

GUIDES ET NORMES

Indicateurs de la qualité des soins et services de première ligne visant à appuyer l'amélioration continue de la qualité dans les groupes de médecine de famille au Québec

Repères GMF

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

Direction de l'évaluation et de la pertinence des modes d'intervention en santé

Indicateurs de la qualité des soins et
services de première ligne visant à
appuyer l'amélioration continue de la
qualité dans les groupes de médecine de
famille au Québec

Repères GMF

Rédaction

Marie-Dominique Beaulieu
Geneviève Martin

Coordination scientifique

Mélanie Martin

Direction

Catherine Truchon
Élisabeth Pagé



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

Membres de l'équipe projet

Auteures principales

Marie-Dominique Beaulieu, M.D., C.M.F.C., F.C.M.F.
Geneviève Martin, Ph. D.

Collaborateurs et collaboratrices internes

Frédérique Baril, M. Sc.
Véronique Baril, B. Comm.
Jolyane Blouin-Bougie, M. Sc.
Claude Boutin, M. Ps.
Labanté Outcha Daré, Ing., M. Sc.
Olivier Demers-Payette, Ph. D.
Carl Drouin, Ph. D.
Mamadou Diop, M. Sc.
Ahmed Ghachem, Ph. D.
Mireille Goetghebeur, Ing., Ph. D.
Renée Latulippe, M. A.
Louis Lochhead, M.B.A.
José Perez, M. Sc.
Maria Vutcovici Nicolae, M. Sc.
Monika Wagner, Ph. D.

Collaboratrice externe

Geneviève Ste-Marie, MAP

Coordonnatrice scientifique

Mélanie Martin, Ph. D.

Adjointe à la direction

Élisabeth Pagé, Ph. D., M.B.A.

Directrice

Catherine Truchon, Ph. D., M. Sc. Adm.

Directions associées

Mike Benigeri, Ph. D.
Isabelle Ganache, Ph. D.
Josée Plamondon, M. Ps., M.A.P.
Marie-Claude Sirois, M. Sc., Ps. éd., M. Sc. adm.

Repérage d'information scientifique

Lysane St-Amour, M.B.S.I.

Soutien administratif

Jacinthe Clusiau

Équipe de l'édition

Denis Santerre
Hélène St-Hilaire
Nathalie Vanier

Sous la coordination de
Renée Latulippe, M.A.

Avec la collaboration de
Micheline Lampron, révision linguistique
Mark A. Wickens, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2022
Bibliothèque et Archives Canada, 2022
ISBN 978-2-550-91361-0 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2022

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). Indicateurs de la qualité des soins et services de première ligne visant à appuyer l'amélioration continue de la qualité dans les groupes de médecine de famille au Québec – Repères GMF. Rapport rédigé par Marie-Dominique Beaulieu et Geneviève Martin. Québec, Qc : INESSS; 2022. 94 p.

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

Comité consultatif

Pour ce rapport, les membres du comité consultatif sont :

M. Tarek Bouhali, agent amélioration continue de la qualité, GMF-U de Chicoutimi*

M^{me} Renée Charpentier, coordonnatrice des services de première ligne par intérim, CISSS des Laurentides[†]

M^{me} Dominique Chrétien, pharmacienne en GMF, Cliniques médicales Proactive Santé

M. Arnaud Duhoux, professeur agrégé, Université de Montréal

M^{me} Jeannie Haggerty, professeure, Université McGill

D^{re} Marie Hayes, médecin de famille, GMF-U Jacques-Cartier[†]

M^{me} Janie Houle, professeure titulaire, Université du Québec à Montréal

M^{me} Lise Houle, patiente partenaire collaboratrice

M^{me} Julie-Alexandra Langué Dubé, conseillère cadre-qualité intégrée, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

M^{me} Isabelle Levasseur, infirmière praticienne spécialisée en première ligne, GMF Clinique médicale Saint-François

M^{me} Anne Maheu, pharmacienne, GMF-U Bordeaux-Cartierville[†]

D^r Jean-Sébastien Paquette, médecin de famille, GMF-U de Saint-Charles-Borromée

M^{me} Line Paré, travailleuse sociale, professeure titulaire, Université Laval et présidente du comité d'inspection professionnelle de l'OTSTCFQ[†]

M^{me} Ghislaine Rouly, patiente partenaire collaboratrice

M^{me} Tatiana Shorstova, agente de planification, de programmation et de recherche, Herzl Family Practice Center-GMF-R[†]

M. Éric Vaillancourt, travailleur social, GMF-U Charles-Le Moyne

**M Bouhali a été remplacé par M^{me} Shorstova pour la troisième rencontre du comité.*

†Ces membres ont uniquement participé à la troisième rencontre du comité.

Comité de suivi

Pour ce rapport, les membres du comité de suivi sont :

D^r Roberto Boudreault, médecin conseil, Direction générale adjointe de l'accès, des services de proximité et des effectifs médicaux, MSSS*

D^{re} Élise Boulanger, médecin, Collège québécois des médecins de famille (CQMF)

M^{me} Ginette Brousseau, usagère des GMF et des services de première ligne

M. Yves Couturier, directeur scientifique du Réseau-1, Université de Sherbrooke

M^{me} Rana Farah, adjointe exécutive au directeur général adjoint, Direction générale adjointe de l'accès, des services de proximité et des effectifs médicaux, MSSS

M. Jacques Fortin, directeur qualité, évaluation, performance, éthique et Lean, CISSS de la Montérégie-Centre[†]

D^r Antoine Groulx, directeur scientifique, Unité de soutien SSA Québec[‡]

D^r Claude Guimond, directeur de la formation professionnelle, FMOQ

D^r Nebojsa Kovacina, directeur de l'amélioration continue de la qualité, Département de médecine de famille, Université McGill

M^{me} Christine Laliberté, infirmière praticienne spécialisée en première ligne, AIPSQ

M^{me} Martine Maillé, conseillère à la qualité de la pratique, OIIQ

M. Paul Morin, directeur scientifique, IUPLSSS du CIUSSS de l'Estrie-CHUS (recherche sur les pratiques de soins de santé et de services sociaux de première ligne)

M. Sylvain Perron, administrateur de GMF, Clinique Santé DIX30 S.E.C.

D^r Ernest Prigent, directeur de l'amélioration de l'exercice, CMQ

M^{me} Marie-Michelle Racine, conseillère cadre à l'amélioration continue de la qualité pour les GMF-U du Québec, CIUSSS de la Capitale-Nationale[†]

M^{me} Marie-Line Renaud, pharmacienne GMF, OPQ

D^r Jean-Philippe Roy, médecin de famille, IUPLSSS de la Capitale-Nationale[‡]

M^{me} Chantal Samson, membre du conseil d'administration, OTSTCFQ

M^{me} Christiane Sauvé, usagère des GMF et des services de première ligne

**Initialement sollicité en 2019 en tant que chef du Département régional de médecine générale, CIUSSS du Saguenay-Lac-Saint-Jean.*

†Ils n'ont pas participé à la deuxième rencontre.

‡En remplacement du Dr Alain Vanasse à la deuxième rencontre.

**En remplacement du Dr Antoine Groulx à la deuxième rencontre.*

Informateurs clés

Pour ce rapport, les informateurs clés sont des médecins de famille, des professeurs chercheurs, des cadres du réseau de la santé et des services sociaux, des représentants du MSSS, ainsi que des représentants du CMQ, de la FMOQ, de l'OPQ et de l'OTSTCFQ. Certains sont aussi membres des comités (consultatif, de suivi), ou apparaissent dans la section « autres contributions ».

La liste, non exhaustive, des informateurs clés comprend :

D^{re} Marie-Claude Beaulieu, directrice du Réseau de recherche axée sur les pratiques de première ligne, Université de Sherbrooke

M^{me} Renée Charpentier, coordonnatrice des services de première ligne par intérim, CISSS des Laurentides

M. Yves Couturier, directeur scientifique, Réseau-1 Québec

D^{re} Alix Dufresne, médecin de famille, Clinique médicale 3000, Montréal

M. Arnaud Duhoux, professeur agrégé, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal

M. Joe Guillaume, directeur général, Unité de soutien SSA Québec

D^r Claude Guimont, directeur de la formation professionnelle, FMOQ

M. Alain Hébert, chargé d'affaires professionnelles, OTSTCFQ

D^r William Hogg, professor and director Faculty Affairs, University of Ottawa (en 2019)

M^{me} Manon Lambert, directrice générale et secrétaire, OPQ

D^r Jean-Frédéric Levesque, chief executive, Agency for Clinical Innovation

D^r Yvan Mathieu, médecin de famille, Centre médical de la Nouvelle-Beauce

M. Paul Morin, professeur titulaire, École de travail social, Université de Sherbrooke

M^{me} Aude Motulsky, professeure adjointe, École de santé publique, Université de Montréal

D^r Jean-Sébastien Paquette, co-directeur du Réseau de recherche axée sur les pratiques de première ligne, Université Laval (RRAPPL-UL)

D^r Ernest Prigent, directeur du développement professionnel et de la remédiation, CMQ

D^{re} Isabelle Samson, médecin conseil à la Direction générale adjointe de l'accès, des services de proximité et des effectifs médicaux, MSSS (en 2019)

M. Jean-Luc Tremblay, adjoint en amélioration continue, performance et mandats organisationnels transversaux, CIUSSS-CN

M^{me} Brigitte Vachon, professeure agrégée, École de réadaptation, Université de Montréal

M. Alain Vanasse, directeur scientifique, Unité de soutien SSA Québec (en 2019)

Patient et patiente

Pour ce rapport, le patient et la patiente de l'équipe projet sont :

M. Lionel-Alain Dupuis

M^{me} Mélanie Lussier

Autres contributions

L'Institut tient à remercier tous les professionnels et gestionnaires de l'INESSS consultés pour ce projet ainsi que les personnes suivantes, qui ont contribué à la préparation du rapport en fournissant soutien, information et conseils clés :

M^{me} Nichole Austin, étudiante postdoctorale, Université McGill

D^{re} Michèle de Guise, vice-présidente scientifique, INESSS

M^{me} Marianne Laflamme-Lemay, étudiante stagiaire en pharmacie, Université Laval

D^{re} Marie-Pascale Pomey, médecin conseil, INESSS

D^r Denis Roy, vice-président stratégie, INESSS

M^{me} Erin Strumpf, professeure agrégée, économiste en santé, Université McGill

Déclaration d'intérêts

D^r Jean-Sébastien Paquette a déclaré être impliqué au sein du Réseau-1 Québec et être le directeur du Réseau de recherche axée sur les pratiques de première ligne, de l'Université Laval (RRAPPL-UL). Il a précisé que ses activités ont pour but de favoriser le développement des pratiques en première ligne par la recherche axée sur le patient.

Responsabilité

L'INESSS assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Les conclusions ne reflètent pas forcément les opinions des personnes consultées aux fins de son élaboration.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ.....	I
SUMMARY.....	III
SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	V
INTRODUCTION	1
ASSISES CONCEPTUELLES	4
1 MÉTHODES	10
1.1 Questions d'évaluation.....	10
1.2 Information issue de la littérature et des modèles existants	10
1.2.1 Analyse des modèles de rétroaction existants	10
1.2.2 Recension des productions de l'INESSS.....	10
1.2.3 Revue de la littérature sur les dimensions prioritaires de la qualité des soins et services de première ligne du point de vue des usagers	11
1.3 Sélection des indicateurs de qualité.....	11
1.4 Priorisation des indicateurs de qualité sélectionnés	12
1.5 Consultation des parties prenantes.....	13
1.5.1 Entrevues avec les informateurs clés	13
1.5.2 Groupe de discussion avec des usagers.....	14
1.5.3 Comité consultatif	14
1.5.4 Comité de suivi	14
1.5.5 Respect de la confidentialité et du code d'éthique	15
1.5.6 Prévention, déclaration et gestion des conflits d'intérêts et de rôles.....	15
2 RÉSULTATS	16
2.1 Perspectives des usagers des soins et services de première ligne	16
2.2 Repérage des indicateurs de qualité.....	18
2.2.1 Analyse des modèles de rétroaction existants	18
2.2.2 Recension des productions de l'INESSS.....	19
2.3 Sélection des indicateurs de qualité.....	19
2.4 Priorisation des indicateurs de qualité	21
2.5 Indicateurs descriptifs.....	24
DISCUSSION.....	26
RÉFÉRENCES	30
ANNEXE A.....	37
Repérage d'information sur les modèles de rétroaction existants	37
ANNEXE B.....	38
Consultation des informateurs clés	38

ANNEXE C.....	40
Revue exploratoire de la littérature sur les priorités des usagers en regard de la qualité des soins et services de première ligne	40
ANNEXE D.....	46
Analyse des modèles de rétroaction existants	46
ANNEXE E.....	48
Processus de sélection.....	48
ANNEXE F	60
Indicateurs de qualité non retenus pour l'exercice de priorisation	60
ANNEXE G.....	62
Fiches des indicateurs de qualité retenus pour l'exercice de priorisation	62
ANNEXE H.....	92
Indicateurs descriptifs	92

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Dimensions de la qualité des soins et services selon l'IOM.....	6
Tableau 2	Fonctions de la première ligne	8
Tableau 3	Caractéristiques d'un bon indicateur	8
Tableau 4	Aspects à considérer lors de l'appréciation des indicateurs de qualité selon les cinq dimensions de la valeur globale du cadre de l'INESSS	13
Tableau 5	Indicateurs de qualité retenus pour l'exercice de priorisation	22
Tableau 6	Liste des indicateurs descriptifs sélectionnés	25
Tableau C-1	Synthèse des extraits tirés des publications retenues	40
Tableau D-1	Caractéristiques des modèles de rétroaction repérés.....	46
Tableau E-1	Tableau-synthèse des indicateurs de qualité exclus.....	48
Tableau F-1	Indicateurs de qualité sélectionnés, mais non retenus pour l'exercice de priorisation	60
Tableau H-1	Tableau-synthèse des indicateurs descriptifs exclus	92

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Cadre d'analyse du projet Repères GMF illustrant les liens entre les différents cadres retenus	4
Figure 2	Points de jonction entre la qualité des soins et services, l'atteinte du <i>Triple Objectif</i> et le cadre d'appréciation de la valeur globale de l'INESSS	7
Figure 3	Processus de sélection des indicateurs de qualité.....	20
Figure 4	Processus de priorisation des indicateurs de qualité	21

RÉSUMÉ

Introduction

Par sa mission et son accès à plusieurs banques de données clinico-administratives dans le cadre d'une entente tripartite avec le MSSS et la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), l'INESSS est dans une position unique pour appuyer les groupes de médecine de famille (GMF) dans leurs initiatives d'amélioration continue de la qualité, en produisant des informations complémentaires à celles existant dans les GMF.

C'est dans ce contexte que l'Institut a amorcé le projet intitulé Repères GMF, dont le principal objectif est d'élaborer un ensemble d'indicateurs de la qualité des soins et services de première ligne mesurables à partir des banques de données clinico-administratives auxquelles il a accès. Cet ensemble d'indicateurs s'inspire de modèles existants, en mobilisant les connaissances de professionnels de la santé, de chercheurs, de gestionnaires et d'usagers et en considérant les contraintes imposées par la structure des systèmes d'information disponibles.

Méthodes

La démarche méthodologique comprend trois étapes clés, soit une revue exploratoire de la littérature sur les indicateurs de qualité et sur les dimensions de la qualité importantes pour les usagers, la sélection et la priorisation des indicateurs ainsi que la consultation des parties prenantes.

La sélection des indicateurs de qualité a été guidée par les six dimensions de la qualité de l'Institute of Medicine (IOM), les fonctions de la première ligne et les caractéristiques d'un bon indicateur. Les indicateurs de qualité ont ensuite été priorisés selon leur capacité à mesurer des processus ou des effets qui contribuent à l'amélioration de la valeur globale de l'offre de soins et services de première ligne en GMF, en se basant sur le cadre de l'appréciation de la valeur de l'INESSS.

Résultats

Les attributs des soins et services de première ligne mentionnés comme importants par les usagers et rapportés dans la littérature ainsi que dans le groupe de discussion concordaient avec les dimensions du cadre de l'IOM.

Au total, 165 indicateurs ont été repérés à partir des diverses sources d'information consultées, dont 117 étaient des indicateurs de qualité et 48 des indicateurs descriptifs. Une première étape de sélection avec le comité consultatif a permis de proposer 33 indicateurs de qualité qui tiennent compte du travail d'équipe et ne sont pas trop spécifiques à une maladie donnée. Les membres du comité ont souligné que l'intégration de la dimension de l'équité permettra de mobiliser les équipes autour de questions liées aux déterminants de la santé et, ainsi, de susciter une réflexion sur la dimension sociale des interventions. Ils ont indiqué que certains indicateurs, d'accessibilité en temps opportun, d'efficacité, d'efficience et de centration sur la personne, devaient être analysés à travers la « lunette » de l'équité.

Étant donné que la production d'indicateurs est un travail exigeant et qu'il est judicieux d'en limiter le nombre dans le cadre d'un test pilote, seuls les indicateurs de qualité mesurables par l'INESSS dans un délai de trois à six mois ont été considérés pour l'exercice de priorisation réalisé par le comité consultatif. Ainsi, parmi les 33 indicateurs de qualité sélectionnés, 18 indicateurs ont été choisis. À l'issue de cet exercice, les six indicateurs suivants ont été retenus :

- Visites à l'urgence dont les priorités sont P4-P5 (*pour l'ensemble des visites et selon l'heure de la journée*)
- Continuité de lieu (*sur 1 et 3 ans*)
- Continuité relationnelle (*sur 1 et 3 ans*)
- Examen de la rétine chez les personnes diabétiques
- Polypharmacie chez les 65 ans et plus
- Prescription d'une benzodiazépine chez les 65 ans et plus

En plus des indicateurs de qualité, un ensemble d'indicateurs descriptifs permettront aux équipes de réfléchir aux caractéristiques de leur clientèle.

