professionnel de la santé, d'avoir une fiche synthétique de l'ensemble des objectifs de soins et du niveau de compétence atteint par le patient. Ce système permet ainsi d'atteindre un haut niveau de coordination des services et une plus grande cohésion dans le choix des interventions qui seront effectuées.
2. Aider à la décision médicale. Le système propose, en fonction des recommandations de bonnes pratiques, des modes de prise en charge spécifiques. Toutefois, le médecin ou les autres professionnels peuvent décliner les propositions faites par le système sans avoir à se justifier.
3. Rappeler des actions à mener quand elles n'ont pas été faites. Des tests de laboratoire, des vaccinations, autres.
4. Permettre de transférer des informations aux autres professionnels impliqués et de suivre ce qu'ils ont fait.
5. Permettre de dégager son propre profil de pratique et de le comparer à ceux de ses collègues dans un souci de démarche auto réflexive.
6. Générer automatiquement des listes de patients lorsque ceux-ci ont des problèmes qui doivent être réévalués et dont la cible de soin n'est pas atteinte dans des délais prédéterminés.

Mesure des répercussions

Une évaluation des répercussions a été réalisée par l'équipe de recherche en lien avec le projet et un certain nombre de constats ont été faits. Certains sont positifs et d'autres représentent de grands défis à relever.

Les points positifs sont :

- Beaucoup de gain de temps : information consignée au même endroit.
- Peut être utilisé pour faire de la recherche clinique.
- Partenariat en cours avec le CSSS pour avoir plus de transferts d'information (laboratoires, imagerie médicale, dossier patient électronique de l'établissement DPE).
- Permet de se concentrer sur les points essentiels et ne pas refaire des choses qui ont déjà été faites.

Les défis à relever sont :

- Intégrer la démarche réflexive dans les pratiques des médecins et la pratique centrée sur les résultats.
- Harmoniser la tenue du dossier médical informatisé.
- Organiser des réunions de discussion autour des résultats de manière interdisciplinaire.
- Migrer la plateforme informatique afin d'être capable de la rendre plus ergonomique et d'optimiser le temps de saisie des diverses données.
- Développer un site Web permettant à l'équipe traitante de communiquer avec sa clientèle. Cette communication permettrait de les orienter dans leur recherche de littérature qui serait centrée sur leurs problèmes et adaptée à leur niveau de littératie. Il est question également de leur fournir des outils pour qu'ils deviennent plus autonomes dans la gestion de leur suivi (autonomisation de la clientèle ou *empowerment*)

Actuellement, tous les dossiers sont informatisés. Cependant, tous les professionnels de l'équipe n'utilisent pas l'ensemble des fonctionnalités incluses dans le système avec la même intensité.

Un comité interdisciplinaire est en place et se réunit régulièrement pour animer la réflexion sur les meilleures stratégies à déployer pour optimiser le suivi des patients et devenir plus performant. Les membres de la clinique se réunissent deux fois par an pour faire un bilan des étapes de développement et d'implantation du projet. Cependant, encore à ce jour, aucune discussion n'est centrée spécifiquement sur les résultats de soins.

Suite du projet

De nouvelles trajectoires de soins sont en cours d'élaboration (ostéoporose, démence, dépression, etc.). Des discussions ont été entreprises avec les membres du département de médecine familiale de l'Université de Montréal pour évaluer la possibilité d'un déploiement du système dans d'autres UMF du réseau. Une version plus robuste sur une plateforme Web est mise en œuvre depuis l'automne 2012. La clinique UMF-GMF de la CSL devrait être « sans papier » depuis mai 2013.

Limites du projet

Une des premières limites qui a été mise en évidence dans le projet porte sur la propriété des données et le niveau de confidentialité de l'application pour tout ce qui touche entre autres la capacité qu'a le système d'extraire en temps réel des données sur la performance clinique des professionnels. Les médecins ont partagé avec les membres de l'équipe de projet leurs inquiétudes qu'un jour la démarche autoréflexive (portfolio) se retourne contre eux et que ces informations soient utilisées à mauvais escient par les gestionnaires du réseau ou lors d'éventuelle poursuites.

Une autre limite concerne le mode de rémunération des médecins, qui est centré sur l'acte et non la qualité ou l'efficacité/performance du professionnel à améliorer la santé de la clientèle dont il a la responsabilité.

Leçons apprises et recommandations

Ce projet montre l'importance d'avoir un fort leadership médical. Il met aussi en évidence l'importance pour ce type de projet de bénéficier d'un soutien en recherche (D^{re} Marie-Thérèse Lussier).

Il est essentiel que l'interface informatique soit conviviale et aussi que la philosophie *keep it simple* soit toujours présente, car les médecins ne veulent pas perdre de temps et les préoccupations des cliniciens divergent souvent de ceux des chercheurs.

Il est possible au sein d'un dossier patient électronique de poursuivre plusieurs objectifs simultanément.

4.2.3.3. Le Programme Santé Concerto : Prise en charge de la santé d'une population en GMF, priorité maladies chroniques

Concerto est un programme de prise en charge de la santé de la population inscrite auprès de médecins de GMF, en priorité la gestion des patients atteints de maladies chroniques et les patients chroniques complexes. Les activités de prévention et de modification d'habitudes de vie occupent une place importante en plus des trajectoires de soins, appuyées sur les lignes directrices professionnelles. Les activités de l'équipe interdisciplinaire sont soutenues par un dossier partagé de gestion des maladies chroniques. Un tableau de bord exhaustif comprenant des indicateurs sur les processus et les effets est en place. Des indicateurs sur les coûts sociétaux sont en devenir. Enfin, les patients auront accès à un portail pour consulter ou verser de l'information clinique et d'enseignement. Certains patients plus vulnérables auront accès aux télésoins.

Contexte d'élaboration des indicateurs :

En mai 2009, l'équipe décide de mettre en œuvre un modèle optimal de prise en charge des maladies chroniques en première ligne qui repose sur quatre principes :

1. le médecin de famille et la clinique médicale sont au centre du modèle;
2. le médecin de famille est soutenu par une équipe multidisciplinaire qui travaille en interdisciplinarité;
3. le centre de santé et de services sociaux et l'agence participent au programme (équipe interdisciplinaire autour des médecins de famille et budget de soutien technique);

4. le système d'information est adapté et en soutien à la gestion des maladies chroniques.

Ce projet poursuit plusieurs objectifs :

- améliorer les indicateurs de santé de la population visée;
- assurer une coordination optimale des soins requis pour ces clientèles;
- impliquer la clientèle dans leur prise en charge, grâce à l'auto-soin;
- assurer une meilleure prise en charge populationnelle par les médecins de famille;
- recentrer autour du médecin de famille la distribution des soins et services pour la clientèle;
- soutenir les médecins de famille dans leur rôle de prise en charge globale de leur clientèle;
- réduire l'utilisation des ressources lourdes du réseau;
- améliorer la performance clinique du réseau;
- permettre l'exportation du programme vers d'autres réseaux locaux de services.