Discussion

Le projet Repères GMF s'éloigne d'une logique d'évaluation de la qualité de la pratique professionnelle en faveur d'une logique organisationnelle d'amélioration continue de la qualité des soins et des services, et ce, selon les besoins de la clientèle. Dans l'optique d'offrir des soins et des services adaptés aux besoins de la clientèle en GMF, les indicateurs retenus seront produits selon des segments de la clientèle avec des besoins de santé comparables. À cet égard, il faut reconnaître que la clientèle des GMF n'est pas homogène et que la façon d'organiser les services et de définir des indicateurs de qualité doit s'appuyer sur les besoins des différents groupes d'utilisateurs.

Les indicateurs priorisés seront présentés sous forme de rétroactions individualisées par équipe de GMF, dans le cadre d'un projet pilote réalisé auprès d'un nombre restreint de GMF. Ces nouvelles connaissances pourront ainsi être reprises localement pour les intégrer aux activités de facilitation de la pratique et d'amélioration continue de la qualité dans les GMF.

SUMMARY

Primary care and service quality indicators for supporting continuous quality improvement in Québec's family medicine groups

Introduction

Given its mission and access to several clinical administrative databases under a tripartite agreement with the MSSS and the Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), INESSS is in a unique position to support family medicine groups (FMGs) in their continuous quality improvement initiatives by generating information to supplement that available in the FMGs.

It was in this context that INESSS initiated the *Repères GMF* (FMG landmarks) project, whose main objective is to develop a set of measurable quality indicators for primary care and services, using the clinical administrative databases to which it has access. This set of indicators is based on existing models and involved mobilizing the knowledge of health professionals, researchers, administrators and users, as well as taking into account the constraints imposed by the structure of the available information systems.

Methods

The methodological approach included three key steps: an exploratory review of the literature on quality indicators and the dimensions of quality that are important to users, the selection and prioritization of indicators, and stakeholder consultations.

The selection of quality indicators was guided by the Institute of Medicine (IOM)'s six dimensions of quality, the functions of primary healthcare, and the characteristics of a good indicator. The quality indicators were then prioritized according to their ability to measure processes or effects that help improve the overall value of the primary care services provided in FMGs, based on INESSS's value assessment framework.

Results

The attributes of primary care services identified as being important by users and reported in the literature and the focus group were consistent with the dimensions of the IOM framework.

A total of 165 indicators were identified from the various information sources consulted: 117 quality indicators and 48 descriptive indicators. An initial selection process with the advisory committee led us to propose 33 quality indicators that take teamwork into account and that are not overly specific to a given disease. The committee's members pointed out that including the dimension of equity will make it possible to mobilize the teams around health determinant-related issues and thus encourage reflection on the social dimension of interventions. They stated that certain indicators, such as timely access, effectiveness, efficiency, and patient-centricity, should be examined through an equity lens.

Given that producing indicators is a demanding task and that it is wise to limit the number of indicators in the context of a pilot test, only those quality indicators that INESSS will be able to measure within three to six months were considered for the prioritization exercise carried out by the advisory committee. Thus, from the 33 quality indicators in question, 18 were chosen. At the end of the exercise, the following six were selected:

- Emergency department visits triaged as P4/P5 priorities (*for all visits and according to the time of the day*)
- Continuity of location (*over 1 and 3 years*)
- Relational continuity (*over 1 and 3 years*)
- Retinal examination in persons with diabetes
- Polypharmacy in people aged 65 years and older
- Prescription for a benzodiazepine in people aged 65 and over

In addition to the quality indicators, a set of descriptive indicators will enable the teams to examine their clientele's characteristics.

Discussion

The *Repères GMF* project is shifting away from a perspective aimed at assessing the quality of professional practice to an organizational perspective aimed at continuous improvement in the quality of care and services based on patient needs. With a view to offering care and services tailored to the needs of the FMGs' clientele, the selected indicators will be produced according to clientele segments with similar health needs. In this regard, it must be recognized that an FMG's clientele is not homogeneous and that the manner in which services are organized and quality indicators are defined should be based on the needs of the different patient groups.

The prioritized indicators will be presented in the form of individualized feedback to each FMG team as part of a pilot project involving a small number of FMGs. This new knowledge can then be used locally by FMGs by integrating it into their practice facilitation and continuous quality improvement activities.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AIPSQ	Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec
CESSSS	Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CMFC	Collège des médecins de famille du Canada
CMQ	Collège des médecins du Québec
CoMPAS+	Collectif pour les meilleures pratiques et l'amélioration des soins et services
CQMF	Collège québécois des médecins de famille
CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
FMQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
GMF-GRL	Fichier d'inscription auprès des médecins de famille
GMF-A	Groupe de médecine de famille - Accès
GMF-R	Groupe de médecine de famille - Réseau
GMF-U	Groupe de médecine de famille - Universitaire
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
I-CLSC	Intégration – centres locaux de services communautaires
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IOM	Institute of Medicine
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
IUPLSSS	Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NHS	National Health Service
OIIQ	Ordre des infirmiers et infirmières du Québec
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OPQ	Ordre des pharmaciens du Québec
OTSTCFQ	Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RCIP	Réseau canadien d'information pour les cliniques de première ligne
RCSSSP	Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins de première ligne
RLS	Réseau local de services de santé et de services sociaux

INTRODUCTION

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le secteur des soins et services de première ligne a pour objectif « de fournir des soins aux personnes dans leur globalité, en fonction des besoins de santé tout au long de leur vie, et non pas simplement de traiter certaines maladies données. Les soins de santé primaires garantissent que les personnes reçoivent des soins complets, depuis la promotion et la prévention jusqu'au traitement, à la réadaptation et aux soins palliatifs, au plus près possible de leur environnement quotidien » [OMS, 2021].

Les priorités québécoises pour les soins et services de première ligne

Le Plan stratégique 2019-2023, du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) [2019], présente certaines grandes orientations et actions relativement aux services de première ligne et au continuum de soins pour le Québec.

L'accessibilité en temps opportun y est notamment mise de l'avant. La cible visée par le MSSS est que près de 6 millions de Québécois soient inscrits auprès d'un médecin de famille pratiquant en groupe de médecine de famille (GMF) en 2023, et que 85 % des personnes puissent consulter un professionnel de la santé dans un délai de 36 heures. L'accent est aussi mis sur la complémentarité et l'optimisation des compétences de chaque professionnel. Il en découle que la qualité des soins et des services ne dépend pas d'un seul professionnel, mais du travail concerté de toute l'équipe. Le déploiement de continuums d'interventions coordonnées, notamment par la coordination entre les GMF, les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) ou centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) ainsi que les organismes communautaires, est une autre priorité reconnue. Par ailleurs, l'accès à des services de première ligne de qualité agit comme facteur d'équité en santé. Le Plan stratégique du MSSS [2019] met aussi de l'avant l'action sur les déterminants sociaux de la santé. L'accès des populations vulnérables à des services de première ligne adaptés à leurs besoins est un enjeu prioritaire.

Les groupes de médecine de famille

Créés en 2002, à la suite des recommandations de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (CESSSS) [2000] (Commission Clair), les GMF sont une des pierres angulaires de l'organisation des soins et des services de première ligne au Québec.

Un GMF constitue un regroupement de médecins qui travaillent avec d'autres professionnels de la santé dans un environnement qui favorise le travail d'équipe, la collaboration interprofessionnelle, la responsabilité populationnelle ainsi que le développement de liens de confiance et de collaboration étroits entre patients et cliniciens, et ce, afin d'offrir des soins et des services de santé de première ligne accessibles, continus et de qualité [MSSS, 2017].

La majorité des GMF sont des GMF classiques, mais certaines missions spécifiques ont émergé avec le temps, soit la mission d'accès populationnel (GMF-Réseau ou GMF-R et GMF-Accès ou GMF-A) et la mission universitaire (GMF-Universitaire ou GMF-U). Plusieurs changements cliniques et organisationnels ont été implantés depuis 2015 dans les groupes de médecine de famille. L'intégration de professionnels additionnels, notamment les travailleurs sociaux, les infirmières praticiennes spécialisées et les pharmaciens, consolide la capacité des GMF à offrir une réponse globale aux besoins. En 2017, dans le contexte de la révision du cadre de gestion des GMF-U, le MSSS a déposé un cadre de référence [Tremblay *et al.*, 2017] visant à appuyer les activités d'amélioration continue de la qualité dans ces milieux et créé un poste d'agent d'amélioration continue de la qualité à intégrer dans chacun d'eux.

Le projet Repères GMF

L'un des objectifs spécifiques du plan triennal d'activités de l'INESSS est de mieux outiller les services de proximité intégrés pour favoriser l'amélioration continue de leurs pratiques [INESSS, 2021a]. Une initiative de l'INESSS est centrée sur les 365 GMF du Québec, qui ont comme mission d'assurer à la population un accès en temps opportun à des soins et services de première ligne de qualité. En date du 30 mars 2020, plus de 65 % de la population était inscrite auprès d'un GMF, soit près de 5,4 millions d'individus. Malgré le rôle important qu'ils jouent dans le système de santé et de services sociaux au Québec, les GMF disposent de peu de moyens et d'outils pour évaluer leurs pratiques et leurs clientèles et pour implanter des activités d'amélioration continue de la qualité des pratiques cliniques et organisationnelles. Les défis des GMF incluent notamment la capacité de production d'information sous forme d'indicateurs de qualité et la structuration d'activités de pratique réflexive et d'amélioration continue de la qualité.

Par sa mission et son accès à plusieurs banques de données clinico-administratives dans le cadre d'une entente tripartite avec le MSSS et la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), l'INESSS est dans une position unique pour appuyer les GMF dans leurs initiatives d'amélioration continue de la qualité, en produisant des informations complémentaires à celles existant dans les GMF.

C'est dans ce contexte que l'Institut a amorcé le projet intitulé Repères GMF, dont le principal objectif est d'élaborer un ensemble d'indicateurs de la qualité des soins et services de première ligne mesurables à partir des banques de données clinico-administratives auxquelles il a accès. Ces nouvelles connaissances pourront ainsi être reprises localement pour les intégrer aux activités de facilitation de la pratique et d'amélioration continue de la qualité dans les GMF.

Afin d'orienter les travaux du projet Repères GMF, une trentaine d'entrevues ont été menées en 2019 par l'équipe projet auprès d'informateurs clés de la première ligne. Les personnes consultées ont notamment souligné l'importance de faire des analyses selon différents types de clientèle définis selon leur degré de complexité et de vulnérabilité,

puisque les objectifs à atteindre ne sont pas les mêmes pour tous. Par exemple, un manque de continuité des services a plus d'impact pour une personne aux prises avec des problèmes complexes de santé que pour une personne en santé consultant pour des problèmes épisodiques. Cette préoccupation d'équité dans les soins et d'adaptation des services selon la complexité des clientèles semble commune à l'ensemble des professionnels interrogés. Les entrevues ont aussi permis de faire émerger certains défis, soit de produire des indicateurs considérés pertinents par l'ensemble des professionnels des GMF et de sortir d'une logique d'évaluation de la qualité de la pratique professionnelle en faveur d'une logique organisationnelle d'amélioration continue de la qualité.

Le présent rapport vise à repérer et prioriser un ensemble d'indicateurs de la qualité des soins et services de première ligne accordant de l'importance au travail d'équipe en GMF et mesurables à partir des banques de données clinico-administratives. La proposition finale d'indicateurs prendra en compte les besoins des futurs utilisateurs et les contraintes imposées par la structure des systèmes d'information disponibles.

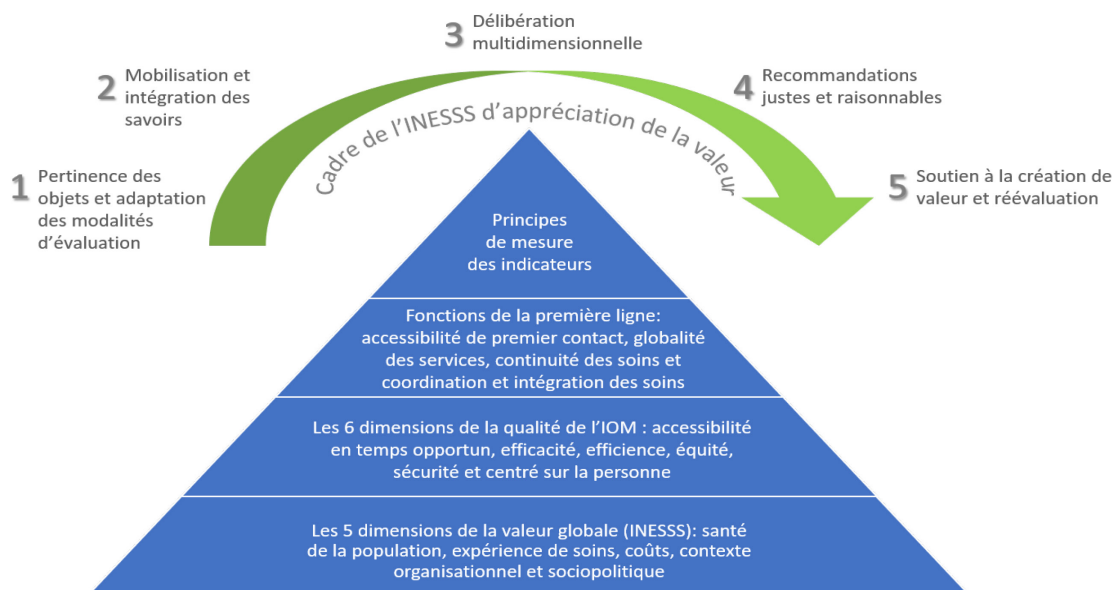
Une publication distincte [INESSS, 2022] décrit, d'une part, certaines caractéristiques cliniques de la clientèle inscrite auprès d'un GMF pour proposer une segmentation des clientèles selon leurs besoins de services et, d'autre part, certaines caractéristiques organisationnelles des GMF pour mieux comprendre l'impact potentiel de leur variabilité sur la mesure de la qualité des soins et services de première ligne.

ASSISES CONCEPTUELLES

Cette section présente une vision d'ensemble des liens entre les différents cadres qui ont été pris en compte pour ce projet. En effet, aucun cadre d'analyse à lui seul ne permettait de bien ancrer le projet pour assurer qu'il atteigne son but ultime, qui est de contribuer à la création de valeur dans les soins et services de première ligne pour la population québécoise.

La [figure 1](#) illustre le cadre théorique du projet Repères GMF. Trois cadres ont été considérés, soit le cadre d'appréciation de la valeur des interventions en santé et en services sociaux [INESSS, 2021b], comme assise du projet, le cadre de la qualité des soins proposé par l'Institute of Medicine [IOM, 2001], qui a marqué un virage dans la conceptualisation des soins et services de qualité et, enfin, un cadre définissant les fonctions de la première ligne [Starfield *et al.*, 2005]. Les caractéristiques d'un bon indicateur s'ajoutent à ces trois cadres pour guider la sélection des indicateurs.

Figure 1 Cadre d'analyse du projet Repères GMF illustrant les liens entre les différents cadres retenus



Il convient de définir la terminologie associée à ces différents cadres, qui servira de référence pour le projet.

Cadre d'appréciation globale de la valeur des interventions en santé et en services sociaux de l'INESSS

Ce cadre [INESSS, 2021b] propose une approche permettant d'évaluer la diversité des interventions qui font l'objet d'évaluation, afin d'élaborer des recommandations « justes et raisonnables visant la création de valeur pour la société québécoise ». Selon ce cadre, une intervention apporte de la valeur si son usage ou sa mise en place contribue aux

objectifs du système de santé et de services sociaux québécois. Les dimensions de la valeur globale, reprises par l'INESSS, sont la triple finalité des systèmes de santé : l'amélioration de l'expérience de soins, l'amélioration de la santé des populations et la réduction ou l'optimisation des coûts [Berwick *et al.*, 2008]), en considérant les contextes organisationnel et socioculturel. Ce cadre d'évaluation réunit en une vision intégrée deux approches qui se sont imposés ces dernières années pour guider la planification et l'évaluation des systèmes de santé et de services sociaux, soit le concept de création de valeur en santé proposé par Porter [2009] et le *Triple Objectif* de Berwick [2008].

Bien que le projet Repères GMF n'en soit pas un d'évaluation à des fins de recommandation, l'application de ce cadre éthique permet d'assurer la légitimité des indicateurs priorisés selon leur potentiel à contribuer à l'amélioration de la valeur globale de l'offre de soins et services de première ligne des GMF.

Cadre d'évaluation de la qualité des soins et services et arrimage avec l'appréciation globale de la valeur

En 2001, l'IOM a publié un ouvrage dans le domaine de l'évaluation de la qualité des soins et services, qui bonifie le cadre initial proposé par Donabedian [1988, 1966]. Selon ce dernier, il existe trois types d'indicateurs pour capter l'ensemble du domaine de la qualité : des indicateurs de structures (ressources matérielles et humaines), des indicateurs de processus (pratiques cliniques et organisationnelles) et des indicateurs de résultats ou d'effets. Bien que Donabedian mette l'accent sur les résultats de santé comme mesure des effets des structures et des processus mobilisés pour « produire de la qualité », il intègre dans la dimension « résultat » l'expérience de soins des usagers et les données d'utilisation des services [Donabedian, 1966]. Le projet Repères GMF n'inclut pas la mesure des indicateurs de structures de la qualité, mais vise la mesure des processus et des effets.

Le cadre de la qualité de l'Institute of Medicine (IOM) [2001], maintenant devenu la *National Academy of Medicine*, propose que l'amélioration de la qualité des systèmes de santé vise six grands objectifs qui constituent six dimensions spécifiques de la qualité des soins et services ([tableau 1](#)). La contribution de l'IOM a été d'affirmer que les processus et résultats de la qualité des soins et services ne se limitent pas à la dimension de la qualité technique des soins, c'est-à-dire à la qualité des pratiques au regard des lignes directrices de pratique clinique, dimension qui correspond à l'efficacité dans le cadre de l'IOM. L'accessibilité en temps opportun et la « centration sur la personne » – concept qui a évolué vers le partenariat avec les patients et leurs proches – sont reconnues explicitement comme des dimensions spécifiques de la qualité, au même titre que l'efficacité, l'efficience, l'équité et la sécurité. Cette conceptualisation des dimensions de la qualité s'applique à la mesure des processus et de leurs effets.

Tableau 1 Dimensions de la qualité des soins et services selon l'IOM

Dimension	Signification
Accessibilité en temps opportun	Capacité du système de fournir les soins et les services requis en temps opportun selon la condition de la personne
Centré sur la personne*	Prestation de soins et de services qui sont respectueux, qui tiennent compte des préférences, besoins et valeurs individuels des usagers et qui favorisent la décision partagée et le partenariat avec les usagers
Efficacité	Prestation de services fondés sur les connaissances scientifiques à tous ceux qui peuvent en bénéficier, tout en évitant d'offrir des services à ceux qui ne peuvent pas en bénéficier
Sécurité	Soins et services de santé sécuritaires, c'est-à-dire évitant tout préjudice et non nuisibles
Efficience	Prestation qui évite les pertes, définies comme étant le recours à des ressources sans bénéfices pour les usagers
Équité	Absence de variation dans la qualité observée des soins et services selon les caractéristiques personnelles, comme le genre, l'âge, la région géographique, l'ethnie ou le statut socio-économique

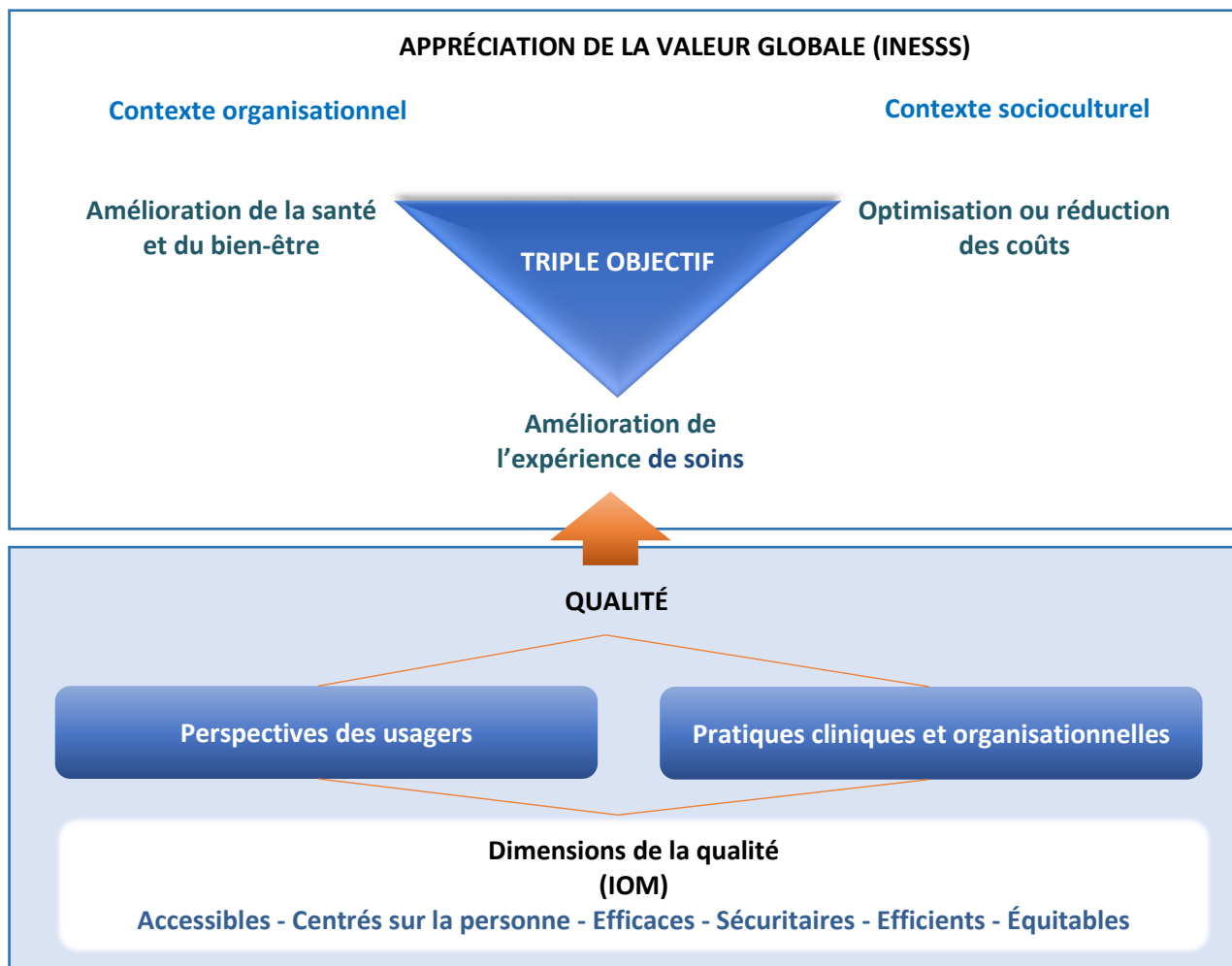
Source : traduction libre du Crossing the Quality Chasm [IOM, 2001].

* Concept qui a évolué vers le partenariat avec les patients et leurs proches.

Comment l'amélioration continue de la qualité et le cadre de l'IOM contribuent-ils à la création de valeur en santé? La démonstration de la création de valeur nécessite la mesure des résultats de santé qui comptent pour les citoyens et les usagers et leur mise en relation avec les coûts. La mesure des processus, ou pratiques cliniques et organisationnelles, et leur amélioration ne sont pas suffisantes pour créer de la valeur [Porter, 2009]. Or, l'amélioration des pratiques cliniques et organisationnelles est un précurseur de la création de valeur, puisque ce sont ces pratiques, directement actionnables par les équipes cliniques, qui contribuent à l'atteinte des résultats de santé. De plus, les résultats de santé sont rarement attribuables à une seule unité du système de santé (GMF, hôpitaux, etc.). L'amélioration continue de la qualité est donc une activité essentielle de toutes les unités de services, puisqu'elle concerne directement les actions des professionnels et des gestionnaires.

Stiefel et Nolan [2015], dans leur ouvrage sur l'élaboration d'un cadre de mesure *Triple Aim (Triple Objectif)*, considèrent que la qualité des services contribue à l'expérience de soins, une des dimensions de l'appréciation de la valeur globale. D'après ces auteurs, l'amélioration de l'expérience des usagers se mesure de deux façons, soit en évaluant les pratiques cliniques et organisationnelles selon le cadre de l'IOM, soit en examinant directement les perspectives des usagers sur ces pratiques. La [figure 2](#) illustre les points de jonction entre la qualité des soins et services et l'atteinte du *Triple Objectif* qui constitue le cœur de la démarche d'appréciation globale de la valeur de l'INESSS.

Figure 2 Points de jonction entre la qualité des soins et services, l'atteinte du *Triple Objectif* et le cadre d'appréciation de la valeur globale de l'INESSS



Cadre des fonctions de la première ligne

Comme le projet Repères GMF concerne l'amélioration de la qualité des soins et services de première ligne, l'opérationnalisation des six dimensions de la qualité doit s'ancrer dans la mission des services de première ligne. Le troisième cadre [Starfield et al., 2005] présente les quatre grandes fonctions de la première ligne : l'accessibilité de premier contact, la globalité des services, la continuité des soins ainsi que la coordination et l'intégration des soins ([tableau 2](#)).

Principes de mesure d'un indicateur

Cinq critères peuvent être utilisés pour évaluer les caractéristiques d'un bon indicateur, selon un modèle d'élaboration et d'évaluation des mesures [MacLean *et al.*, 2018] ([tableau 3](#)). Ces critères ont servi à la sélection des indicateurs dans le cadre du présent projet.

Tableau 2 Fonctions de la première ligne

Fonctions	Définitions
Accessibilité de premier contact	Facilité avec laquelle une personne obtient les services nécessaires (incluant des conseils) du professionnel de son choix dans un laps de temps approprié à l'urgence du problème
Globalité des services	Prestation, directement ou indirectement, d'une gamme étendue de services pour répondre aux besoins de santé des usagers (incluant promotion de la santé et prévention, diagnostic et traitement des problèmes courants, référence à d'autres professionnels, gestion des maladies chroniques, réadaptation, prestation de soins palliatifs et de services sociaux généraux)
Continuité des soins	Relation thérapeutique entre une personne et un ou des professionnels qui dure dans le temps, concerne différents problèmes de santé et résulte en une connaissance accumulée de la personne et la prestation de soins en adéquation avec ses besoins
Coordination et intégration des soins	Prestation de services par différents intervenants en temps opportun et de manière complémentaire, de façon que les soins soient cohérents

Source : adapté de Starfield et ses collaborateurs [2005] et de l'OMS [2021].

Tableau 3 Caractéristiques d'un bon indicateur

Critère	Signification
Importance	L'indicateur concerne une condition qui représente un fardeau important et une intervention pour laquelle il y a un écart entre la performance réelle et les meilleures pratiques.
Pertinence des soins	L'indicateur est pertinent sur le plan clinique et représente les meilleures pratiques.
Mesure fondée sur des données probantes	L'indicateur est fondé sur des données probantes qui confirment que la structure, le processus ou le résultat mesuré est associé à un état de santé souhaité.
Spécifications de la mesure	L'indicateur est mesurable, disponible (accessible à partir des banques de données clinico-administratives) et produit une information précise et valide.
Faisabilité et applicabilité	L'indicateur est facile à utiliser par la clientèle cible et doit être actionnable.

Source : adapté de MacLean et ses collaborateurs [2018].

En bref, la sélection des indicateurs de qualité sera guidée par les six dimensions de la qualité de l'IOM, les fonctions de la première ligne et les caractéristiques d'un bon indicateur. Les indicateurs de qualité seront ensuite priorisés en se basant sur le cadre de l'INESSS, selon leur capacité à mesurer des processus ou des effets qui contribuent à l'amélioration de la valeur globale de l'offre de soins et services de première ligne en GMF.

1 MÉTHODES

La marche à suivre pour constituer l'ensemble des indicateurs de qualité comprend trois étapes clés, soit 1) le repérage des indicateurs par une revue exploratoire des modèles d'évaluation de la qualité existants et par la recension des productions de l'INESSS sur les soins et services de première ligne, 2) la sélection et la priorisation de ces indicateurs, et 3) la consultation des parties prenantes.

1.1 Questions d'évaluation

En considérant la mission de l'INESSS et les initiatives en cours dans le réseau sur la qualité des soins et services de première ligne :

1. Quel serait un ensemble d'indicateurs de qualité que l'INESSS pourraient produire à partir des banques de données clinico-administratives au cours des prochaines années?

En considérant que la production d'indicateurs est un travail exigeant qui nécessite une méthodologie rigoureuse, et qu'il est judicieux d'en limiter le nombre dans le cadre d'un test pilote :

2. Quels indicateurs de qualité devraient être priorisés pour s'assurer que les premiers indicateurs qui seront produits répondent aux besoins des équipes des GMF?
3. Quelles sont les dimensions importantes de la qualité des soins et services de première ligne du point de vue des usagers?

1.2 Information issue de la littérature et des modèles existants

1.2.1 Analyse des modèles de rétroaction existants

Des sites Web ont été consultés pour trouver des modèles de rétroaction qui visent les services de première ligne. Ils sont présentés à l'annexe A. Les modèles retenus devaient être spécifiques aux services de première ligne et être en place ou en cours d'implantation au Canada ou dans un pays avec un réseau de la santé similaire.

1.2.2 Recension des productions de l'INESSS

Une recension des productions de l'INESSS entre 2015 et 2021 a été réalisée pour déterminer les thèmes qui pourraient être priorisés et les indicateurs déjà calculés ou proposés. Une recherche d'indicateurs a été effectuée parmi les produits élaborés dans le cadre de trois ateliers CoMPAS+¹ (diabète, maladie pulmonaire obstructive chronique et troubles neurocognitifs majeurs), parmi les indicateurs élaborés par le Bureau des

¹ La démarche *Collectif pour les meilleures pratiques et l'amélioration des soins et services de proximité* (CoMPAS) a pour objectif d'améliorer la prestation des soins et services basés sur des données probantes en permettant aux équipes de première ligne de réfléchir à leurs pratiques, grâce notamment à la présentation d'indicateurs et de repères de bonnes pratiques.

données clinico-administratives de l'INESSS et parmi ceux inclus dans la base de données des indicateurs sur les maladies chroniques de l'INESSS [2012]. Seuls les indicateurs mesurables à partir des banques de données clinico-administratives ont été retenus.

Les produits visant les soins surspécialisés ou intra-hospitaliers, les avis de biologie médicale, les rapports des services sociaux de deuxième ligne et les protocoles médicaux nationaux des soins courants et palliatifs ont été exclus de cette recension.

1.2.3 Revue de la littérature sur les dimensions prioritaires de la qualité des soins et services de première ligne du point de vue des usagers

Une revue exploratoire de la littérature a été effectuée. La base de données bibliographiques MEDLINE et les moteurs de recherche Google et Maestro (Université de Montréal) ont été utilisés avec les mots ou expressions suivants en anglais et en français : amélioration de la qualité, qualité des soins, patients, proches aidants, première ligne, groupe de médecine familiale et médecine générale. Ce repérage a été limité de janvier 2000 à mars 2021. Les références bibliographiques des publications retenues ont également été examinées.

1.3 Sélection des indicateurs de qualité

Une base de données d'indicateurs a été créée dans un tableau Excel et fait office de registre des décisions prises lors de la sélection des indicateurs. Les indicateurs qui peuvent être mesurer à partir des banques de données clinico-administratives auxquelles l'INESSS a accès ont été intégrés dans cette base, alors que les indicateurs mesurables par des questionnaires s'adressant aux patients n'ont pas été retenus.

Les indicateurs repérés ont été classés en deux catégories :

1. les indicateurs de qualité, c'est-à-dire des mesures mises en contexte relativement à une norme, permettant de porter un jugement sur la création de valeur du processus ou du résultat observé;
2. les indicateurs « descriptifs », soit ceux qui présentent de l'information sur certaines caractéristiques sociodémographiques et cliniques de la population cible, ainsi que des indicateurs d'utilisation des services et de coûts. Dans le cadre de ce projet, l'outil *Grouper* de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) est utilisé pour analyser le profil clinique des usagers inscrits auprès d'un GMF. Les indicateurs de prévalence issus d'autres sources que le *Grouper* ont été exclus.

Des décisions ont été prises pour définir certaines dimensions et pour l'appariement des indicateurs à certaines sous-dimensions de la qualité de l'IOM.

- Soins centrés sur la personne/partenariat. Nous avons défini les sous-dimensions suivantes : continuité spatiale (de lieu), continuité relationnelle, coordination et intégration ainsi que globalité. Les autres sous-dimensions proposées par l'IOM (décision partagée en partenariat avec les usagers, respect des valeurs et

préférences, communication, confort physique, soutien émotionnel, implication des amis et de la famille) n'ont pas été considérées pour ce projet, puisqu'elles se mesurent par des questionnaires.

- Sécurité et efficience. Comme il existe des chevauchements entre ces dimensions, il a été décidé de considérer des interventions non recommandées pouvant causer un préjudice (par ex. : la prescription de médicaments non recommandés à des personnes âgées) comme des indicateurs de sécurité et la prescription de tests jugés inutiles mais non dangereux (par ex. : l'imagerie par résonance magnétique pour la lombalgie non compliquée) comme des indicateurs d'efficience.
- Globalité. Ce concept est difficilement mesurable et englobe plusieurs éléments, dont la nature plus ou moins complète de l'offre de services. Nous avons considéré comme un indicateur de la globalité des services du GMF le lien avec le centre local de services communautaires (CLSC) pour des clientèles plus vulnérables, l'exposition aux différents professionnels des GMF et l'accès à des visites virtuelles.

Chaque indicateur a été évalué selon les « critères de validité d'un indicateur » [McLean *et al.*, 2018] à partir des définitions qu'on retrouve au tableau 3. Aux fins de cette analyse, l'équipe projet s'est basée sur les publications repérées pour les critères relatifs à l'importance et aux données probantes, ainsi que sur les consultations réalisées auprès des parties prenantes pour les critères de pertinence, de mesurabilité et d'applicabilité. Pour chaque indicateur, une hiérarchie dans l'évaluation a été appliquée en débutant par le critère de l'importance et en terminant par celui de l'applicabilité.