Lorsque le projet a été suffisamment élaboré, le D^r Larouche l'a proposé à plusieurs régions du Québec dont les systèmes d'information étaient suffisamment implantés. C'est dans la région de Lanaudière, et plus particulièrement dans deux GMF, que le projet a été accueilli : le GMF L'Assomption et le GMF MédiCentre Mascouche. Un médecin d'un des deux GMF s'est joint à l'équipe Concerto, permettant ainsi de faire un lien entre le déploiement du projet et les milieux de pratique. Ces deux GMF ont environ 35 000 patients inscrits dont, 9 000 personnes avec un code de vulnérabilité.

Ce projet est la vitrine de Concerto pour créer un modèle intégré de gestion des MC.

La phase d'implantation a débuté en octobre 2010. Le déploiement se fait depuis janvier 2012 et devrait se terminer au printemps 2013. Il se fait en fonction de différentes maladies chroniques, par période de rodage de trois mois. Ce développement consiste à mettre à la disposition des cliniciens des trajectoires de soins, des protocoles et du matériel d'enseignement, soutenus par un dossier patient individualisé informatique qui est généralement sous la responsabilité d'une infirmière et qui permet à toutes les personnes qui sont en lien avec la personne prise en charge de pouvoir suivre le patient. La personne responsable du dossier s'assure que tout est intégré et réalisé. Quand un professionnel saisit de l'information dans le système, il a accès à sa partie, grâce à des codes d'accès sécurisés. Il peut aussi consulter les parties des autres professionnels, en sachant que certaines d'entre elles peuvent être strictement réservées à un seul type de professionnel.

Le système permet de saisir les informations en temps réel.

Des comités de travail sont mis en place avec le CSSS pour s'assurer du partage des tâches entre la première et la deuxième ligne et assurer ainsi une fluidité dans les processus.

À partir du déploiement qui a été fait, le système permet aux professionnels et intervenants amenés à prendre en charge une personne atteinte de maladie chronique de :

- saisir les données pertinentes en fonction du contexte du patient;
- avoir accès aux notes cliniques des autres professionnels;
- faire un suivi dans la réalisation des consultations ou des examens;
- recevoir les résultats des examens, mais pas de les demander;
- mettre en œuvre des protocoles de prise en charge standardisés en fonction des recommandations de bonne pratique;
- utiliser des ordonnances collectives.

L'équipe de Concerto est financée, en partie pour ce projet, par un consortium de cinq entreprises pharmaceutiques : Sanofi, Pfizer, Bristol-Myers Squibb, Astra Zeneca et Shire. Une équipe de Bell est chargée de l'adaptation de la solution informatique pour le support des trajectoires de soins, du portail patient et des télésoins.

Les maladies qui ont été intégrées progressivement dans le système d'information sont, au printemps 2012 : diabète, HTA, dyslipidémie, MPOC. L'asthme à l'été 2012. L'insuffisance cardiaque et l'insuffisance rénale chronique sont en chantier alors que la santé mentale et le TDAH sont en cours depuis l'automne 2012.

Méthodes d'élaboration des indicateurs

Un tableau de bord permettra de mesurer des indicateurs de processus et de résultats.

En ce qui concerne les indicateurs de processus, les suivants seront collectés :

1.1- Accessibilité aux services de suivi systématique

- 1.1.1 Délai d'accès au suivi systématique
- 1.1.2 Délai d'accès aux consultations de professionnels
- 1.1.3 Délai d'accès au plateau technique – (À développer)

1.2- Pertinence des décisions médicales

- 1.2.1 Pertinence des admissions au suivi systématique
- 1.2.2 Pertinence des soins prescrits
- 1.2.3 Pertinence de la médication prescrite

1.3- Continuité des soins

- 1.3.1 Continuité globale des soins
- 1.3.2 Continuité des soins médicaux
- 1.3.3 Continuité des soins infirmiers
- 1.3.4 Continuité – Cheminement optimal (À développer)

1.4- Productivité

- 1.4.1 Volume de patients traités en suivi systématique
- 1.4.2 Nouvelles inscriptions de patients
- 1.4.3 Pourcentage de pénétration au sein de la population cible
- 1.4.4 Charge de travail médical (*Case load*)
- 1.4.5 Charge de travail infirmier (*Case load*)

1.5- Adhésion au traitement

- 1.5.1 Adhésion aux soins prescrits
- 1.5.2 Adhésion à la médication

1.6- Qualité des soins perçue par les professionnels

1.7- Satisfaction des patients

1.8- Coûts sociétaux

Pour les indicateurs en lien avec les résultats, ils couvriront les domaines suivants :

2.1 Modifications comportementales des patients

- 2.1.1 Usage du tabac
- 2.1.2 Consommation d'alcool
- 2.1.3 Suivi d'une diète
- 2.1.4 Pratique d'exercices

2.2- Autonomisation des patients

2.3- Amélioration de l'état de santé des patients

- 2.3.1 Amélioration globale de l'état de santé des patients
- 2.3.2 Persistance de l'état de santé des patients
- 2.3.3 Amélioration de l'état de santé selon chacune des clientèles chroniques

2.4- Niveau d'utilisation des services de santé

- 2.4.1 Niveau d'utilisation de l'urgence
- 2.4.2 Niveau d'utilisation de l'hospitalisation

Depuis mai 2012, en plus des données générales sur la clientèle, une première série de résultats est produite, pour les pathologies liées au diabète, à l'hypertension et à l'hyperlipidémie. En juillet 2012, des données sont produites sur l'utilisation de l'urgence et de l'hospitalisation des patients inscrits dans les deux GMF et ayant un code de vulnérabilité. En novembre 2012, des données devraient être produites pour les autres pathologies pour lesquelles des données auront été saisies : MPOC, asthme, insuffisance cardiaque, insuffisance rénale.

Mesure des répercussions

La mise en œuvre de l'ensemble des indicateurs pour mesurer les répercussions de toutes les trajectoires de soins (incluant le suivi de grossesse et des nouveau-nés, et l'examen annuel périodique), nécessiterait une prolongation du projet-vitrine.

Par ailleurs, le MSSS a retenu les services d'un groupe de chercheurs afin d'évaluer l'efficacité et l'efficacité du projet-vitrine.

Suite du projet

Fin du projet-vitrine : Printemps 2012

Examen annuel périodique : Printemps 2013

Fin du projet de démonstration et transformation en activités régulières

Leçons apprises et recommandations

La gestion du changement de pratiques des infirmières est un élément-clé du succès du programme. Par conséquent, la prestation de programmes de formation en interdisciplinarité est essentielle.

L'utilisation de protocoles et de trajectoires de soins interdisciplinaires informatisés est un

prérequis pour suivre les patients chroniques et les cas complexes et à risque de complications.

Les médecins de famille doivent être partie prenante des changements de leur pratique en participant à l'élaboration des nouveaux protocoles et de celle des autres professionnels afin d'intégrer les différentes trajectoires de soins.

Le partenariat avec les acteurs de la communauté et les professionnels de 2^e ligne est une condition essentielle pour assurer une continuité optimale des services et une prise en charge interdisciplinaire et intégrée, sans bris de services.

4.2.3.4. COMPAS, Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de la Montérégie

Le projet COMPAS, pour COLlectif pour les Meilleures Pratiques et l'Amélioration des Soins, est un projet du DRMG de la Montérégie et est soutenu par l'Agence de santé et services sociaux de la Montérégie. L'Agence vise l'amélioration de l'état de santé des patients atteints de maladies chroniques ainsi que leur bien-être par l'entremise d'ateliers de pratique réflexive où la collaboration interdisciplinaire des intervenants de première ligne permet la réflexion et la mise en oeuvre d'actions communes d'amélioration de la qualité. Le projet a bénéficié au départ d'un financement du groupe de recherche en gestion thérapeutique (GRGT) de l'Université de Montréal.

Contexte d'élaboration des indicateurs :

Lorsque le D^r Jean Rodrigue travaillait à la FMOQ, il a tenu à allier le suivi des clientèles vulnérables, la mobilisation des médecins et l'utilisation des banques de données. En arrivant à l'agence de la Montérégie, il a cherché à répondre à un certain nombre de questionnements : 1) comment mobiliser un ensemble de praticiens œuvrant en première ligne autour des maladies chroniques ? 2) comment permettre à un groupe de praticiens de pouvoir « objectiver » le niveau et les progrès accomplis en terme de suivi, de prise en charge et d'organisation des soins autour des maladies chroniques ? 3) comment favoriser l'interdisciplinarité dans l'atteinte de nos objectifs avec les patients ? 4) comment expliquer la différence entre l'intention véhiculée dans les lignes directrices et leur mise en application dans les différents lieux de pratique ? 5) comment déployer des ressources régionales en soutien à une initiative d'amélioration continue ?

Pour répondre à ces différentes questions, le D^r Rodrigue a profité d'un environnement favorable en Montérégie qui, d'une part, avait reconnu en 2008 dans ses orientations prioritaires le suivi systématique des personnes atteintes de maladies chroniques et, d'autre part, avait les droits d'accès à plusieurs banques de données pour réaliser une banque de données jumelées. Cette banque permettait ainsi de disposer pour la région de données populationnelles, sur les activités des médecins et sur la consommation de médicaments des patients.

Dans ce contexte, le D^r Rodrigue a proposé de mettre en place un projet régional sous le leadership du département régional de médecine générale (DRMG) avec le soutien de la Direction des affaires médicales, universitaires et des partenariats professionnels (DAMUPP) et du Département régional de médecine générale (DGIC) afin de permettre à des intervenants de première ligne de disposer de données pour améliorer leur pratique. Pour réaliser ce projet, quatre comités ont été créés :

- un comité de coordination (formé du chef de projet nommé par le DRMG, un coordonnateur payé par l'Agence et une chercheuse et le directeur de la DAMUPP et la chef du DRMG) : ce comité a essentiellement pour objectif de mettre en branle le projet);
- un comité de pilotage (un comité élargi constitué d'intervenants de première ligne et de membres de l'Agence : ce comité donne les orientations au projet et choisi les indicateurs);
- un comité scientifique (chargé de la rigueur scientifique);
- un comité pédagogique constitué des membres du comité de coordination, d'intervenants de première ligne et des médecins de la direction de la formation continue de la FMOQ (comité chargé d'élaborer le format des ateliers de pratique réflexive).

Pour débiter, le projet a bénéficié d'un investissement de 140 000 \$ couvert par l'ASSS et s'est concentré sur la prise en charge du diabète avec l'idée de poursuivre ensuite avec la MPOC et d'autres conditions à déterminer par le comité de pilotage.

Méthodes d'élaboration des indicateurs

Le comité de pilotage a eu comme mission de déterminer l'information pertinente et disponible grâce à la banque de données jumelées. Les éléments retenus pour sélectionner les indicateurs furent les suivants : l'intérêt suscité chez les intervenants de première ligne; leur pertinence (qu'est-ce que ça va changer concrètement dans la pratique des intervenants) et finalement la faisabilité (un indicateur considéré comme non fiable ou impossible à dégager par les banques de données était considéré comme non pertinent).

Le comité scientifique, présidé par le D^r Jacques Leloir, interniste à l'Hôtel Dieu du CHUM, a validé le choix des indicateurs à la lumière de différentes recherches en cours. Il a validé les algorithmes permettant au projet d'extraire les données des banques jumelées; il a aussi proposé des algorithmes pour la consommation de médicaments et des index de comorbidité (CP Index).

En complément, une experte détenant un doctorat en pratique réflexive a été recrutée à l'Agence pour développer le cadre de la démarche. Cette démarche s'est faite en collaboration avec la FMOQ et cherchait à allier une démarche d'amélioration continue de la qualité de la prise en charge des maladies chroniques et la pratique autoréflexive.

À partir des indicateurs qui ont été sélectionnés, le comité de pilotage a valorisé les extractions de données pour l'ensemble de la Montérégie et par territoire de CSSS. Les comités de coordination et de pilotage ont ensuite choisi le meilleur mode de présentation de ses données et ont élaboré différents regroupements de données par tableau. L'équipe de coordination a bâti, à même ces différents tableaux sous la forme d'une présentation PowerPoint, une diffusion conviviale de ces données. Le comité pédagogique a validé les présentations et a élaboré les ateliers de pratique réflexive.

La FMOQ a contribué en structurant l'approche dans l'élaboration de l'atelier. Différentes validations ont été faites avant de diffuser l'atelier à l'ensemble de la Montérégie. Une validation à l'interne ainsi qu'une validation externe ou un atelier-test ont été faits dans un territoire (Pierre-De Saurel) : il a été convenu que les médecins de famille, les

infirmières en GMF, les cliniques ambulatoires et les pharmaciens communautaires étaient le public cible des ateliers. Les gestionnaires et les médecins spécialistes n’ont pas été invités spécifiquement, par ailleurs le comité de coordination a respecté les intérêts des différents territoires.

Après les différentes validations, les ateliers ont été diffusés dans l’ensemble du territoire. Plusieurs animateurs (9) ont été formés : l’animation des ateliers était interdisciplinaire (ex : un animateur pharmacien et une infirmière). La diffusion des ateliers a bénéficié du support financier et logistique de GSK (réservation de salle, lunch), qui a contribué pour 25 000 \$. Pour participer à ces ateliers, les médecins ont été rémunérés dans le cadre des ententes pour la formation continue, mais pas les autres professionnels (infirmières et pharmaciens). Par ailleurs, médecins, infirmières et pharmaciens ont eu droit, chacun dans leur discipline, à des crédits de formation continue.