Plusieurs consultations ont eu lieu lors de la sélection des indicateurs. Certaines directions de l'INESSS ont notamment été invitées à en proposer de nouveaux, alors que le Bureau des données clinico-administratives s'est prononcé sur la faisabilité de mesurer les indicateurs. Les membres du comité consultatif ont quant à eux été consultés sur le processus de sélection dans son ensemble, y compris la validation des indicateurs exclus.

Parmi l'ensemble d'indicateurs sélectionnés, seuls ceux qui sont mesurables dans un délai de 3 à 6 mois par l'INESSS ont été considérés pour l'exercice de priorisation, dans le but de les produire dans le cadre d'un test pilote.

1.4 Priorisation des indicateurs de qualité sélectionnés

Une fiche a été produite pour chaque indicateur de qualité retenu pour l'exercice de priorisation. En plus de certains renseignements techniques, comme la dimension et la sous-dimension de la qualité mesurées et la référence aux organisations qui utilisent l'indicateur, des données probantes – contextuelles et expérientielles – y sont présentées.

Une grille multidimensionnelle a été créée à partir de chaque fiche d'indicateur de qualité. Une synthèse des données et des enjeux éthiques y est présentée selon les cinq dimensions de la valeur globale. Cette grille s'inspire du cadre de l'INESSS

d'appréciation de la valeur des interventions en santé et en services sociaux (voir section « Assises théoriques et conceptuelles »).

Cet exercice a eu lieu lors de la rencontre du comité consultatif du 12 octobre 2021. Les membres du comité ont apprécié la capacité des indicateurs de qualité à mesurer des processus ou des effets qui contribuent à l'amélioration de la valeur globale, c'est-à-dire à l'amélioration de l'une ou plusieurs de ces cinq dimensions. Des exemples d'aspects à considérer lors de l'appréciation de chaque dimension sont présentés au [tableau 4](#).

Les indicateurs retenus pour le test pilote sont ceux au sujet desquels la majorité (> 50 %) des membres jugent plausible que leur utilisation permette de contribuer à l'amélioration de la valeur globale de l'offre de soins et services de première ligne en GMF.

Tableau 4 Aspects à considérer lors de l'appréciation des indicateurs de qualité selon les cinq dimensions de la valeur globale du cadre de l'INESSS

Dimension	Exemples d'aspects à considérer
Clinique	Effets cliniques, innocuité, qualité de vie perçue par l'utilisateur, le patient et le proche aidant, acceptabilité, décision partagée et enjeux éthiques
Populationnelle	Fréquence et gravité de la condition, impact des interventions sur la morbidité et la mortalité, ampleur des besoins non comblés, accessibilité (p.ex. : à travers les différentes régions et couches sociales), autres caractéristiques pertinentes relativement à l'équité et aux enjeux éthiques
Économique	Effets sur l'utilisation d'autres services, coûts pour l'utilisateur, la société et l'environnement et enjeux éthiques
Organisationnelle	Effets sur l'organisation des ressources, modalités de suivi, processus de décision partagée, temps d'attente, adéquation de l'intervention avec le mandat du système de santé et de services sociaux et les lois applicables et enjeux éthiques
Sociopolitique	Aspects historiques, culturels et sociaux, barrières et enjeux éthiques

Les membres du comité consultatif ont donc émis un jugement selon lequel il est plausible, peu plausible ou incertain que l'utilisation de l'indicateur permette de contribuer à l'amélioration de la valeur globale de l'offre de soins et services de première ligne des GMF au Québec.

1.5 Consultation des parties prenantes

1.5.1 Entrevues avec les informateurs clés

À la phase de cadrage du projet, une trentaine d'entrevues ont eu lieu auprès de partenaires stratégiques de la première ligne. Ils ont notamment été invités à se prononcer sur leurs connaissances et expériences en termes de pratique réflexive, sur la composition d'un bon modèle de mesure des pratiques organisationnelles et cliniques

en GMF, sur les besoins des professionnels des GMF ainsi que sur les conditions de succès et les barrières potentiels dans l'élaboration d'un tel modèle d'évaluation de la qualité (annexe B). Les principaux constats tirés de ces entrevues sont présentés dans l'introduction et la discussion du rapport.

1.5.2 Groupe de discussion avec des usagers

Des travaux exploratoires ont été menés sous la forme d'un groupe de discussion avec les deux patients de l'équipe projet et les deux usagères du comité de suivi. L'objectif de cette rencontre était de recueillir leur perspective sur les dimensions prioritaires de la qualité des soins et services de première ligne.

1.5.3 Comité consultatif

Le comité consultatif a pour mandat d'accompagner l'ensemble des travaux de l'INESSS au regard du projet Repères GMF, afin d'assurer la qualité scientifique, la pertinence et l'acceptabilité professionnelle et sociale du produit livré, et ce, en fournissant des informations, de l'expertise, des opinions ou des perspectives essentielles.

Le comité est formé de membres indépendants reconnus pour leur expertise dans le domaine des soins et services de première ligne. Ceux-ci ont été sélectionnés avec un objectif de diversité de genre, de profession et de localisation géographique. Ce sont des personnes qui détiennent des connaissances scientifiques et une expérience clinique pertinente. Cette mixité d'experts et la présence de patients partenaires, qui ont l'expérience d'être suivis en GMF, permettent de couvrir des enjeux plus larges que ceux strictement de santé, pour englober les enjeux psychosociaux. Les noms et affiliations des membres sont précisés dans les pages liminaires du présent rapport.

La première rencontre du comité a eu lieu le 30 mars 2021 et la seconde, le 2 juin 2021. Des réunions en petits groupes ont aussi été tenues entre les deux premières rencontres. Une troisième rencontre, dont l'objectif était de prioriser les indicateurs, a eu lieu le 12 octobre 2021.

1.5.4 Comité de suivi

Le rôle de ce comité consiste à :

- informer l'équipe projet des travaux en cours dans leur milieu ou dans le réseau devant être pris en considération dans l'élaboration et la mise en œuvre du projet;
- éclairer l'équipe projet dans son évaluation des besoins des équipes GMF et des moyens proposés pour y répondre;
- faire état des contraintes et possibilités liées à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet;
- faciliter le recrutement de membres ou d'organisations pouvant contribuer activement au projet.

Le comité de suivi est composé en majorité de représentants de groupes professionnels, en l'occurrence l'Association des infirmières praticiennes spécialisées du Québec (AIPSQ), le Collège des médecins du Québec (CMQ), le Collège québécois des médecins de famille (CQMF), la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), l'Ordre des pharmaciens du Québec (OPQ) et l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ), ainsi que de cadres du réseau de la santé et des services sociaux, de médecins de famille et d'usagers des GMF. Les noms et affiliations de ces membres sont précisés dans les pages liminaires du présent rapport.

Une première rencontre du comité a eu lieu le 18 décembre 2019 et une seconde, le 1^{er} décembre 2021.

1.5.5 Respect de la confidentialité et du code d'éthique

Toute information de nature personnelle ou médicale fournie par les parties prenantes consultées a été anonymisée pour protéger leur identité. Les membres de l'équipe projet ainsi que toutes les parties prenantes consultées ont également été tenus de respecter le devoir de réserve, de confidentialité, d'intégrité et de respect dicté par l'INESSS. Chaque membre de l'INESSS et les collaborateurs qui ont participé aux travaux ont pris connaissance du code d'éthique et se sont engagés à le respecter.

1.5.6 Prévention, déclaration et gestion des conflits d'intérêts et de rôles

Toutes les personnes qui ont collaboré à ce projet ont déclaré les intérêts personnels qui pouvaient les placer dans une situation propice au développement de conflits d'intérêts, qu'ils fussent commerciaux, financiers, relatifs à la carrière, relationnels ou autres. Elles ont également mentionné les différentes activités professionnelles ou les rôles qui pouvaient les placer dans une situation propice au développement de conflits de rôles. Leur déclaration a été faite au moyen du formulaire standardisé propre à l'INESSS. Les déclarations remplies ont fait l'objet d'une évaluation par l'Institut, laquelle a permis de déterminer les modalités de gestion à appliquer selon les situations.

1.5.7 Mise à jour

La pertinence de mettre à jour ces travaux sera évaluée dans 4 ans à partir de la date de publication, soit en 2026, selon l'avancement des données scientifiques et l'évolution des pratiques cliniques, l'inscription ou le retrait de médicaments aux listes de la RAMQ et les besoins du réseau de la santé et des services sociaux. Le cas échéant, une revue exploratoire de la littérature scientifique et des modèles existants dans d'autres provinces et pays pourrait être effectuée pour repérer de nouveaux indicateurs de qualité en première ligne. Au besoin, les parties prenantes ayant accompagné les travaux, ainsi que d'autres utilisateurs du réseau, pourraient être consultés pour vérifier s'ils jugent pertinent d'effectuer une mise à jour des documents.

2 RÉSULTATS

Cette section présente d'abord les résultats de la revue exploratoire de la littérature et de la consultation d'usagers sur les dimensions prioritaires de la qualité des soins et services de première ligne. Les résultats du processus de repérage, de sélection et de priorisation des indicateurs de la qualité des soins et services de première ligne sont ensuite présentés.

2.1 Perspectives des usagers des soins et services de première ligne

La stratégie de repérage de publications a permis de trouver 26 articles scientifiques pertinents, publiés entre 1983 et 2021 (annexe C). Six études ont été réalisées au Canada ([Kiran *et al.*, 2020; Mulder et Sunderji, 2019; Vachon *et al.*, 2017; Beaulieu *et al.*, 2015; Boivin *et al.*, 2014; Wong et Regan, 2009]), dont trois au Québec ([Vachon *et al.*, 2017; Beaulieu *et al.*, 2015; Boivin *et al.*, 2014]). À part une revue systématique [Wensing *et al.*, 1998] et d'une étude de portée [Morgan *et al.*, 2020], les devis de recherche étaient principalement qualitatifs (par ex. : devis d'enquête ou mixte).

La majorité des études portaient sur les priorités relativement aux services généraux prodigués par les médecins de famille ou par l'ensemble des professionnels dans les milieux cliniques de première ligne. Certaines ont ciblé des problématiques précises : les priorités touchant aux services donnés par des pharmaciens [Karampatakis *et al.*, 2021]; la transition des soins entre l'hôpital et le milieu clinique de première ligne [Kiran *et al.*, 2020; Suner Soler *et al.*, 2010]; la transition entre les services de première ligne et les services spécialisés [Berendsen *et al.*, 2009]; les soins de fin de vie [Abu Al Hamayel *et al.*, 2018] et les priorités des clientèles itinérantes [Steward *et al.*, 2016].

Les attributs des soins et services de première ligne mentionnés comme importants par les usagers dans la littérature concordaient avec les dimensions du cadre de l'IOM [2001]. L'accessibilité en temps opportun, la coordination des soins et la continuité relationnelle avec le médecin de famille et les autres professionnels de l'équipe ressortent comme des dimensions prioritaires.

- Le groupe de discussion avec les usagers a corroboré les résultats de la littérature. En effet, les usagers consultés ont considéré l'accessibilité comme un élément essentiel de la qualité des soins et services de première ligne. Pour certains, elle est indispensable puisqu'elle permet d'amorcer les processus de soins en première ligne.
- Les usagers ont aussi souligné que le temps passé avec les médecins, la continuité des soins (relationnelle et de lieu) et l'engagement des médecins envers eux (se sentir en confiance; tisser « un partenariat » avec son médecin) sont des éléments importants. Ils considèrent, entre autres, que la continuité relationnelle leur évite de devoir répéter les informations sur leur état de santé à chaque nouveau professionnel.

- Par ailleurs, les usagers ont indiqué que la coordination interprofessionnelle peut améliorer leur suivi pendant les périodes de transition et aider à éviter de longs temps d'attente pour voir un médecin spécialiste. La disponibilité d'une infirmière clinicienne et le rôle des pharmaciens ont été jugés comme des priorités pouvant contribuer à l'amélioration de la qualité des soins de première ligne au Québec, entre autres en permettant d'accéder à des services plus rapidement et en libérant du temps que le médecin pourra utiliser pour des consultations plus longues, lorsque cela est nécessaire.

Dans les études repérées dans la littérature, la qualité technique des soins, désignée parfois comme la compétence, la précision ou l'efficacité (les bons médicaments, les bons tests de laboratoire), était aussi une composante de la qualité des soins et services priorisée par les usagers.

D'autres composantes, qui n'ont pas été retenues pour le projet Repères GMF, puisqu'elles sont difficilement mesurables par des indicateurs produits à partir des banques de données clinico-administratives, ont également été mentionnées dans les études repérées : l'aide à l'autonomie, le temps de consultation, le respect et l'empathie, la confiance envers le prestataire de soins primaires et la décision partagée (dimension : centration sur la personne/partenariat) ainsi que l'interdisciplinarité (sous-dimension : globalité), la communication (dimension : accessibilité) et le fait d'avoir un registre des usagers (dimension plus organisationnelle).

- Les usagers consultés lors du groupe de discussion ont aussi soulevé l'importance de la communication. Ils ont toutefois noté que peu d'informations sont transmises à la population sur les différents services offerts en GMF et sur la façon « d'interagir » avec le système de santé. De plus, le partage d'informations entre les professionnels et les usagers et entre les professionnels eux-mêmes, que ce soit de façon verbale ou par voie électronique, est vu comme un élément important puisque cela permet, entre autres, de gagner du temps.
- Lorsqu'ils ont été questionnés sur d'autres dimensions de la qualité, les usagers ont souligné qu'il était important que la sécurité et l'équité soient dans les priorités des soins et services de première ligne. Ils ont également indiqué que les médecins doivent prendre en considération les savoirs expérientiels des usagers.

Enfin, les études repérées dans la littérature ayant exploré à la fois les perspectives des usagers et celles des professionnels s'accordent sur l'essentiel des dimensions de la qualité, tout en montrant certaines divergences : les professionnels valorisent fréquemment les dimensions plus techniques de la qualité, comme l'efficacité et l'efficience, alors que les usagers mettent l'accent sur l'accessibilité, la continuité des soins et des services, la qualité de la communication et la prise de décision partagée [Hsu *et al.*, 2019; Beaulieu *et al.*, 2015; Boivin *et al.*, 2014; Papp *et al.*, 2014; Boivin *et al.*, 2011; Guthrie et Wyke, 2006; Wensing *et al.*, 1996].

2.2 Repérage des indicateurs de qualité

2.2.1 Analyse des modèles de rétroaction existants

Neuf modèles de rétroaction sur la qualité qui visent les services de première ligne ont été repérés dans la littérature. Ils ont été analysés selon certains critères, dont leur niveau de rétroaction, les publics cibles, leurs finalités et les cadres conceptuels utilisés pour leur élaboration (annexe D).

Au Canada, parmi les modèles implantés et actuellement opérationnels, ceux élaborés en Ontario, en Alberta et au Manitoba ainsi que ceux de l'ICIS et du Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires (RCSSSP) ont été retenus. Sur la scène internationale, ce sont les modèles du Royaume-Uni et de la Suède qui ont été sélectionnés. En ce qui concerne les modèles à l'étape de projet pilote, celui du Réseau canadien d'information pour les cliniques de première ligne (RCIP) et le coffre à outils d'indicateurs de première ligne – conçu par les 12 équipes en soins de santé communautaires de première ligne des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) – ont aussi été considérés, ceux-ci étant à des stades de prototypage suffisamment avancés.

Quelques constats ressortent de cette analyse.

- Bien que la plupart d'entre eux aient comme but l'amélioration continue des pratiques ou de la qualité, il existe une grande variabilité dans les modèles.
- Ils s'adressent en général aux cliniciens, sont accessibles sur une base volontaire, et ce, principalement par une rétroaction annuelle (seuls quelques modèles sont en temps réel).
- Certains comportent un nombre important d'indicateurs (par ex.: le *Quality and Outcomes Framework* du National Health System (NHS) au Royaume-Uni), alors que la plupart en ont une trentaine.
- Tous ajoutent des indicateurs descriptifs comme éléments contextuels.
- La moitié des modèles intègrent à leur plateforme des éléments visuels pour favoriser une bonne interprétation des résultats et des comparaisons. La plupart sont disponibles sur une plateforme numérique.
- Seuls quelques modèles offrent des activités (ateliers, possibilité de parler à un responsable du modèle) ou des outils (capsules web) d'appropriation des résultats (par ex. : en Alberta).
- Aucun modèle ne couvre l'ensemble des six dimensions de la qualité de l'IOM.

En ce qui concerne les modèles qui ont accès aux données issues des dossiers médicaux électroniques, l'efficacité est la dimension la plus mesurée, incluant l'atteinte des cibles de traitement. Les hospitalisations et visites à l'urgence évitables sont les mesures d'efficience les plus fréquentes. Des indicateurs de santé populationnelle, de sécurité et d'efficience ne sont généralement pas produits par les modèles repérés.

Enfin, peu de pays ou provinces disposent d'indicateurs de qualité selon des facteurs d'équité. La Suède produit un indicateur de continuité relationnelle selon la lourdeur clinique de sa population, alors que l'Angleterre présente la fréquence du test Pap selon la présence, ou non, de troubles mentaux graves chez les usagers des milieux de première ligne. L'Ontario et l'Alberta associent certaines caractéristiques sociodémographiques à leurs clientèles, mais ils ne ventilent pas la distribution des indicateurs de qualité selon des facteurs d'équité.