Utilisation des indicateurs

Les indicateurs sont utilisés pour comprendre et analyser différentes facettes des soins en maladies chroniques par territoire et pour la Montérégie : le portrait des personnes diabétiques, le profil de consommation de médicaments, et finalement le profil de consommation et d’utilisation de services médicaux et autres. Aucune analyse préalable n’était faite auprès des participants à l’atelier : ils devaient dégager eux-mêmes différents éléments de ces données, notamment certains écarts observés entre les différents territoires et les écarts observés par rapport aux meilleures pratiques. Pour ce dernier élément notamment, des vignettes dégagées du guide de pratique de l’Association canadienne du diabète étaient intercalées dans la présentation PowerPoint.

Mesure des répercussions

La mesure des répercussions sur la prise en charge des maladies chroniques n’a pas été faite. Par contre, la FMOQ a mesuré la satisfaction des omnipraticiens qui ont participé aux ateliers COMPAS. Ci-dessous, les trois principaux indicateurs, le nombre de participants était de 86.

Items	Moyenne du score sur 4	Écart-type
Les objectifs de l’atelier répondaient à mes besoins	3,41	0,15
Les interactions avec l’animateur étaient adéquates	3,67	0,34
L’atelier va avoir un effet sur ma pratique	3,41	0,26

Suite du projet

Le projet a débuté avec le diabète et s’intéresse à l’asthme. Il porte aussi sur les maladies pulmonaires et cardiaques et il devrait aussi s’intéresser aux cancers.

Limites du projet

Six limites ont été mises en évidence dans le cadre du projet et pour une exportation du modèle dans d’autres régions :

- Le jumelage des banques de données qui n'est pas présent dans toutes les agences;
- La lourdeur à manipuler de grosses banques de données;
- Le fait que l'accès à ces banques exige un minimum d'un an;
- Le manque de retour en temps réel sur des projets d'amélioration continue;
- L'impossibilité d'avoir accès à des données essentielles comme l'HbA1c.

Leçons apprises – recommandations

Ce modèle est apprécié par les médecins et les autres professionnels de la santé. Il intègre parfaitement la pensée autoréflexive à partir du recueil d'indicateurs et l'amélioration de la qualité des pratiques. Il est aussi reconnu par la FMOQ.

Ce projet utilise les bases de données existantes et n'exige donc aucune nouvelle saisie.

Étant sous l'égide du DRMG, le projet bénéficie d'une diffusion sur l'ensemble du territoire de la Montérégie et de l'appui implicite des médecins.

Le fait que le choix des indicateurs ait été réalisé par les intervenants de première ligne a permis d'assurer le succès du projet et son intérêt auprès des professionnels.

Le comité de pilotage multidisciplinaire (gestionnaires, infirmière, médecins et pharmacien) a assuré au projet une cohérence. Finalement, le projet a bénéficié de l'apport des cliniciens pour évoluer au cours du temps.

CONCLUSION

La revue de la littérature et la cartographie des expériences menées au Canada et au Québec avaient comme finalité de permettre de construire notre propre méthode d'élaboration des indicateurs et de nous aider à réfléchir sur les stratégies de diffusion et d'appropriation des indicateurs qui seraient élaborés.

En ce qui concerne les méthodes d'élaboration d'indicateurs de qualité fondés scientifiquement, pertinents cliniquement et mesurables, la revue de la littérature nous a permis de dégager une méthode appropriée à notre contexte. Il ressort clairement que la méthode RAND est la plus privilégiée et reconnue dans la littérature. Toutefois, dans le cadre du mandat qui était confié à l'INESSS, un certain nombre de contraintes ne nous permettaient pas de reprendre intégralement cette méthode. En effet, notre philosophie de travail pour l'élaboration des indicateurs était dès le départ axée sur une approche participative et mobilisatrice incluant la consultation de professionnels, non seulement médecins, mais aussi provenant d'autres professions et de personnes atteintes de maladies chroniques. Or, la méthode RAND ne prend pas en compte ces consultations élargies. Nous avons une autre contrainte qui tenait au temps alloué pour l'élaboration des indicateurs qui ne nous permettait pas de faire plusieurs rondes de consultation. C'est pourquoi nous avons donc décidé :

1. De nous baser sur des guides de bonnes pratiques comme source d'évaluation de la rigueur scientifique appuyant les indicateurs;
2. De hiérarchiser les indicateurs par les professionnels et les patients en fonction de différentes dimensions qui permettaient de prendre en compte leur point de vue sur les besoins de disposer d'indicateurs de qualité pour le suivi des maladies chroniques en première ligne;
3. De ne pas faire plusieurs tours de vote, mais un seul lors des consultations;
4. De consulter des personnes spécialisées dans l'accès aux données pour être capables de prendre en considération la mesurabilité des indicateurs.

Le deuxième objectif qui portait sur la recension des initiatives menées au Canada et au Québec afin de mieux appréhender les stratégies de diffusion et d'implantation des indicateurs nous a permis de faire plusieurs constats :

1. Au niveau canadien, il n'existe pas de nombreuses initiatives d'élaboration d'indicateurs de qualité pour la prise en charge des maladies chroniques en première ligne. Il existe des initiatives pour aider à améliorer les pratiques, mais peu de ces expériences utilisent des indicateurs dans les provinces. Le travail réalisé par l'Institut canadien d'information sur la santé est d'une aide précieuse pour les provinces afin de mieux circonscrire les indicateurs qui peuvent être utilisés pour suivre la prise en charge de certaines maladies par les soins primaires.
2. Au niveau québécois, au cours de ces dernières années, des initiatives se sont structurées à différents niveaux du système de santé. Il existe une expertise à la fois

sur l'élaboration d'indicateurs, mais aussi sur l'utilisation à des fins réflexives de ces indicateurs.

À partir de cet état des lieux, il nous a été possible de proposer des actions qui permettraient de mobiliser les personnes qui travaillent déjà dans ce domaine et qui ont acquis des connaissances nécessaires à l'implantation et à l'utilisation des indicateurs élaborés. La stratégie retenue est consultable dans le rapport final (Soutenir l'amélioration continue de la qualité des soins donnés aux personnes souffrant de maladies chroniques au Québec. Des indicateurs de qualité à l'intention des professionnels et des gestionnaires des services de première ligne [INESSS, 2012]).

ANNEXE 1

Guide d'entrevue portant sur les initiatives menées au Québec et au Canada en matière d'ÉLABORATION d'indicateurs dans le domaine des maladies chroniques

PRÉAMBULE

L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) est un organisme indépendant dont la mission est de conseiller le ministre et d'appuyer les décideurs du milieu québécois de la santé et des services sociaux par la production de rapports d'évaluation, l'élaboration de guides de pratique cliniques ou d'autres outils de soutien à la prise de décision clinique ou organisationnelle.

La Direction de l'organisation des services de première ligne intégrée (DOSPLI) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a demandé à l'INESSS de contribuer à soutenir une gestion intégrée des maladies chroniques en première ligne. Les deux organismes ont convenu que le travail consisterait à définir les indicateurs de qualité relatifs aux maladies chroniques et à les intégrer dans des outils d'aide à la décision clinique; à mettre en place des mesures et des processus d'appropriation des indicateurs de qualité par les cliniciens de première ligne et à proposer des processus de mise à jour de ces indicateurs.

La philosophie de travail s'articule autour d'une approche participative et mobilisatrice reconnaissant l'expertise déjà présente au Québec ou au Canada dans le domaine.

Dans cette optique, et compte tenu de l'expertise que vous avez développée à cet égard, vous avez été identifié comme personne-clé afin de préciser la démarche que vous avez menée dans votre milieu.

Les objectifs de la présente entrevue sont donc de partager avec nous :

1. Votre démarche;
2. Les leçons apprises;
3. Des initiatives que vous connaissez et qui pourraient être utiles pour le travail entrepris par l'INESSS.

QUESTIONS

1. **Dans quel contexte avez-vous élaboré des indicateurs pour le suivi des maladies chroniques?**
 - a. À la demande de qui?

 - b. Pour quel usage?

 - c. Qui était engagé dans le projet au départ?

 - d. Quel était votre rôle au départ?

2. **Quelles maladies chroniques sont couvertes par cette initiative?**
 - a. Comment ces maladies ont-elles été choisies?

3. **Pourriez-vous nous décrire la méthode que vous avez utilisée pour élaborer vos indicateurs?**
 - a. Quelle est la portée des indicateurs que vous avez élaborés (soins curatifs, soins préventifs, promotion de la santé) ?

 - b. Quelle est la nature des indicateurs que vous avez élaborés (résultats, processus, structures ou production, adaptation, valeurs, buts)?

 - c. Êtes-vous parti de manière intuitive (c'est-à-dire sans avoir suivi une méthode particulière, mais en fonction de ce vous perceviez comme devant être fait ainsi)?

 - d. Sinon, êtes-vous parti d'une méthode en particulier que vous avez ensuite appliquée?
 1. Laquelle et pourquoi?

 2. L'avez-vous adaptée?

 - e. Quelles étaient les différentes étapes de la méthode?
 1. Phase 1 : revue de la littérature, opinion d'experts, recensement d'initiatives?
 2. Phase 2 : réalisation d'un tableau avec les indicateurs
 3. Phase 3 : test des indicateurs : sur quelle dimension (pertinence, faisabilité, etc.) et par qui (professionnels, patients, organisations, etc.)?
 4. Phase 4 : diffusion-appropriation
 - f. Jusqu'à quel point la littérature scientifique a été efficace pour appuyer votre démarche?

 - g. Avez-vous utilisé un modèle pour organiser les indicateurs comme par exemple le modèle de Wagner (*The Chronic Care Model*), EGIPSS ou autres?

 - h. Quel a été votre rôle au cours de ce processus?

4. **Quelles critiques feriez-vous ou quelles leçons tireriez-vous de votre expérience?**
 - a. Ce qu'il faut absolument faire
 - b. Ce qu'il ne faut surtout pas faire

5. **Partageriez-vous avec nous votre liste d'indicateurs, sachant que les droits d'auteur seront pris en compte? Pourriez-vous nous diriger vers d'autres documents qui vous paraissent pertinents et que nous pourrions consulter?**
6. **Avez-vous connaissance d'autres initiatives menées au Québec ou au Canada qu'il serait souhaitable que nous connaissions, avec le nom d'une personne contact?**

Merci pour votre temps précieux.

ANNEXE 2

Personnes impliquées dans les projets étudiés, publications en lien avec les projets et sites web

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS-CIHI)

Personnes en charge du projet :

Greg Webster, Director of Primary Health Care Information and Clinical Registries

Michael Turner, Project Lead, Primary Health Care and Health System Analysis

Brenda Tipper, Senior program consultant with the Primary Health Care and Health System Analysis program

Publications :

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires : rapport 1, volume 1. Projet d'élaboration d'indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires. Ottawa, ON : ICIS; 2006. Disponible à : http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/PDF_PHC_INDI_REPORT1VOL1FIN_FR.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires : rapport 1, volume 2. Projet d'élaboration d'indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires. Ottawa, ON : ICIS; 2006. Disponible à : http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/PDF_PHC_INDI_REPORT1VOL2_FR.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Améliorer l'infrastructure de collecte de données sur les soins de santé primaires au Canada : rapport 2. Projet d'élaboration d'indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires. Ottawa, ON : ICIS; 2006. Disponible à : http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/pdf/internet/PDF_PHC_DATA_COL_REPORT2_FR.

Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Rapport sur la mise à jour des indicateurs pancanadiens de soins de santé primaires. Ottawa, ON : ICIS; 2012. Disponible à : https://secure.cihi.ca/free_products/Pan-Canadian_PHC_Indicator_Update_Report_fr_web.pdf

Adresse internet :

Primary Health Care, <http://www.cihi.ca/CIHI-ext-portal/internet/EN/TabbedContent/types+of+care/primary+health/cihi006583>

Manitoba

Personnes en charge du projet :

D^r Alan Katz, Department of Family Medicine and Manitoba Centre for Health Policy

Publication :

Katz A, Bogdanovic B, Soodeen R-A. Physician Integrated Network baseline evaluation: Linking electronic medical records and administrative data. Winnipeg, MB : Manitoba Centre for Health Policy (MCHP); 2010. Disponible à : http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/PIN_full_report.pdf.

Adresse internet :

Physician Integrated Network (PIN),
<http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/pin/index.html>

Institut national de santé publique du Québec

Personnes en charge du projet :

Danielle St-Laurent, chef d'unité scientifique, Unité de surveillance des maladies chroniques et de leurs déterminants, Direction de l'analyse et de l'évaluation des systèmes de soins et services

Valérie Émond, coordonnatrice scientifique, Unité de surveillance des maladies chroniques et de leurs déterminants, Direction de l'analyse et de l'évaluation des systèmes de soins et services

Rapports :

Aubé-Maurice J, Rochette L, Blais C. Relation entre la défavorisation et l'incidence de l'hypertension artérielle chez les individus de 20 ans et plus au Québec en 2006-2007. Montréal, Qc : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ); 2010. Disponible à :
<http://www.inspq.qc.ca/publications/notice.asp?E=p&NumPublication=1060>.

Blais C et Hamel D. Effet de la défavorisation et de la zone géographique de résidence sur la mortalité et l'accès aux soins en cardiologie à la suite d'un premier infarctus du myocarde au Québec. Montréal, Qc : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ); 2009. Disponible à :
<http://www.inspq.qc.ca/publications/notice.asp?E=p&NumPublication=916>.

Blais C et Rochette L. Surveillance de l'hypertension au Québec : incidence, prévalence et mortalité. Montréal, Qc : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ); 2011. Disponible à :
<http://www.inspq.qc.ca/publications/notice.asp?E=p&NumPublication=1059>.