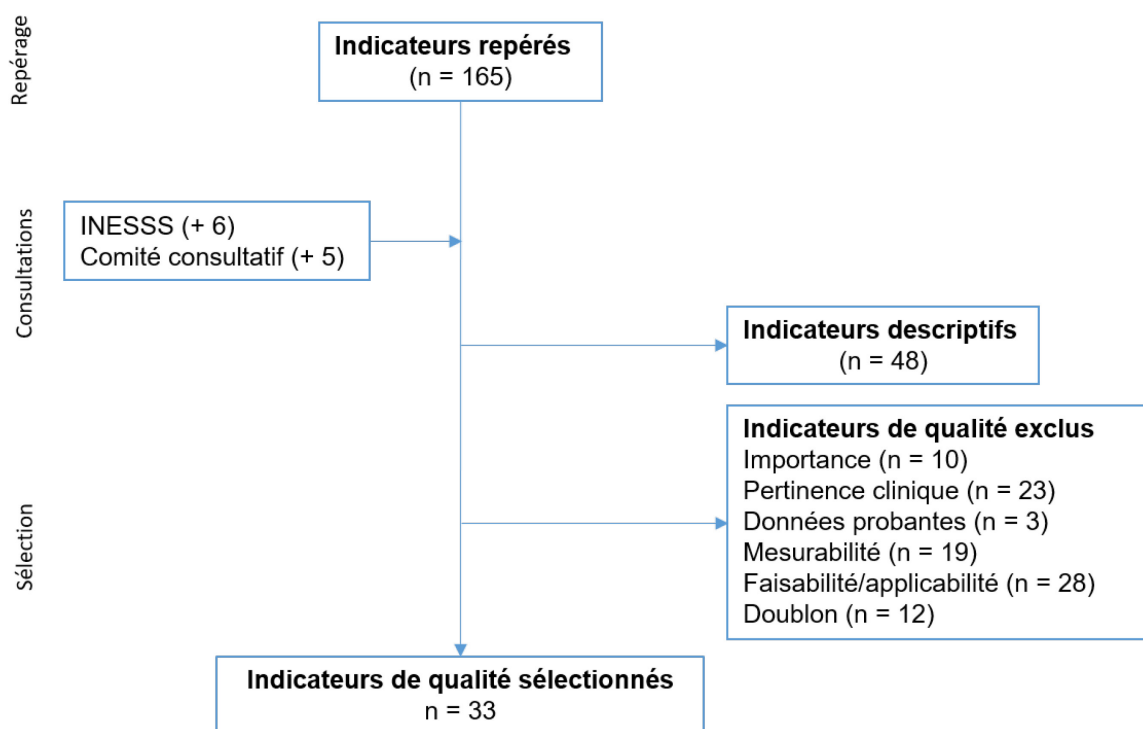
2.2.2 Recension des productions de l'INESSS

Les 148 produits répertoriés ont été organisés en plusieurs thèmes définies selon des problèmes de santé spécifiques ou selon des problématiques de soins et services de première ligne, comme la prévention, le dépistage, l'usage optimal de médication et d'imagerie et l'organisation des services. Plusieurs de ces thèmes ont aussi été retenus dans d'autres provinces ou pays comme sources d'indicateurs de la qualité des soins et services de première ligne, incluant la prescription d'inhibiteurs de la pompe à protons ou d'antipsychotiques de deuxième génération chez les personnes âgées, d'opiacés, de statines en prévention primaire et secondaire, la polymédication et l'imagerie pour les problèmes musculosquelettiques.

2.3 Sélection des indicateurs de qualité

La [figure 3](#) illustre le processus de sélection des indicateurs de qualité. Parmi les 165 indicateurs repérés à partir des diverses sources d'information consultées, 117 étaient des indicateurs de qualité et 48 des indicateurs descriptifs. Lors des consultations, 6 indicateurs de qualité additionnels ont été proposés par les équipes professionnelles de l'INESSS et 5, par les membres du comité consultatif. Au total, 95 indicateurs de qualité ont été exclus. L'[annexe E](#) présente les critères d'exclusion et l'argumentaire associé à cette élimination.

Figure 3 Processus de sélection des indicateurs de qualité



La première étape de sélection a ainsi permis de proposer un ensemble de 33 indicateurs de qualité. Cette sélection initiale tient compte des suggestions des membres du comité consultatif, notamment :

- Les indicateurs tenant compte du travail d'équipe devaient être favorisés. Ainsi, les indicateurs trop spécifiques liés aux maladies chroniques devaient être exclus (par ex. : un traitement particulier pour une maladie donnée), puisqu'ils visent un nombre relativement petit de personnes;
- L'intégration de la dimension de l'équité au modèle permettra de mobiliser les équipes autour de questions liées aux déterminants de la santé et, ainsi, de susciter une réflexion sur la dimension sociale des interventions. Ils ont indiqué que certains indicateurs, soit ceux d'accessibilité en temps opportun, d'efficacité, d'efficience et de centration sur la personne/partenaire, devraient être analysés à travers « la lunette » de l'équité.

Deux approches sont envisagées à titre de modalités d'intégration de l'équité comme dimension de la qualité dans le projet Repères GMF. En plus de ces indicateurs prenant l'équité en considération (approche clientèle), une approche populationnelle sera utilisée :

- les membres du comité consultatif ont validé ces approches. Ils ont d'ailleurs insisté sur la nécessité d'intégrer l'approche populationnelle, d'une part en présentant certaines données sociodémographiques associées à des enjeux d'équité pour la clientèle inscrite auprès d'un GMF et pour la clientèle orpheline

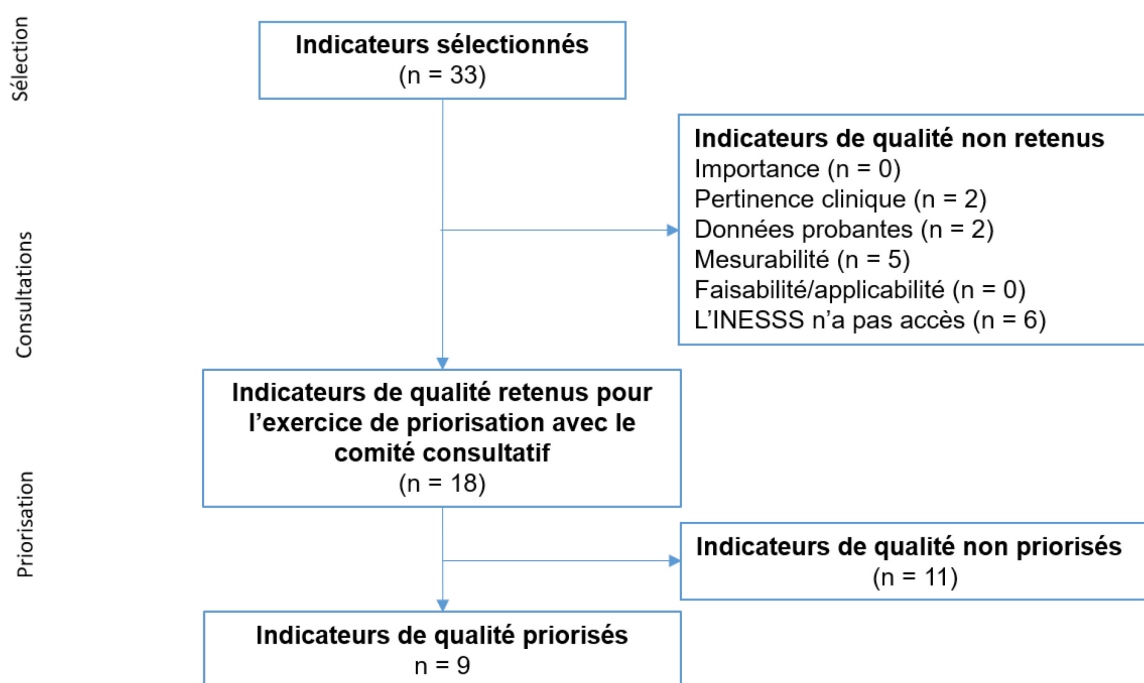
du réseau local de services de santé et de services sociaux (RLS), d'autre part en présentant des indicateurs qui tiennent compte de l'équité pour la clientèle inscrite auprès d'un GMF et pour la population du RLS.

2.4 Priorisation des indicateurs de qualité

L'équipe du Bureau des données clinico-administratives de l'INESSS a été consultée pour déterminer le niveau de complexité du travail nécessaire pour produire les 33 indicateurs de qualité sélectionnés. En considérant que la production d'indicateurs est un travail exigeant qui nécessite une méthodologie rigoureuse et qu'il est judicieux d'en limiter le nombre dans le cadre d'un test pilote, seuls les indicateurs de qualité mesurables par l'INESSS dans un délai de 3 à 6 mois ont été retenus pour l'exercice de priorisation avec le comité consultatif.

La [figure 4](#) illustre le processus de priorisation. Ainsi, parmi les 33 indicateurs de qualité sélectionnés, 18 ont été considérés. Les 15 autres nécessitent des développements majeurs, ou encore les données ne sont pas actuellement accessibles à l'INESSS. L'[annexe F](#) présente l'argumentaire associé aux 15 indicateurs non retenus pour cet exercice. À titre d'exemple de raison d'exclusion, un enjeu de mesurabilité a été soulevé lors de tests préliminaires par rapport aux visites faites à certains professionnels de GMF (IPS-PL, travailleur social). De même, l'INESSS n'a pas accès aux informations en lien avec certains dépistages (PAP, FIT), ni aux codes des visites en mode virtuel.

Figure 4 Processus de priorisation des indicateurs de qualité



Le [tableau 5](#) présente les 18 indicateurs de qualité retenus pour l'exercice de priorisation. L'[annexe G](#) fournit des renseignements, comme la dimension et la sous-dimension de la qualité et la référence aux organisations qui utilisent l'indicateur, ainsi que des données probantes, contextuelles et expérientielles dans des fiches techniques remplies pour chaque indicateur. Ces indicateurs portent principalement sur les dimensions de la qualité suivantes : centration sur la personne, efficacité ou sécurité. Peu d'indicateurs sont des mesures d'accessibilité en temps opportun, d'efficience ou d'équité.

Tableau 5 Indicateurs de qualité retenus pour l'exercice de priorisation

Dimension	Sous-dimension	Indicateur
Accessibilité en temps opportun	s.o.	Visites à l'urgence dont la priorité au triage est P4 ou P5, pour l'ensemble des visites
		Visites à l'urgence dont la priorité au triage est P4 ou P5, selon l'heure de la journée
Centré sur la personne*	Continuité du lieu	Continuité de lieu au GMF sur 1 an
		Continuité de lieu au GMF sur 3 ans
	Continuité relationnelle	Continuité relationnelle avec le médecin de famille sur 1 an
		Continuité relationnelle avec le médecin de famille sur 3 ans
	Coordination-Transition	Visite post-hospitalisation auprès d'un médecin ou d'une IPS-PL du GMF dans les 21 jours
	Globalité	Clientèle avec des besoins complexes connues du CLSC
Efficacité	s.o.	Mammographie de dépistage dans les deux dernières années chez les femmes admissibles
		Examen de la rétine dans les deux dernières années chez les personnes diabétiques
		Adhésion au traitement par statines (indice <i>medication possession ratio</i> (MPR) ≥ 80 %)
Sécurité	Mauvaise utilisation	Prise de 10 médicaments ou plus dans la dernière année chez les 65 ans et plus
		Prescription d'un inhibiteur de la pompe à protons (IPP) pour plus de 56 jours dans la dernière année chez les 65 ans et plus
		Prescription d'une benzodiazépine dans la dernière année chez les 65 ans et plus
		Prescription d'un antipsychotique dans la dernière année chez les 65 ans et plus
		Prescription d'une sulfonylurée dans la dernière année chez les 65 ans et plus
		Prise concomitante d'opiacé et de benzodiazépine dans les six derniers mois chez des personnes sans cancer (et non palliatifs)
Efficience	s.o.	Taux d'hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA)
Équité	s.o.	Certains indicateurs seront analysés selon des facteurs d'équité (par ex. : le sexe, les indices de vulnérabilité)

Abréviations : IPS-PL : infirmière praticienne spécialisée en première ligne; MPR : *medication possession ratio*. N.B. Les numéros entre parenthèses correspondent au numéro de l'indicateur et ne sont utiles que pour l'équipe projet.

* Concept qui a évolué vers le partenariat avec les patients et leurs proches.

Lors de l'exercice de priorisation des indicateurs, les membres du comité consultatif ont apprécié la capacité des indicateurs de qualité à mesurer des processus ou des effets qui contribuent à l'amélioration de la valeur globale de l'offre de soins et services de première ligne des GMF. Ils ont aussi soulevé divers enjeux et éléments importants à considérer lors de la production des indicateurs.

Plus de la majorité des membres du comité consultatif ont jugé que 9 des 18 indicateurs retenus pour l'exercice de priorisation contribuent à l'amélioration de la valeur globale de l'offre de soins et services de première ligne des GMF. Trois des neuf indicateurs prioritaires sont en fait des variantes d'un autre indicateur. L'annexe G présente les six indicateurs restants, en décrit l'importance et fournit les données probantes, contextuelles et expérientielles à leur appui. Certains des propos clés tenus par les membres du comité consultatif lors de l'exercice de priorisation sont énumérés ci-dessous.

1. Visites à l'urgence dont les priorités sont P4-P5 (*pour l'ensemble des visites et selon l'heure de la journée*)
 - Certains membres ont mentionné que le détail sur les heures de consultation à l'urgence est utile pour raffiner l'offre de services en GMF selon les besoins de la clientèle. Ils ont aussi validé qu'il faut inclure les patients réorientés dans l'indicateur, étant donné les pratiques variables et les systèmes de triage des urgences.
2. Continuité de lieu (*sur 1 et 3 ans*)
 - Certains membres ont souligné le fait que, bien que cet indicateur ne considère que les visites auprès de médecins de famille et d'IPS-PL, il demeure important d'avoir un point d'ancrage pour les rencontres médicales des usagers.
3. Continuité relationnelle (*sur 1 et 3 ans*)
 - Certains membres ont indiqué l'importance du lien de confiance entre les usagers et leur médecin de famille et ont exprimé un intérêt particulier pour la façon de présenter cet indicateur (mesure de dispersion, *benchmarks*, croisement avec des variables d'équité).
4. Examen de la rétine chez les personnes diabétiques
 - Certains membres ont souligné l'importance d'avoir accès à l'information sur les consultations avec d'autres professionnels, tels que les optométristes et les ophtalmologues, et le fait que cet indicateur est particulièrement d'intérêt en matière de santé autochtone.
5. Polypharmacie chez les 65 ans et plus
 - Certains membres ont indiqué que cet indicateur est pertinent pour l'équipe GMF et la déprescription de manière générale. En plus de confirmer que c'est le médicament qui est important et non la catégorie, ils ont soulevé un enjeu concernant la prise ponctuelle de certains médicaments.

6. Prescription d'une benzodiazépine chez les 65 ans et plus

- En plus du fait que la prise de ce médicament atteint des proportions élevées chez les 65 ans et plus au Québec, certains membres ont souligné que la déprescription de ces molécules est difficile et qu'il serait intéressant de la mesurer.

Les membres du comité consultatif n'ont pas priorisé les autres indicateurs pour diverses raisons, dont des difficultés d'interprétation (visite post-hospitalisation), la nécessité de développement majeur pour calculer l'indicateur (clientèle avec besoins complexes connue du CLSC), le fait qu'il n'est pas possible de prendre en compte la décision partagée dans l'élaboration de l'indicateur (mammographie), les doutes sur la pertinence des prescriptions (adhésion aux statines et prescriptions potentiellement inappropriées) et le fait que l'indicateur soit difficilement actionnable (hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires).

Il résulte de cet exercice de priorisation une liste de six principaux indicateurs, qui seront produits dans le cadre d'un test pilote.

2.5 Indicateurs descriptifs

Les indicateurs descriptifs incluent certaines caractéristiques cliniques et sociodémographiques ainsi que des indicateurs d'utilisation des services. Ils peuvent notamment susciter une réflexion sur le profil de la clientèle inscrite auprès d'un GMF par rapport à la clientèle orpheline.

Parmi les 48 indicateurs descriptifs repérés, 6 ont été sélectionnés pour le test pilote ([tableau 6](#)). Il s'agit principalement de caractéristiques sociodémographiques et d'indicateurs d'utilisation des services.

- Lorsqu'ils ont été consultés sur l'importance de l'état de santé et des déterminants de la santé du point de vue de l'équité, les membres du comité consultatif ont notamment priorisé les indices de vulnérabilité matérielle et sociale ainsi que les problèmes graves de santé mentale selon *Grouper*. Selon eux, ces indicateurs fournissent de l'information pertinente aux équipes GMF.

L'[annexe H](#) présente les raisons d'exclusion des indicateurs descriptifs non retenus.

Tableau 6 Liste des indicateurs descriptifs sélectionnés

Indicateur	Définition
Caractéristiques cliniques	
4 Segments	Proportion de personnes selon les 4 segments <i>Grouper</i>
Caractéristiques sociodémographiques	
Âge	Proportion de personnes dans chaque groupe d'âge (0-17 ans, 18-64 ans et 65 ans et plus)
Indice de vulnérabilité matérielle	Pourcentage de personnes dans chacun des quintiles de vulnérabilité matérielle
Indice de vulnérabilité sociale	Pourcentage de personnes dans chacun des quintiles de vulnérabilité sociale
Utilisation des services	
Distribution des visites à l'urgence	Proportion ajustée de personnes ayant fait 0, 1 à 2 ou 3+ visites à l'urgence
Distribution des hospitalisations	Proportion ajustée de personnes ayant été hospitalisées 0, 1 à 2 ou 3+ fois en soins de courte durée

Les indices de vulnérabilité matérielle et sociale seront produits pour la clientèle inscrite des GMF participant au test pilote ainsi que pour la population orpheline de leur réseau local de services (RLS). Cela suscitera une réflexion pour savoir si le GMF est plus ou moins accessible à certains types de personnes de la communauté ou si des iniquités sont involontairement créées au regard de l'accès aux services.