Pigeon É et Larocque I. Tendances temporelles de la prévalence et de l'incidence du diabète, et mortalité chez les diabétiques au Québec, de 2000-2001 à 2006-2007. Montréal, Qc : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ); 2011. Disponible à :
<http://www.inspq.qc.ca/publications/notice.asp?E=p&NumPublication=1239>.

Sirois C et Larocque I. Utilisation des antidiabétiques oraux et des médicaments cardioprotecteurs par les aînés québécois atteints de diabète de type 2, de 1998 à 2002. Montréal, Qc : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ); 2010. Disponible à :
<http://www.inspq.qc.ca/publications/notice.asp?E=p&NumPublication=1058>.

Publications scientifiques :

- Bessette L, Jean S, Lapointe-Garant MP, Belzile EL, Davison KS, Ste-Marie LG, Brown JP. Direct medical costs attributable to peripheral fractures in Canadian postmenopausal women. *Osteoporos Int* 2012;23(6):1757-68.
- Bessette L, Davison KS, Jean S, Roy S, Ste-Marie LG, Brown JP. The impact of two educational interventions on osteoporosis diagnosis and treatment after fragility fracture: A population-based randomized controlled trial. *Osteoporos Int* 2011;22(12):2963-72.
- Blais C, Hamel D, Rinfret S. Impact of socioeconomic deprivation and area of residence on access to coronary revascularization and mortality after a first acute myocardial infarction in Quebec. *Can J Cardiol* 2012;28(2):169-77.
- Jean S, Candas B, Belzile E, Morin S, Bessette L, Dodin S, Brown JP. Algorithms can be used to identify fragility fracture cases in physician-claims databases. *Osteoporos Int* 2012;23(2):483-501.
- Lambert L, Blais C, Hamel D, Brown K, Rinfret S, Cartier R, et al. Evaluation of care and surveillance of cardiovascular disease: Can we trust medico-administrative hospital data? *Can J Cardiol* 2012;28(2):162-8.
- Ouhoumane N, Abdous B, Louchini R, Rochette L, Poirier P. Trends in postacute myocardial infarction management and mortality in patients with diabetes. A population-based study from 1995 to 2001. *Can J Cardiol* 2010;26(10):523-31.
- Ouhoumane N, Abdous B, Émond V, Poirier P. Impact of diabetes and gender on survival after acute myocardial infarction in the Province of Quebec, Canada—A population-based study. *Diabet Med* 2009;26(6):609-16.
- Quach S, Blais C, Quan H. Administrative data have high variation in validity for recording heart failure. *Can J Cardiol* 2010;26(8):306-12.
- Robitaille C, Dai S, Waters C, Loukine L, Bancej C, Quach S, et al. Diagnosed hypertension in Canada: Incidence, prevalence and associated mortality. *CMAJ* 2012;184(1):E49-56.
- Sirois C, Moisan J, Poirier P, Couture J, Grégoire JP. Association between age and the initiation of antihypertensive, lipid lowering and antiplatelet medications in elderly individuals newly treated with antidiabetic drugs. *Age Ageing* 2009;38(6):741-5.
- Sirois C, Moisan J, Poirier P, Grégoire JP. Underuse of cardioprotective treatment by the elderly with type 2 diabetes. *Diabetes Metab* 2008;34(2):169-76.
- Sirois C, Poirier P, Moisan J, Grégoire JP. The benefit of aspirin therapy in type 2 diabetes: What is the evidence? *Int J Cardiol* 2008;129(2):172-9.
- Sirois C, Moisan J, Poirier P, Grégoire JP. Suboptimal use of cardioprotective drugs in newly treated elderly individuals with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2007;30(7):1880-2.

Adresse internet :

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), <http://www.inspq.qc.ca/>

Réseau de recherche en santé des populations du Québec

Personnes en charge du projet :

Docteur Pierre Tousignant, médecin-conseil à la direction de la santé publique de Montréal

Danielle Larouche, co-coordonnatrice scientifique à la direction de la santé publique de Montréal

Martine Remondin, co-coordonnatrice scientifique à la direction de la santé publique de Montréal

Rapport :

Tousignant P et Remondin M. Le milieu clinique, un puissant levier pour la recherche sur les soins et services de première ligne. Rapport de la Journée de réflexion sur la recherche en soins et services de première ligne, Montréal, 12 octobre 2011. Montréal, Qc : Réseau de recherche en milieu clinique de première ligne (RRMCPL); 2012. Disponible à :

http://www.santepop.qc.ca/fichier.php/1043/RapportFinal_J12oct11_Recherche_premligne2x.pdf.

Publication :

Tousignant P, Remondin M, Laurendeau M-C, Bergeron P. Une approche participative pour une recherche ancrée dans la pratique en première ligne. Carnet-synthèse n° 11. Montréal, Qc : Réseau de recherche en santé des populations du Québec (RRSPQ); 2012. Disponible à :

<http://www.santepop.qc.ca/fichier.php/1050/CarnetSynthese11.pdf>.

Adresse internet :

Soins et services de première ligne (SSPL),
<http://www.santepop.qc.ca/fr/axesstrategiques/soinsetservices.html>

Agence de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Personnes en charge du projet :

D^r Antoine Boivin, médecine chercheur, direction de la santé publique

D^r Réal Lacombe, Directeur de santé publique

Prof. Pascale Lehoux, DASUM, Université de Montréal

Prof. Jako Burgers, IQ Healthcare, Pays-Bas

Prof. Richard Grol, IQ Healthcare, Pays-Bas

Publications :

- Boivin A, Patient and public involvement in healthcare improvement. Scientific Institute for Quality of Healthcare. 2012 (271 pages).
- Boivin A, Burgers J, Grol R, Lehoux P. What are the key ingredients for effective public involvement in healthcare improvement and policy decisions? A randomized trial process evaluation [soumis pour publication (2012)].
- Boivin A, Lehoux P, Lacombe R, Burgers J, Grol R. Patient involvement in setting clinical priorities for healthcare improvement: A cluster randomized trial [soumis pour publication (2012)].
- Boivin A, Lehoux P, Lacombe R, Burgers J, Grol R. Patient involvement in setting clinical priorities at the community level: Impact and lessons for decision-makers [soumis pour publication au Canadian Health Services Research Foundation (2012)].
- Boivin A, Lehoux P, Lacombe R, Lacasse A, Burgers J, Grol R. Target for improvement: A cluster randomised trial of public involvement in quality-indicator prioritisation (intervention development and study protocol). *Implement Sci* 2011;6:45.

Direction de la santé publique de Montréal

Personnes en charge du projet :

- D[’] Pierre Tousignant, médecin-conseil à la direction de la santé publique de Montréal
- Danielle Larouche, chercheure à la direction de la santé publique de Montréal
- Martine Remondin, chercheure à la direction de la santé publique de Montréal

Rapports :

- Hamel M, Pineault R, Levesque J-F, Roberge D, Lozier-Sergerie A, Prud’homme A, Simard B. L’organisation des services de santé de première ligne : portrait des services médicaux de première ligne à Montréal et en Montérégie. Montréal, Qc : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal – Direction de santé publique, Institut national de santé publique du Québec et et Centre de recherche de l’hôpital Charles LeMoine; 2007. Disponible à : <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/726-organisationservices.pdf>.
- Lemoine O, Lesage D, Leroux C, Provost S, Tousignant P, Simard B, et al. L'utilisation des services de santé par les Montréalais de 40 ans et plus souffrant d'une maladie pulmonaire obstructive chronique en 2003-2004. Montréal, Qc : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal – Direction de santé publique ; Institut national de santé publique du Québec; 2008. Disponible à : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/732_rapport_mpoc.pdf.
- Lemoine O, Lesage D, Leroux C, Tousignant P, Simard B, Roy Y, Beaulne G. L'utilisation des services de santé par les Montréalais souffrant d'insuffisance cardiaque en 2003-2004. Montréal, Qc : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal – Direction de santé publique ; Institut national de santé publique du Québec; 2007.

Disponible à :

<http://www.inspq.qc.ca/publications/notice.asp?E=p&NumPublication=641>.

Lemoine O, Simard B, Provost S, Roy Y, Tousignant P. L'utilisation des services de santé par les diabétiques – Années 2001-2002 à 2005-2006 [douze feuillets émis pour chacun des territoires de CSSS de Montréal et rapport régional]. Montréal, Qc : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal – Direction de santé publique ; Institut national de santé publique du Québec; 2009. Disponible à : <http://emis.santemontreal.qc.ca/sante-des-montrealais/etat-de-sante/sante-physique/utilisation-des-services-diabetiques/>.

Levesque J-F, Pineault R, Simard B, Roberge D, Hamel M, Kapetanakis C, Robert L. L'expérience de soins de la population : portrait des variations intra-régionales à Montréal et en Montérégie. Montréal, Qc : Agence de la santé et des services sociaux de Montréal – Direction de santé publique, Institut national de santé publique du Québec et et Centre de recherche de l'hôpital Charles LeMoine; 2007. Disponible à : <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/627-ExperienceDeSoinsDeLaPopulation.pdf>.

Tousignant P et Équipe santé des populations et services de santé. Plan de monitoring interprétatif de l'impact des transformations des services de santé de première ligne sur la population montréalaise. Montréal, Qc : Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal – Direction de santé publique ; Institut national de santé publique du Québec; 2005. Disponible à : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/63739>.

Adresse internet :

Santé des populations et services de santé,
http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/services_preventifs/thematique/sante_des_populations_et_services_de_sante/strategies.html

Agence de santé et services sociaux de Montréal, Direction des affaires cliniques, médicales et universitaires

Personnes en charge du projet :

Christiane Barbeau, coordonnatrice Gestion des maladies chroniques,

D^r André Bélanger, endocrinologue et médecin-conseil,

D^{re} Natalie Cliche, omnipraticienne et médecin-conseil,

Cathy Dresdell, agente de planification, programmation et recherche,

D^r Pierre Larochelle, interniste et médecin-conseil ainsi que l'équipe du service de la planification, du développement stratégique et de l'évaluation de l'Agence de Montréal

MOXXI (The Medical Office of the Twenty-First Century)

Personnes en charge du projet :

D^r Robyn Tamblyn, Department of Epidemiology, Biostatistics and Occupational Health,

McGill University

D^r Sara Ahmed, School of Physical & Occupational Therapy, McGill University

D^r David Buckeridge, Department of Epidemiology, Biostatistics and Occupational Health
University Clinic – Royal Victoria Hospital

Publications :

Ahmed S, Bartlett SJ, Ernst P, Pare G, Kanter M, Perreault R, et al. Effect of a web-based chronic disease management system on asthma control and health-related quality of life: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2011;12:260.

Bartlett G, Tamblyn R, Kawasumi Y, Poissant L, Taylor L. Non-participation bias in health services research using data from an integrated electronic prescribing project: The role of informed consent. *Acta Bioethica* 2005;11(2):145-59.

Bartlett G, Tamblyn R, Huang A, Kawasumi Y, Petrella L, Dufour E. Evaluation of standardized tasks for primary care physicians using the MOXXI electronic prescribing and integrated drug management system. *AMIA Annu Symp Proc* 2003:786.

Cadieux G et Tamblyn R. Accuracy of physician billing claims for identifying acute respiratory infections in primary care. *Health Serv Res* 2008;43(6):2223-38.

Mayo NE, Poissant L, Ahmed S, Finch L, Higgins J, Salbach NM, et al. Incorporating the International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF) into an electronic health record to create indicators of function: Proof of concept using the SF-12. *J Am Med Inform Assoc* 2004;11(6):514-22.

McKibbin KA, Lokker C, Handler SM, Dolovich LR, Holbrook AM, O'Reilly D, et al. The effectiveness of integrated health information technologies across the phases of medication management: A systematic review of randomized controlled trials. *J Am Med Inform Assoc* 2012;19(1):22-30.

Motulsky A, Sicotte C, Lamothe L, Winslade N, Tamblyn R. Electronic prescriptions and disruptions to the jurisdiction of community pharmacists. *Soc Sci Med* 2011;73(1):121-8.

Motulsky A, Winslade N, Tamblyn R, Sicotte C. The impact of electronic prescribing on the professionalization of community pharmacists: A qualitative study of pharmacists' perception. *J Pharm Pharm Sci* 2008;11(1):131-46.

Pinsonneault A, Dakshinamoorthy V, Reidel K, Tamblyn R. The impact of IT on quality of care: Evaluation of an integrated chronic disease management system. 45th Hawaii International Conference on System Science (HICSS); 2012. 2947-56. Disponible à : http://www.hicss.hawaii.edu/hicss_45/bp45/hc4.pdf.

Rozenblum R, Jang Y, Zimlichman E, Salzberg C, Tamblyn M, Buckeridge D, et al. A qualitative study of Canada's experience with the implementation of electronic health information technology. *CMAJ* 2011;183(5):E281-8.

Tamblyn R et Ernst P. Information technologies and guideline implementation for asthma. *Can Respir J* 2006;13(Suppl A):18A-20A.

- Tamblyn R, Eguale T, Buckeridge DL, Huang A, Hanley J, Reidel K, et al. The effectiveness of a new generation of computerized drug alerts in reducing the risk of injury from drug side effects: A cluster randomized trial. *J Am Med Inform Assoc* 2012;19(4):635-43.
- Tamblyn R, Huang A, Kawasumi Y, Bartlett G, Grad R, Jacques A, et al. The development and evaluation of an integrated electronic prescribing and drug management system for primary care. *J Am Med Inform Assoc* 2006;13(2):148-59.
- Tamblyn R, Huang A, Perreault R, Jacques A, Roy D, Hanley J, et al. The medical office of the 21st century (MOXXI): Effectiveness of computerized decision-making support in reducing inappropriate prescribing in primary care. *CMAJ* 2003;169(6):549-56.