DISCUSSION

Le présent rapport documente l'élaboration d'un ensemble d'indicateurs issus de l'intégration des savoirs scientifiques, contextuels et expérientiels pour la mesure de la qualité des pratiques cliniques et organisationnelles de première ligne. Ce projet a fait émerger plusieurs questions et des besoins non comblés quant aux données présentement accessibles pour apprécier la qualité des soins et services de la première ligne au Québec. Voici les principaux éléments que nous portons à l'attention des lecteurs avant de proposer des pistes de solution ou de réflexion pour la suite.

Le choix des questions d'évaluation et les limites qu'elles imposent

Les personnes consultées aux fins du projet ont soulevé l'importance d'intégrer la dimension populationnelle et de ne pas se limiter à la clientèle inscrite auprès d'un GMF. Pour ce faire, les données de la clientèle inscrite seront comparées à celles de la clientèle orpheline du RLS. De plus, le profil et les indicateurs sensibles à l'équité de la clientèle inscrite seront comparés à ceux de la population du RLS.

L'ensemble des indicateurs proposés doivent être mesurables par l'INESSS. Les données doivent donc être accessibles à partir des banques de données clinico-administratives auxquelles l'INESSS a accès dans le cadre de l'entente tripartite avec le MSSS et la RAMQ. La décision de se limiter à ces banques fait toutefois en sorte que l'accent est mis sur la pratique médicale. Cela restreint la capacité de mesurer la contribution des autres professionnels de l'équipe des GMF.

L'exploration de la littérature portant sur les priorités des usagers concernant la qualité des soins et services de première ligne révèle que celles-ci concordent avec les dimensions du cadre de la qualité proposé par l'IOM [2001]. Cette recension confirme aussi que l'accessibilité en temps opportun et la centration des soins sur la personne (concept qui a évolué vers le partenariat avec les patients et leurs proches) sont les plus valorisées. Or, le projet Repères GMF ne retient pas les mesures de l'expérience et des résultats des soins du point de vue des usagers puisqu'elles ne sont pas mesurables à partir des banques de données clinico-administratives.

Il existe une mine d'information ailleurs que dans ces banques. L'INESSS n'a toutefois pas accès aux données d'enquêtes québécoises ou canadiennes, ni à celles du dossier médical électronique ou du dossier Santé Québec. Ce projet est donc conçu pour être réalisé en complémentarité avec d'autres initiatives dans le réseau, notamment le développement de la capacité d'analyse des pratiques cliniques à partir des dossiers médicaux électroniques des GMF et la collecte d'information dans les CISSS/CIUSSS du Québec, dont des enquêtes sur l'expérience de soins des usagers.

L'appui à la pratique réflexive et l'amélioration continue d'un point de vue organisationnel

Le projet Repères GMF n'a pas comme objectif de soutenir l'évaluation de la qualité des actes professionnels, mais vise plutôt à appuyer les démarches d'amélioration continue de la qualité des services de première ligne. Ainsi, la façon d'interpréter les indicateurs n'est pas de se demander si tel ou tel professionnel a posé le bon geste, mais si les usagers inscrits ont reçu le bon service au bon moment, en considérant que différents professionnels peuvent poser des actes partagés ou délégués.

Le projet Repères GMF s'éloigne d'une logique d'évaluation de la qualité de la pratique professionnelle en faveur d'une logique organisationnelle d'amélioration continue de la qualité des soins et des services, et ce, selon les besoins de la clientèle.

Dans l'optique d'offrir des soins et des services adaptés aux besoins de la clientèle en GMF, les indicateurs de qualité seront produits selon des segments de la clientèle avec des besoins de santé comparables, plutôt que par maladies spécifiques. Il faut reconnaître que la clientèle des GMF n'est pas homogène, et que la façon d'organiser les services et de définir des indicateurs de qualité devrait s'appuyer sur les besoins des différents groupes d'usagers. Une proposition de segmentation de la clientèle en quatre groupes est présentée dans une publication distincte [INESSS, 2022].

L'un des principaux défis du projet Repères GMF est de produire des indicateurs pertinents pour les différents professionnels, puisque les interventions d'infirmières, de pharmaciens et de travailleurs sociaux en GMF ne sont pas toutes documentées dans les banques de données clinico-administratives. À titre d'exemple, le travailleur social, dont le travail est souvent de favoriser les arrimages entre les divers acteurs du réseau, intervient à différents moments dans le parcours d'un patient. Des efforts ont tout de même été faits pour prioriser des indicateurs tenant compte du travail d'équipe et tirer profit des banques de données qui contiennent des informations saisies par d'autres professionnels de l'équipe que les médecins (par ex. : I-CLSC).

- Les consultations réalisées auprès du comité consultatif ont confirmé que l'intégration de la dimension de l'équité, soit en relation avec des pratiques spécifiques, soit en lien avec des indicateurs descriptifs des caractéristiques de la clientèle inscrite, permettra de mobiliser les équipes autour de questions liées aux déterminants de la santé et, ainsi, de susciter une réflexion sur la dimension sociale de l'intervention.

Limite des indicateurs de qualité sélectionnés

L'ensemble des indicateurs repérés s'inspirent des modèles de rétroaction existants au Canada et ailleurs dans le monde. Ainsi, plus de la moitié des indicateurs de qualité sélectionnés sont utilisés dans des modèles similaires en Ontario [HQO, 2021], en Alberta [HQCA, 2021], au Manitoba [Manitoba Health, 2020], en Suède [André *et al.*, 2018] ou au Royaume-Uni [NHS, 2021]. Ces indicateurs sont principalement des indicateurs de processus, mis à part l'indicateur sur les hospitalisations propices aux soins ambulatoires et celui sur les visites non urgentes à l'urgence (P4/P5), qui peuvent être considérés comme des indicateurs de résultat.

Les indicateurs sélectionnés ne sont pas répartis de manière égale parmi les dimensions de la qualité du cadre de l'IOM [2001]. En effet, ils relèvent surtout des dimensions suivantes : centration sur la personne/partenariat, efficacité et sécurité. Cela n'a rien d'étonnant compte tenu du fait que ce sont les pratiques cliniques qui se prêtent le mieux à la mesure à partir de banques de données. Force est de constater que l'accessibilité en temps opportun et l'équité figurent parmi les dimensions les moins couvertes par les indicateurs, alors même que les informateurs clés, les usagers et les membres du comité consultatif ont accordé une grande importance à ces dimensions.

L'équité dans l'accès aux services et au regard de la qualité des services reçus n'est pas une dimension qui se mesure simplement par un ou deux indicateurs. En fait, pour définir les indicateurs permettant d'évaluer si l'accès et la qualité sont « distribués » de façon équitable, il faut déterminer les types de services de première ligne qui sont sensibles aux inégalités de santé et les principaux déterminants de l'équité d'accès aux services.

- Les membres du comité consultatif ont indiqué que certains indicateurs d'accessibilité en temps opportun, d'efficacité, d'efficience et centré sur la personne/partenariat se prêteraient bien à une analyse selon différentes variables d'équité.

En plus des indicateurs de qualité, nous proposons d'intégrer, comme le font les modèles analysés, un ensemble d'indicateurs descriptifs qui permettront aux équipes de réfléchir aux caractéristiques de leur clientèle.

La priorisation des indicateurs et les prochaines étapes

Le cadre d'appréciation de la valeur globale de l'INESSS s'est avéré utile pour ancrer l'exercice de priorisation des indicateurs de qualité. Il a permis d'assurer la légitimité du premier ensemble d'indicateurs retenus au regard du consensus sur leur potentiel à contribuer à l'amélioration de la valeur globale de l'offre de soins et de services.

Les indicateurs de qualité priorisés seront présentés sous la forme d'un rapport individualisé (un par GMF) dans le cadre d'un projet pilote mené auprès d'un nombre restreint de GMF. En plus des indicateurs de qualité, certaines caractéristiques sociodémographiques associées à des enjeux d'équité seront mentionnées concernant la clientèle inscrite ainsi que la population orpheline du RLS. Cela devrait susciter une réflexion de la part de chaque GMF pour savoir s'il est plus ou moins accessible à certains types de personnes de la communauté, ou si des iniquités sont involontairement

créées en matière d'accès. Par ailleurs, pour certains indicateurs de qualité, l'équipe du GMF sera amené à se demander si certaines personnes de sa clientèle inscrite obtiennent de moins bons résultats selon leurs caractéristiques sociodémographiques (par ex : vulnérabilité sociale et matérielle).

Les rapports qui seront fournis par l'INESSS proposeront une mise en contexte des indicateurs par rapport aux pratiques attendues, ainsi que des références vers des guides de pratique et outils de transfert des connaissances. Il reviendra toutefois aux partenaires du réseau de la santé et des services sociaux de reprendre localement ces rétroactions pour les intégrer à leurs activités de facilitation et d'amélioration continue de la qualité.

Une démarche de consultation auprès d'utilisateurs éventuels de ces rapports permettra d'évaluer l'acceptabilité, la pertinence et l'utilité des informations présentées et des interprétations qui en sont faites. Le projet Repères GMF continuera ainsi de se développer avec le but premier d'appuyer la pratique réflexive des équipes en GMF, dans une optique d'amélioration continue de la qualité des soins et services selon les besoins de la clientèle qu'ils desservent, et ce, en tenant compte des perspectives des partenaires clés et des usagers des soins et services de première ligne au Québec.

- Les entrevues avec les informateurs clés ont permis de faire émerger les conditions de succès et les principales barrières dans l'élaboration d'un tel projet. Une gouvernance transparente et un processus *bottom-up* seront gages de légitimité et d'appropriation. De même, un partenariat devra s'établir entre les GMF, les milieux communautaires et les établissements pour permettre la coordination des efforts des acteurs de l'amélioration continue. Cependant, un défi se pose, soit de mobiliser la contribution de tous les professionnels de GMF dans ce processus réflexif d'amélioration continue de la qualité à partir des rétroactions produites.

Les diverses consultations ont révélé qu'il est important de valoriser les banques de données existantes, telles que l'I-CLSC et la base GMF-GRL, comme sources de données pour l'ensemble des professionnels en première ligne, et de réfléchir à l'évaluation standardisée de l'expérience et des résultats de soins du point de vue des usagers.

Enfin, nous n'avons pas encore le recul nécessaire pour évaluer pleinement l'effet de la pandémie de la COVID-19 à la fois sur la pratique et sur la fiabilité de l'information saisie dans certaines banques de données clinico-administratives en 2020-2021. Des explorations seront nécessaires pour assurer la pertinence et la validité des données produites pour ces années.

RÉFÉRENCES

- Abu Al Hamayel N, Isenberg SR, Hannum SM, Sixon J, Smith KC, Dy SM. Older patients' perspectives on quality of serious illness care in primary care. *Am J Hosp Palliat Care* 2018;35(10):1330-6.
- Akhavan S et Tillgren P. Client/patient perceptions of achieving equity in primary health care: A mixed methods study. *Int J Equity Health* 2015;14:65.
- André M, Elmroth U, Arvidsson E, Månsson J. Quality indicators aiming to help primary care in Sweden to balance between what to do and what not to do. *BMJ Evid Based Med* 2018;23(Suppl 2):A40.
- Beaulieu M-D, Pomey M-P, Côté B, Del Grande C, Ghorbel M, Hua P. Élaboration d'indicateurs de qualité pour soutenir la gestion des maladies chroniques. *Santé publique* 2015;27(1 Suppl):67-75.
- Berendsen AJ, de Jong GM, Meyboom-de Jong B, Dekker JH, Schuling J. Transition of care: Experiences and preferences of patients across the primary/secondary interface – A qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2009;9:62.
- Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The Triple Aim: Care, health, and cost. *Health Aff (Millwood)* 2008;27(3):759-69.
- Boivin A, Lehoux P, Lacombe R, Burgers J, Grol R. Involving patients in setting priorities for healthcare improvement: A cluster randomized trial. *Implement Sci* 2014;9:24.
- 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.
- Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). Perceptions et expériences des personnes de 65 ans et plus : le Québec comparé. Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2017. Québec, Qc : CSBE; 2017a. Disponible à : https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2017/CWF/CSBE_CWF_2017_Rapport_Resultats.pdf.
- Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). Perceptions et expériences de la population : le Québec comparé. Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2016. Québec, Qc : CSBE; 2017b. Disponible à : https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/CWF/CSBE_CWF_2016_Rapport_Resultats.pdf.
- Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (CESSSS). Les solutions émergentes – Rapport et recommandations. Québec, Qc : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS); 2000. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2000/00-109.pdf>.
- Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee (DCCPGEC). Diabetes Canada 2018 clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada. *Can J Diabetes* 2018;42(Suppl 1):S1-S326.

- Donabedian A. The quality of care. How can it be assessed? JAMA 1988;260(12):1743-8.
- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Mem Fund Q 1966;44(3):166-206.
- Fihn SD, Gardin JM, Abrams J, Berra K, Blankenship JC, Dallas AP, et al. 2012 ACCF/AHA/ACP/AATS/PCNA/SCAI/STS guideline for the diagnosis and management of patients with stable ischemic heart disease: A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, and the American College of Physicians, American Association for Thoracic Surgery, Preventive Cardiovascular Nurses Association, Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and Society of Thoracic Surgeons. Circulation 2012;126(25):e354-e471.
- Fletcher RH, O'Malley MS, Earp JA, Littleton TA, Fletcher SW, Greganti MA, et al. Patients' priorities for medical care. Med Care 1983;21(2):234-42.
- Foo C, Tan YL, Shrestha P, Eh KX, Ang IYH, Nurjono M, et al. Exploring the dimensions of patient experience for community-based care programmes in a multi-ethnic Asian context. PLoS One 2020;15(11):e0242610.
- Foster CC, Fuentes MM, Wadlington LA, Jacob-Files E, Desai AD, Simon TD, Mangione-Smith R. Caregiver and provider experiences of home healthcare quality for children with medical complexity. Home Healthc Now 2020;38(3):138-46.
- Global Initiative for Asthma (GINA). Global strategy for asthma management and prevention (2019 update). Fontana, WI : GINA; 2019. Disponible à : <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2019/06/GINA-2019-main-report-June-2019-wms.pdf>.
- Grol R, Wensing M, Mainz J, Ferreira P, Hearnshaw H, Hjortdahl P, et al. Patients' priorities with respect to general practice care: An international comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP). Fam Pract 1999;16(1):4-11.
- Guthrie B et Wyke S. Personal continuity and access in UK general practice: A qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of when and how they matter. BMC Fam Pract 2006;7:11.
- Hay D, Varga-Toth J, Hines E. Frontline health care in Canada: Innovations in delivering services to vulnerable populations. Ottawa, ON : Canadian Policy Research Networks; 2006. Disponible à : <http://ircp.info/Portals/11/Downloads/Policy/CPRN%20Frontline%20Healthcare%20in%20Canda.pdf>.
- Health Quality Council of Alberta (HQCA). Primary Healthcare Panel Reports [site Web]. Calgary, AB : HQCA; 2021. Disponible à : <https://hqca.ca/resources-for-improvement/primary-healthcare-panel-reports/>.
- Health Quality Ontario (HQP). *MyPractice*: Primary Care [site Web]. Toronto, ON : HQO; 2021. Disponible à : <https://www.hqontario.ca/quality-improvement/practice-reports/primary-care>.

- Health Quality Ontario (HQO). A primary care performance measurement framework for Ontario. Report of the Steering Committee for the Ontario Primary Care Performance Measurement Initiative: Phase One. Toronto, ON : HQO; 2014. Disponible à : <http://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/system-performance/primary-care-performance-measurement-framework-for-ontario-en.pdf>.
- Hsu KY, Contreras VM, Vollrath K, Cuan N, Lin S. Incorporating the patient voice into practice improvement: A role for medical trainees. *Fam Med* 2019;51(4):348-52.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Utilisation d'antipsychotiques chez les personnes âgées résidant dans les établissements de soins de longue durée, 2014. Ottawa, ON : ICIS; 2016. Disponible à : https://secure.cihi.ca/free_products/LTC_AiB_v2_19_FR_web.pdf.
- 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 : http://secure.cihi.ca/free_products/Pan-Canadian_PHC_Indicator_Update_Report_fr_web.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Regard sur les Groupes de médecine de famille au Québec et proposition de segmentation de la population pour appuyer les démarches d'amélioration continue de la qualité selon les besoins de santé – Repères GMF. État des connaissances rédigé par Marie-Dominique Beaulieu et Geneviève Martin. Québec, Qc : INESSS; 2022. Disponible à : <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications.html>.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Plan triennal d'activités 2019-2022 – Des évaluations axées sur la création de valeur en santé et en services sociaux. Mise à jour – mai 2021. Québec, Qc : INESSS; 2021a. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuAdmin/INESSS_PTA_2019-2022_MaJ.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Énoncé de principes et fondements éthiques. Cadre d'appréciation de la valeur des interventions en santé et en services sociaux. – Juin 2021. Québec, Qc : INESSS; 2021b. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuAdmin/INESSS-Enonce-de-principes-2021_VF.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). CoMPAS+ [page Web en préparation]. Québec, Qc : INESSS; 2021c.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Mise à jour du guide d'usage optimal sur les infections transmissibles sexuellement et par le sang – Infection non compliquée à *Chlamydia trachomatis* ou à *Neisseria gonorrhoeae*. Rapport rédigé par Mélanie Turgeon. Québec, Qc : INESSS; 2020. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Outils/Guides_ITSS/INESSS_Rapport-soutien-GUO_ITSS_Chlamydia-Gonorrhee.pdf.

- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Évaluation du continuum de soins et services aux aînés : perspectives pour l'évolution de la mesure. Répertoire d'indicateurs. 2019a. Disponible à : <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/evaluation-du-continuum-de-soins-et-services-aux-aines-perspectives-pour-levolution-de-la-mesure.html>.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Portrait de l'usage des anticoagulants oraux directs et de la warfarine chez les personnes de 18 ans et plus couvertes par le régime public d'assurance médicaments du Québec. Rapport rédigé par Mélanie Turgeon et Jean-Marc Daigle. Québec, Qc : INESSS; 2019b. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Outils/Warfarine/INESSS_warfarine_EP.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Indications justifiant le recours à l'imagerie pour le diagnostic des patients présentant une céphalée primaire ou secondaire. Rapport rédigé par Agathe Lorthios-Guilledroit, Maxime Parent, Stéphanie Roberge et Hubert Robitaille. Québec, Qc : INESSS; 2019c. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Technologies/INESSS_Imagerie_cephalee.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Portrait de l'usage des opioïdes chez les personnes couvertes par le régime public d'assurance médicaments du Québec. Rédigé par Éric Tremblay et Jean-Marc Daigle. Québec, Qc : INESSS; 2018. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/INESSS_Portrait_Opio%C3%AFdes.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Portrait de l'usage des médicaments spécifiques au trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) chez les Québécois de 25 ans et moins. Rapport rédigé par Mélanie Turgeon. Québec, Qc : INESSS; 2017a. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS-Rapport_TDAH_Qc.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Portrait de l'usage des hypolipémiants de 2010 à 2015 chez les personnes couvertes par le régime public d'assurance médicaments du Québec. Portrait d'usage rédigé par Éric Tremblay, Jean-Marc Daigle, Karine Lejeune et Alain Prémont. Québec, Qc : INESSS; 2017b. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/INESSS_Portrait_usage_hypolipemiants.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Utilisation du dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS) pour le dépistage du cancer de la prostate au Québec. Avis rédigé par Dominique Arsenault et Michel Rossignol. Québec, Qc : INESSS; 2017c. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Oncologie/INESSS_AP_S-prostate-avis_PL.pdf.

- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Portrait de l'usage des bandelettes d'autosurveillance de la glycémie chez les assurés du régime public d'assurance médicaments du Québec avant et après la publication du guide d'usage optimal de l'INESSS sur l'autosurveillance glycémique. Rédigé par Éric Tremblay et Alain Prémont avec la collaboration de Marie-Claude Breton, Mélanie Turgeon et Mélanie Tardif. Québec, Qc : INESSS; 2016a. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/MaladiesChroniques/INESSS_Portraitusage_bandelettes_GUO_ASG.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Utilisation de l'imagerie par résonance magnétique en présence de douleurs musculosquelettiques chez les personnes adultes du Québec. Volet 1 : portrait de l'utilisation de l'IRM dans le réseau public québécois. Rapport rédigé par Yannick Auclair et Brigitte Côté. Québec, Qc : INESSS; 2016b. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Technologies/INESSS-Utilisation_IRM_douleurs_musculosquelettique_adultes_Quebec_Volet_1.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Indicateurs de qualité à l'intention des professionnels et des gestionnaires des services de première ligne – Maladies chroniques (*base de données*) [site Web]. Québec, Qc : INESSS; 2012. Disponible à : <https://www.inesss.qc.ca/projets/maladies-chroniques-indicateurs/prise-en-charge-254/base-de-donnees.html>.
- Institute of Medicine (IOM). Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington, DC : National Academies Press; 2001. Disponible à : <https://www.med.unc.edu/neurosurgery/wp-content/uploads/sites/460/2018/10/Crossing-the-Quality-Chasm.pdf>.
- Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Projet d'indicateurs communs de l'initiative phare Soins de santé communautaires de première ligne (SSCPL). Ottawa, ON : IRSC; 2017. Disponible à : <https://cihr-irsc.gc.ca/f/47012.html>.
- Karampatakis GD, Patel N, Stretch G, Ryan K. Patients' experiences of pharmacists in general practice: An exploratory qualitative study. *BMC Fam Pract* 2021;22(1):48.
- Kiran T, Wells D, Okrainec K, Kennedy C, Devotta K, Mabaya G, et al. Patient and caregiver experience in the transition from hospital to home — brainstorming results from group concept mapping: A patient-oriented study. *CMAJ open* 2020;8(1):E121-33.
- Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: A systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res* 2010;10:65.
- Krucien N, Le Vaillant M, Pelletier-Fleury N. Do the organizational reforms of general practice care meet users' concerns? The contribution of the Delphi method. *Health Expect* 2013;16(1):3-13.
- Loignon C, Fortin M, Bedos C, Barbeau D, Boudreault-Fournier A, Gottin T, et al. Providing care to vulnerable populations: A qualitative study among GPs working in deprived areas in Montreal, Canada. *Fam Pract* 2015;32(2):232-6.
- MacLean CH, Kerr EA, Qaseem A. Time out—Charting a path for improving performance measurement. *N Engl J Med* 2018;378(19):1757-61.

- Manitoba Health. Manitoba Primary Care Quality Indicators Full Guide Version 4.0 – Quick Reference Summary. Winnipeg, MB : Manitoba Health; 2020. Disponible à : <https://www.gov.mb.ca/health/primarycare/providers/pin/docs/mpcqig.pdf>.
- McKelvie RS, Moe GW, Ezekowitz JA, Heckman GA, Costigan J, Ducharme A, et al. The 2012 Canadian Cardiovascular Society heart failure management guidelines update: Focus on acute and chronic heart failure. *Can J Cardiol* 2013;29(2):168-81.
- Mendes FR, Gemito ML, Caldeira ED, Serra ID, Casas-Novas MV. Continuity of care from the perspective of users. *Cien Saude Colet* 2017;22(3):841-53.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Plan stratégique 2019-2023. Québec, Qc : MSSS; 2019. Disponible à : https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-strategique/PL_19-717-02W_MSSS.pdf.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille. Québec, Qc : MSSS; 2017. Disponible à : <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2699193?docref=kGA7hXt hJqme8DHiKhqNIQ>.
- Morgan KH, Barroso CS, Bateman S, Dixon M, Brown KC. Patients' experiences of interprofessional collaborative practice in primary care: A scoping review of the literature. *J Patient Exp* 2020;7(6):1466-75.
- Mulder C et Sunderji N. Balancing patient priorities for technical and interactional aspects of care in a measure of primary care quality. *Prim Health Care Res Dev* 2019;20:e85.
- National Health Service (NHS). Quality and Outcomes Framework (QOF), enhanced services and core contract extraction specifications (business rules) [site Web]. Londres, Angleterre : NHS; 2021. Disponible à : <https://digital.nhs.uk/data-and-information/data-collections-and-data-sets/data-collections/quality-and-outcomes-framework-qof>.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). Soins de santé primaires [site Web]. Genève, Suisse : OMS; 2021. Disponible à : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>.
- Papaioannou A, Morin S, Cheung AM, Atkinson S, Brown JP, Feldman S, et al. 2010 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada: Summary. *CMAJ* 2010;182(17):1864-73.
- Papp R, Borbas I, Dobos E, Bredehorst M, Jaruseviciene L, Vehko T, Balogh S. Perceptions of quality in primary health care: perspectives of patients and professionals based on focus group discussions. *BMC Fam Pract* 2014;15:128.
- Porter ME. A strategy for health care reform—Toward a value-based system. *N Engl J Med* 2009;361(2):109-12.
- Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires (RCSSSP). Canadian Primary Care Sentinel Surveillance Network (CPCSSN) [site Web]. CPCSSN; 2021. Disponible à : <https://cpcssn.ca/>.

- Réseau canadien d'information pour les cliniques de première ligne (RCIP). Un système automatisé de partage d'information pour améliorer les soins et l'engagement des patients [site Web]. RCIP; 2020. Disponible à : <https://www.cpin-rcip.com/>.
- Siantz E, Henwood B, Gilmer T. Patient experience with a large-scale integrated behavioral health and primary care initiative: A qualitative study. *Fam Syst Health* 2020;38(3):289-99.
- Socias ME, Koehoorn M, Shoveller J. Gender inequalities in access to health care among adults living in British Columbia, Canada. *Womens Health Issues* 2016;26(1):74-9.
- Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005;83(3):457-502.
- Steward J, Holt CL, Pollio DE, Austin EL, Johnson N, Gordon AJ, Kertesz SG. Priorities in the primary care of persons experiencing homelessness: Convergence and divergence in the views of patients and provider/experts. *Patient Prefer Adherence* 2016;10:153-8.
- Stiefel M et Nolan K. Guide IHI de mesure du Triple Objectif : santé de la population, expérience des soins, coût par habitant. Cambridge, MA : Institute for Healthcare Improvement (IHI); 2015. Disponible à : <http://www.ihi.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/AGuidetoMeasuringTripleAim.aspx>.
- Suner Soler R, Juvinya Canal D, Bertran Noguier C, Graboleda Poch C, Brugada Motge N, Garcia Gil MM. Continuity of care and monitoring pain after discharge: Patient perspective. *J Adv Nurs* 2010;66(1):40-8.
- Tremblay JL, Lord B, Chabot C, Bourassa J, Lemieux M. Cadre de référence en lien avec l'amélioration continue de la qualité dans les groupes de médecine de famille universitaires du Québec. Québec, Qc : CIUSSS de la Capitale-Nationale; 2017. Disponible à : <https://reseau1quebec.ca/wp-content/uploads/2017/10/Cadre-de-r%C3%A9f%C3%A9rence-en-lien-avec-IACQ-en-GMF-U-Version-1.pdf>.
- Vachon B, Huynh AT, Breton M, Quesnel L, Camirand M, Leblanc J, Tardif S. Patients' expectations and solutions for improving primary diabetes care. *Int J Health Care Qual Assur* 2017;30(6):554-67.
- Wensing M, Jung HP, Mainz J, Olesen F, Grol R. A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: Description of the research domain. *Soc Sci Med* 1998;47(10):1573-88.
- Wensing M, Grol R, van Montfort P, Smits A. Indicators of the quality of general practice care of patients with chronic illness: A step towards the real involvement of patients in the assessment of the quality of care. *Qual Health Care* 1996;5(2):73-80.
- Wong ST et Regan S. Patient perspectives on primary health care in rural communities: Effects of geography on access, continuity and efficiency. *Rural Remote Health* 2009;9(1):1142.

ANNEXE A

Repérage d'information sur les modèles de rétroaction existants

Sites Web consultés

Google

<https://www.google.com/>

Health Quality Ontario

<https://www.hqontario.ca/Quality-Improvement>

Manitoba Health

<https://www.gov.mb.ca/health/mhsip/>

Physician Integrated Network Project

<https://www.gov.mb.ca/health/primarycare/providers/pin/>

Health Quality Council of Alberta

<https://hqca.ca/>

British Columbia Ministry of Health

<http://www2.gov.bc.ca/gov/content/governments/organizational-structure/ministries-organizations/ministries/health>

Institut canadien d'information sur la santé

<https://www.cihi.ca/>

Canadian Primary Care Sentinel Surveillance Network

<https://cpcssn.ca>

Quality and Outcomes Framework

<https://digital.nhs.uk/data-and-information/data-tools-and-services/data-services/general-practice-data-hub/quality-outcomes-framework-qof>

ANNEXE B

Consultation des informateurs clés

Outil pour mener les entrevues avec des informateurs clés

Ce guide d'entrevue semi-dirigée est formulé afin laisser les participants préciser leurs opinions sur des thèmes préalablement identifiés dans le but d'établir quels sont les besoins des différents acteurs concernant la mise en place d'un modèle d'indicateurs sur la pratique de première ligne. L'ensemble des thèmes ne sont pas traités par tous les interviewés.

Guide d'entrevue

Introduction

Comme vous le savez peut-être, l'INESSS dispose désormais d'un accès à une majorité des bases de données médico-administratives du réseau québécois de la santé et des services sociaux. Celles-ci permettent notamment de documenter l'utilisation des services de santé des Québécois et certains éléments des pratiques cliniques de première ligne au Québec.

L'INESSS souhaite mieux outiller les équipes interdisciplinaires des Groupes de médecine familiale (GMF) en leur fournissant des indicateurs permettant à la fois de mieux cerner leurs clientèles ainsi que de pouvoir situer leur pratique clinique à la lumière des standards de pratique existants. Cette démarche s'inscrit notamment en prolongement des travaux de l'INESSS développés dans le cadre de l'initiative CoMPAS+ qui vise notamment à stimuler de façon concrète la pratique réflexive en GMF pour les soins et services de première ligne de la prévention à la prise en charge des problèmes de santé.

Nous aimerions avoir votre opinion à ce stade préparatoire du projet afin de mieux définir les besoins et par conséquent les objectifs que devrait viser ce projet.

- a) Le développement d'un modèle d'indicateurs s'inscrit dans un projet plus large qui est de favoriser la pratique réflexive pour améliorer les pratiques cliniques et organisationnelles en première ligne
 - a1. Êtes-vous familier avec la pratique réflexive?
 - a2. Avez-vous déjà participé à une activité de pratique réflexive?
 - a3. Quels ont été les effets de cette activité? Des changements ont-ils été observés?
 - a4. Que pensez-vous du potentiel d'utiliser des indicateurs pour stimuler la pratique réflexive au niveau de la première ligne?

- b) Connaissez-vous des modèles/sites/organisations/etc. qui présentent aux équipes multidisciplinaires des informations sur leurs pratiques?
 - b1. Lesquels?
 - b2. Qu'en pensez-vous?
- c) Si l'INESSS développait des profils de pratique en GMF, j'aimerais savoir quelle est votre opinion concernant différents éléments techniques?
 - c1. Selon vous, à qui devrait s'adresser principalement ce site/information? (aux praticiens sur une base individuelle, GMF en tant qu'équipe interdisciplinaire, aux gestionnaires ou preneurs de décisions) Différents niveaux?
 - c2. Selon vous, quel modèle devrait être utilisé? Qu'est-ce qu'on devrait mesurer dans un modèle comme celui-là? Quelles sont les grandes dimensions de la qualité des services en GMF devrait-on mesurer?
 - c3. Quels pourraient être des indicateurs potentiels? De quoi auriez-vous besoin?
 - c4. Comment pourrait être organisés les indicateurs? Par maladie, segment de population, fonctions de la première ligne (continuité, accessibilité, coordination, etc.)?
 - c5. Comment devrait être présentée l'information relative à ce qui est bon ou moins bon, jugement clair?
 - c6. Quelle devrait être la plateforme, les accès possibles?
- d) Selon vous, est-ce que ce type d'information pourrait être utile pour améliorer votre pratique ou la pratique en première ligne? (besoins/utilité perçue/limites)
- e) Quels seraient les conditions et les mécanismes de succès pour développer et implanter un tel projet en ce moment au Québec?
- f) Quelles pourraient être les principales barrières au développement et à l'utilisation?
 - a. Selon vous, est-il acceptable d'utiliser les données recueillies par les différents modèles pour construire des profils de pratique?
- g) Avez-vous des commentaires ou suggestions à apporter? Des personnes essentielles à consulter à ce propos?

ANNEXE C

Revue exploratoire de la littérature sur les priorités des usagers en regard de la qualité des soins et services de première ligne

Tableau C-1 Synthèse des extraits tirés des publications retenues

Auteurs, année, Pays	Titre	Objectif	Modalité de consultation	Indicateurs/Dimensions/Priorités/Thèmes
Karampatakis <i>et al.</i> , 2021 Royaume-Uni (Angleterre)	Patients' experiences of pharmacists in general practice: an exploratory qualitative study	To pursue an exploration of patients' experiences of pharmacists in general practice.	A qualitative, face-to-face, semi-structured interview with 20 patients who consulted a pharmacist integrated in a general practice. Recruitment continued until data saturation.	Four themes emerged: -awareness of the availability of a pharmacist on site; -accessibility of the pharmacist; -positive interactions with pharmacists; -timely feedback on advices.
Siantz <i>et al.</i> , 2020 États-Unis	Patient experience with a large-scale integrated behavioral health and primary care initiative: A qualitative study	To explore patient experience and provider perceptions of patient experience with a large-scale system redesign that delivers integrated care to persons with complex needs.	Eight patient focus groups (n = 54 patients) and 32 interviews with providers at five community health settings.	Patient experience and provider perception of patient experience aligned under 2 themes: (a) care coordination is essential for positive patient experience; and (b) the BHICCI strengthened patient provider relationships.
Morgan <i>et al.</i> , 2020 États-Unis	Patients' Experiences of Interprofessional Collaborative Practice in Primary Care: A Scoping Review of the Literature	To identify the studies exploring patients' perspectives on IPC-pc and to reveal gaps in the literature for future research in order to inform policy and practice.	A key word search strategy was conducted using PubMed to identify studies published from 1997 to 2017 on IPC-pc that included data collected from patients or their caregivers about patient experience or satisfaction.	Seven studies met the inclusion criteria. Interprofessional collaboration in primary care followed 3 different patterns: 1) Team meetings; 2) team-based care—the patient simultaneously saw an IPC; or 3) mixed approaches—the patient received a suite of services, provided by different solo healthcare professionals, who collaborated through different media. Patients identified improvements in access to different disciplines, patient–provider relationships, respectful treatment, shared decision-making, better understanding or patient empowerment as a result of IPC. Patients perceived IPC as an improvement in primary care practice, whether applied as the standard of care or as an intervention. Some patients expressed concern about the privacy of their health information when professionals who are not involved in their care are present during team meetings or when treated at a student run clinic.
Kiran <i>et al.</i> , 2020 Canada (Ontario)	Patient and caregiver experience in the transition from hospital to home - brainstorming results from group concept mapping: a patient-oriented study	To understand patient and caregiver priorities in the transition from hospital to home.	An online survey (665 persons, 39,5% patients) or facilitated group discussion (71 persons in 8 focus groups) with patients and caregivers who had lived experience transitioning from hospital to home in Ontario.	Six key areas affected experience of transition from hospital to home: home and community care, the discharge process, medical follow-up after discharge, medications, patient and caregiver education, and the kindness and caring of the health care team in hospital. Most notable were challenges with the timeliness, sufficiency, reliability and consistency of publicly funded home care services.