Adresse internet :

MOXXI : Medical Office of the XXIst century, <http://moxxikt.mcgill.ca/en/home.html>

GMF de Montmagny

Personnes en charge du projet :

D^r Jean-François Rancourt, chef du département de médecine du CSSS Montmagny-L'Islet et responsable du GMF de Montmagny, Région 12

Projet DaVinci, UMF-GMF de la Cité de la Santé de Laval

Personnes en charge du projet :

D^r Alain Turcotte, Clinique Médicale Familiale, Cité de la Santé de Laval

D^{re} Marie-Thérèse Lussier, Professeure agrégée, Département de médecine familiale, Faculté de médecine, Université de Montréal et Équipe de recherche en soins de première ligne, Hôpital de la Cité-de-la-Santé, Centre de santé et de services sociaux de Laval

Claude Richard, PhD

Raymond Turcotte, Ingénieur

David Bertrand, Hospitalis

Publications :

Bouchard M. La technologie au service du patient de première ligne. *Synergie*, juin 2008, p. 8.

Lussier MT, Richard C, Turcotte A. CASE: Convince, action, support, empower: A tool to help manage follow-up of patients with chronic illnesses in primary care. *Can Fam Physician* 2010;56(3):253-4.

Turcotte A, Lussier M-T, Richard C. Projet DaVinci : système de suivi intégré des maladies chroniques en soins de première ligne [présentation PowerPoint]. Laval, Qc : Hôpital de la Cité-de-la-Santé, Centre de santé et de services sociaux de Laval; 2007. Disponible à : <http://www.ruis.umontreal.ca/consortium/actualites/ATurcotte.pdf>.

Adresse internet :

Bibliothèque du CSSS de Laval – Soins 1^{ère} ligne, <http://bibliocsssl.wordpress.com/projet-da-vinci/>

Programme Santé Concerto : Prise en charge de la santé d'une population en GMF, priorité malades chroniques

Personnes en charge du projet :

D^r Alain Larouche, affaires corporatives et organisation des services

D^r Gerry Bédard, affaires cliniques et organisation des services

Mme Guylaine Chabot affaires stratégiques et communication

Mme Louise Cantin gestionnaire de projet et directrice des affaires cliniques

Mme Isabelle Durocher, coordonnatrice clinique

M. Martin Trépanier (Solution Gestion des maladies chroniques Bell)

Adresse internet :

Groupe santé Concerto, <http://www.groupesanteconcerto.com>

COMPAS, Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de la Montérégie

Personnes en charge du projet :

D^r Michel Camirand (DRMG, RLS Pommeraie)

Bruno Désorcy (coordonnateur du projet, ASSS Montérégie)

Brigitte Vachon (titre)

Louise Quesnel (chef du DRMG, ASSS Montérégie)

Jacques Ricard (DAMUP, Montérégie)

Mireille Gaudreau (coordonnatrice 2008-2010)

D^r Jean Rodrigue (DAMUP 2008-2011)

Adresse internet :

Guimond C. COMPAS : une meilleure connaissance du milieu, un meilleur effet sur la pratique. Médecin du Québec 2010;45(5):27. Disponible à : <http://www.fmoq.org/Lists/FMOQDocumentLibrary/fr/Le%20M%C3%A9decin%20du%20Qu%C3%A9bec/Archives/2010%20-%202019/2010/Mai%202010/027QuoineufFMC0510.pdf>

RÉFÉRENCES

- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). AHRQ quality indicators—Guide to patient safety indicators. Version 3.1. Rockville, MD : AHRQ; 2007. Disponible à : http://www.qualityindicators.ahrq.gov/downloads/psi/psi_guide_v31.pdf.
- Australian Institute of Health and Welfare (AIHW). Key indicators of progress for chronic disease and associated determinants: Technical report. Canberra, Australie : AIHW; 2009. Disponible à : <http://www.aihw.gov.au/publications/phe/phe-114-10774/phe-114-10774.pdf>.
- Brook RH. The RAND/UCLA appropriateness method. Dans : McCormick KA, Moore SR, Siegel RA, réd. Clinical practice guidelines development: Methodology perspectives. Rockville, MD : Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR); 1994 : 59-70.
- Brook RH, Chassin MR, Fink A, Solomon DH, Kosecoff J, Park RE. A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies. *Int J Technol Assess Health Care* 1986;2(1):53-63.
- Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MS, Burnand B, LaCalle JR, Lazaro P, et al. The RAND/UCLA appropriateness method user's manual. Santa Monica, CA : RAND; 2001.
- Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS). Des indicateurs de qualité à l'intention des professionnels et des gestionnaires des services de première ligne. Rapport rédigé par Marie-Dominique Beaulieu, Marie-Pascale Pomey, Brigitte Côté, Claudio Del Grande, Monia Ghorbel, Phuong Hua et Éric Tremblay. *ETMIS* 2012;8(12):1-68.
- Kelley E et Hurst J. Health care quality indicators project: Conceptual framework paper. OECD Health Working Papers no 23. Paris, France : Organisation for Economic Co-operation and Development, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs; 2006. Disponible à : <http://www.oecd.org/dataoecd/1/36/36262363.pdf>.
- Mainz J. Developing evidence-based clinical indicators: A state of the art methods primer. *Int J Qual Health Care* 2003;15(Suppl 1):i5-11.
- Marshall MN, Roland MO, Campbell SM, Kirk S, Reeves D, Brook R, et al. Measuring general practice: A demonstration project to develop and test a set of primary care clinical quality indicators. Londres, Angleterre ; Santa Monica, CA : Nuffield Trust ; RAND; 2003. Disponible à : http://www.rand.org/pubs/monograph_reports/MR1725/MR1725.pdf.
- Mattke S, Kelley E, Scherer P, Hurst J, Gil Lapetra ML, Members HEG. Health care quality indicators project: Initial indicators report. OECD Health Working Papers no 22. Paris, France : Organisation for Economic Co-operation and Development, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs; 2006. Disponible à : <http://www.oecd.org/dataoecd/1/34/36262514.pdf>.

PRA Inc. Evaluation of the Physician Integrated Network (PIN): Phase 1 – Summary report.
Winnipeg, MB : Prairie Research Associates (PRA) Inc.; 2009. Disponible à :
<http://www.gov.mb.ca/health/primarycare/pin/docs/phase1evaluationreport.pdf>

Tousignant P. Plan de monitoring interprétatif de l'impact des transformations des services de santé de première ligne sur la population montréalaise. Montréal, Qc : Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, Direction de santé publique ; Institut national de santé publique du Québec (INSPQ); 2005. Disponible à :
http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/2-89494-449-7.pdf.



100 %



Le présent document a été imprimé sur du papier contenant 100 % de fibres postconsommation, certifié
Choix environnemental, recyclé et fabriqué à partir d'énergie biogaz et par un procédé sans chlore.