Auteurs, année Pays	Titre	Objectif	Modalité de consultation	Indicateurs/Dimensions/Priorités/Thèmes
Foster <i>et al.</i> , 2020 États-Unis	Caregiver and Provider Experiences of Home Healthcare Quality for Children with Medical Complexity	To characterize the quality of pediatric home healthcare experienced by primary family caregivers (parents) and healthcare providers of children with medical complexity.	Semistructured, in-depth key informant interviews of 20 caregivers and 20 providers using the Institute of Medicine's quality framework (effective, safe, patient-centered, timely, equitable, and efficient).	System complexity, insurance denials, and workforce shortages affected patients' ability to establish and maintain access to home healthcare leading to hospital discharge delays and negative family impacts. Home healthcare was not perceived as timely or equitable due to access barriers.
Foo <i>et al.</i> , 2020 Singapour	Exploring the dimensions of patient experience for community-based care programmes in a multi-ethnic Asian context	To explore patients' experiences with community-based care programmes (CCPs) and develop dimensions of patient experience salient to community-based care in Singapore.	A qualitative exploratory based on face-to-face in-depth interviews conducted using a purposive sample of 64 participants aged between 41 to 94 years enrolled in CCPs.	Eight key themes of patient experience: i) ensuring care continuity, ii) involvement of family, iii) access to emotional support, vi) ensuring physical comfort, v) coordination of services between providers, vi) providing patient education, vii) importance of respect for patients, and viii) healthcare financing.
Mulder et Sunderji, 2019 Canada (Ontario)	Balancing patient priorities for technical and interactional aspects of care in a measure of primary care quality	To determine the relative priorities of each of a series of primary care measures in the patients' relationship with their primary care provider	On-line survey co-designed with patient co-investigators. The items consisted of 14 primary care quality measures used in pre-existing performance report, 41 additional indicators including a novel set of patient-generated Key Performance Indicators as well as open-ended questions.	Patient priorities: Appointment within a reasonable time (Access*)/ Participation in decisions about your care/ Courtesy of office staff/ Access to all your medical information/ Possibility you to see your own supplier (Continuity*)/ Visit within 7 days of discharge from the hospital (Coordination*)/ Right vaccinations to children, right cancer screening tests/ Detection of diabetes and high blood pressure/ Few patients have to go to the emergency department/ Few patients need to be readmitted to hospital within 30 days of discharge (Coordination*)
Hsu <i>et al.</i> , 2019 États-Unis	Incorporating the Patient Voice into Practice Improvement: A Role for Medical Trainees	To explore provider/staff perceptions of patient perspectives of quality of primary care.	Semi structured interview of eight patients and 11 staff for their perspectives on QI opportunities at a university-based primary care practice. Staff were asked to chose and rank order 5 of the 11 themes mentioned by patients	11 themes emerged from the patients' interviews as potential focuses for QI initiatives. They were regrouped around 5 dimensions: - relationship (ie, feeling of personal connection with providers/staff) - specialty care, - convenience - sustainability - goal follow-up. While patients frequently identified relationship (rank=1) and goal follow-up (rank=3) as QI opportunities, the provider/staff top five list did not include relationship (rank=10) or goal follow-up (rank=7).
Abu Al Hamayel <i>et al.</i> , 2018 États-Unis	Older Patients' Perspectives on Quality of Serious Illness Care in Primary Care	To explore older patients' perspectives on the quality of serious illness care in primary care.	Qualitative interviews of 20 patients aged 60 or older who were at risk for or living with serious illness and who had participated in the clinic's quality improvement initiative.	Five key themes: (1) the importance of patient-centered communication, (2) coordination of care, (3) the shared decision-making process, (4) clinician competence, and (5) access to care.
Akhavan et Tillgren, 2015 Suède	Client/patient perceptions of achieving equity in primary health care: a mixed methods study	To describe patient experiences and perceptions of care in four primary health care units (PHCUs) involved in Sweden's national Care on Equal Terms project.	Mixed Method Research. One focus group discussion, and individual interviews with 21 patients and three representatives of patient associations. Data from the Swedish National Patient Survey (NPS), conducted in	<u>Qualitative data:</u> Patients perceived health care providers' perceptions of their ethnic origin and mental health status as important for equitable health care. Discriminatory perceptions may lead to those in need of care refraining from seeking it. More equitable care means longer consultations, better accessibility in terms of longer opening hours, and ways of communicating other than just via voice mail. It also involves continuity in care and access

Auteurs, année Pays	Titre	Objectif	Modalité de consultation	Indicateurs/Dimensions/Priorités/Thèmes
			2011 and followed up in 2013, were also used.	to an interpreter if needed. Employing bilingual/diverse kinds of health providers is a way of providing more equitable primary health care. <u>Quantitative data</u> : Results from the NPS showed that two of the PHCUs improved in some aspects of patient perceived quality of care (PPQC) while two were not so successful.
Berendsen <i>et al.</i> , 2009 Pays-Bas	Transition of care: experiences and preferences of patients across the primary/secondary interface - a qualitative study.	To (a) explore experiences and preferences of patients regarding the transition between primary and secondary care, (b) study informational resources on illness/treatment desired by patients and (c) determine how information supplied could make it easier for the patient to choose between different options for care.	Qualitative study using semi-structured focus group interviews among 71 patients referred for various indications.	Patients find it important that they do not have to wait, that they are taken seriously, and receive adequate and individually relevant information. A lack of continuity from secondary to primary care was experienced. The patient's desire for free choice of type of care did not arise in any of the focus groups.
Boivin <i>et al.</i> , 2014 Canada (Québec)	Involving patients in setting priorities for healthcare improvement: a cluster randomized trial	To test the impact of involving patients in setting healthcare improvement priorities for chronic care at the community level.	A total of 172 individuals from six communities participated in the study (83 chronic disease patients, 89 health professionals). They were required to set priorities for improving chronic disease management in primary care, from a list of 37 validated quality indicators.	Priorities established with patients were more aligned with core generic components of the Medical Home and Chronic Care Model, including: access to primary care, self-care support, patient participation in clinical decisions, and partnership with community organizations ($p < 0.01$). Priorities established by professionals alone placed more emphasis on the technical quality of single disease management. The involvement intervention fostered mutual influence between patients and professionals, which resulted in a 41% increase in agreement on common priorities (95%CI: +12% to +58%, $p < 0.01$). Professionals' intention to use the selected quality indicators was similar in intervention and control sites. Patient involvement increased the costs of the prioritization process by 17%, and required 10% more time to reach consensus on common priorities.
Guthrie et Wyke, 2006 Royaume-Uni (Écosse)	Personal continuity and access in UK general practice: a qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of when and how they matter.	To examine patient and general practitioner (GP) perceptions of the value of personal continuity and rapid access, and the relationship between them.	Qualitative analysis of semi-structured interviews with a purposive sample of 16 GPs and 32 patients in the Lothian region of Scotland	From the patients' perspective, what mattered was 'access to appropriate care' depending on the problem to be dealt with. For a few patients, rapid access was the only priority. For most, rapid access was balanced against greater involvement in the consultation when seeing 'their' trusted doctor, which was particularly valued for chronic, complex and emotional problems. GPs focused on the value of personal continuity in the consultation for improving the diagnosis and management of the same kinds of problem. GPs did not perceive enabling access to be a core part of their work.
Krucien <i>et al.</i> , 2013 France	Do the organizational reforms of general practice care meet users' concerns?	To identify the importance that users attribute to different aspects of general practice (GP) care.	A variant of the classical Delphi approach, called Delphi 'ranking-type'. 74 experts aged over 18 were recruited. Three iterative rounds were required to identify the core aspects	Users attribute a very high importance to the 'doctor-patient relationship' dimension. The following aspects 'GP patient information about his/her illness', 'Clarity of communication and explanation', and 'Whether the GP seemed listen to the patient' were evaluated by 96% of the experts as being of high importance. The

Auteurs, année Pays	Titre	Objectif	Modalité de consultation	Indicateurs/Dimensions/Priorités/Thèmes
	The contribution of the Delphi method.		through a consensus-building approach.	coordination of GP was also considered as a very important aspect for 85% of the experts. In contrast, the aspects that belong to the organizational dimension appeared to be of relatively low importance for users.
Mendes <i>et al.</i> , 2017 Portugal	Continuity of care from the perspective of users	To analyse the continuity of care in health units in the municipality of Evora (south of Portugal), from the perspective of users.	Cross-sectional, exploratory and descriptive survey with a quantitative approach, with a sample consisting of 342 users of health units.	Longitudinal continuity has the lowest values in nursing care. What stands out positively is relational continuity, in which most users recommend their family doctor and nurse to family and friends, and flexible continuity, which translates into reduced waiting times to be attended by a doctor or nurse.
Steward <i>et al.</i> , 2016 États-Unis	Priorities in the primary care of persons experiencing homelessness: convergence and divergence in the views of patients and provider/experts.	To identify aspects of primary care important to persons familiar with homelessness and to highlight where the priorities of patients and professionals dedicated to their care converge or diverge	A qualitative study where 26 homeless patients and ten provider/experts ranked 16 aspects of primary care using a card sort.	Both groups gave high priority to accessibility, evidence-based care, coordination, and cooperation. Provider/experts endorsed patient control more strongly than patients. Patients ranked information about their care more highly than provider/experts
Suner Soler <i>et al.</i> , 2010 Espagne	Continuity of care and monitoring pain after discharge: patient perspective	To evaluate, from the patients' perspective, a Liaison and Continuity of Care Programme coordinating care between a hospital and primary care centres.	A longitudinal study of 83 adult patients (average age 69 years, 50% males) from a hospital liaison programme. Telephone interviews at 24 hours, 7 days, 1 and 3 months after discharge.	A total of 49.4% of patients stated that they had understood the information given at discharge very well or perfectly. At 24 hours after discharge, 30% already had doubts about their state of health and the management of their condition.
Vachon <i>et al.</i> , 2017 Canada (Québec)	Patients' expectations and solutions for improving primary diabetes care	To document health care needs expressed by people living with diabetes, describe the solutions they envisaged for improving the quality of primary care (PC) services and empower them to make better use of PC services.	A participatory research with 79 persons living with diabetes for a mean of 13 years. Six workshops were organised to provide diabetes patients with knowledge on available services and to engage them in sharing their experience.	Seven themes emerged: assurance of satisfactory follow-up by a family physician, continuous access to services adapted to evolving needs, motivation to adopt and maintain healthy behaviours, maintenance of knowledge about diabetes, psychological support, financial constraints, and collaboration with secondary-level services.
Beaulieu <i>et al.</i> , 2015 Canada (Québec)	Élaboration d'indicateurs de qualité pour soutenir la gestion des maladies chroniques (article publié en français)	Élaborer et prioriser des indicateurs de qualité de la prise en charge de six maladies chroniques fréquentes	Recherche qualitative en deux phases : 1) élaboration de 164 indicateurs et 2) leur évaluation et priorisation par un groupe de 19 usagers et de 29 professionnels au cours de deux journées distinctes de consultation.	Bonne convergence entre les usagers et les professionnels sur la pertinence d'une majorité d'indicateurs. Les professionnels ont émis des réserves sur les indicateurs mesurant l'expérience de soins des usagers sous forme de questionnaires, les jugeant trop subjectifs.

Auteurs, année, Pays	Titre	Objectif	Modalité de consultation	Indicateurs/Dimensions/Priorités/Thèmes
Fletcher <i>et al.</i> , 1983 États-Unis	Patients' priorities for medical care	To study priorities for care among patients attending the medical clinics of a university teaching hospital.	A survey of 225 patients. Eight attributes of medical care were considered: continuity, coordination, comprehensiveness, availability, convenience, cost, expertise, and compassion. Priorities were established by the method of paired comparisons.	Continuity of care was the highest priority while cost and convenience were lowest. Priorities varied in subgroups of patients defined by demographic, illness, and utilization characteristics. Patients with acute problems preferred coordination and expertise, while those with chronic problems ranked continuity higher. Patients younger than 30 years old valued coordination most; older patients preferred continuity and comprehensiveness.
Grol <i>et al.</i> , 1999 Norvège, Suède, Danemark, Royaume-Uni, Pays-Bas, Allemagne et Portugal	Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. European Task Force on Patient Evaluations of General Practice (EUROPEP)	To determine priorities of patients in general practice care in different countries.	Written surveys of 3540 patients (response rate on average 55%) in general practices in the UK, Norway, Sweden, Denmark, The Netherlands, Germany, Portugal and Israel. Patients rated the importance of 38 different aspects of general practice care	Patients in different countries had many opinions in common. Aspects that got the highest ranking were: getting enough time during the consultation; quick services in case of emergencies; confidentiality of information on patients; telling patients all they want to know about their illness; making patients feel free to talk about their problems; GPs going to courses regularly; and offering preventive services.
Papp <i>et al.</i> , 2014 Estonie, Finlande, Allemagne, Hongrie, Italie, Lituanie et Espagne	Perceptions of quality in primary health care: perspectives of patients and professionals based on focus group discussions	To assess the expectations and priorities of patients and professionals along some main dimensions of quality in primary health care, in seven European countries.	14 focus groups, a professional and a patient group in each of the seven countries. Thematic analysis summarized along the following dimensions: access and equity, appropriateness (coordination, continuity, competency and comprehensiveness) and patient centeredness.	The criteria mentioned by patients and by health care professionals as determining factors of the quality in primary care were quite similar among the investigated countries. The dissimilar criteria were about the gate-keeping role of GPs, the importance of nurses' competency and the acceptance of waiting times.
Wensing <i>et al.</i> , 1996 Pays-Bas	Indicators of the quality of general practice care of patients with chronic illness: a step towards the real involvement of patients in the assessment of the quality of care.	To develop a list of indicators of the general practice care of people with chronic illnesses considered important by both patients and practitioners.	Qualitative study with focus group interviews and a written consensus procedure of 41 aspects of care, involving 34 patients with chronic illness and 19 general practitioners.	Patients and general practitioners agreed that most indicators of care that related doctor-patient relation and to information and support were relevant. There was less agreement about the relevance of indicators of medical and technical care, accessibility, and organisation of services.
Wensing <i>et al.</i> , 1998 Pays-Bas	A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: Description of the research domain.	A systematic literature review of studies on patient priorities with regard to primary health care.	57 studies were included. The aspects of care and methods used showed a wide variation.	The following aspects were seen by patients as most important in more than 50% of the studies that included them: "humaneness", "competence/accuracy", "patients' involvement in decisions", "time for care", "other aspects of availability/accessibility", "informativeness", "exploring patients' needs", "other aspects of relation and communication" and "availability of special services".

Auteurs, année Pays	Titre	Objectif	Modalité de consultation	Indicateurs/Dimensions/Priorités/Thèmes
Wong et Regan, 2009 Canada (Colombie- Britannique)	Patient perspectives on primary health care in rural communities: effects of geography on access, continuity and efficiency	To examine how to deliver primary health care (PHC) services and increase their accessibility in rural communities from the patient's perspective.	Seven focus groups with 50 people living in rural communities, in British Columbia.	Challenges to timely access to a regular healthcare provider, continuity of information and management of people's chronic disease conditions, and linkages to specialist services and diagnostic tests pose challenges for those living in rural communities. Making tradeoffs between safety of having to travel during times of poor road conditions and having healthcare needs met as well as additional out-of-pocket expenses associated with traveling to regional centers were also mentioned as important.

ANNEXE D

Analyse des modèles de rétroaction existants

Tableau D-1 Caractéristiques des modèles de rétroaction repérés

	Provinces (Canada)			Pays				Soutenus par les fonds de recherche (Canada)	
	MyPractice	Physician integrated network	Primary healthcare panel reports	Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)	Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires (RCSSSP)	Quality and outcomes framework	Primary care quality system	Réseau canadien d'information pour les cliniques de première ligne (RCIP)	12 équipes en Soins de santé communautaire de première ligne
Niveau	Ontario, Canada	Manitoba, Canada	Alberta, Canada	Canada	Canada	Royaume-Uni	Suède	Canada	Canada
Finalité	Amélioration de la qualité	Amélioration de la qualité	Planification, Amélioration de la qualité, politiques	Planification, Amélioration de la qualité, politiques	Surveillance, évaluation de la qualité- Santé publique, politiques	Amélioration de la qualité, politiques, imputabilité et financement	Amélioration de la qualité	Dédié à fournir des données patients pour amélioration de la qualité	Amélioration de la qualité
Public cible	Cliniciens Gestionnaires de clinique	Cliniciens	Équipes soins primaires	Tous publics de l'ICIS	Cliniciens pour Qualité et Agence de santé publique	Cliniciens Décideurs	Cliniciens Équipes Gestionnaires de clinique	Cliniciens Équipes Gestionnaires de clinique	Réseaux régionaux
Cadre conceptuel	Aucun	Aucun	Centre de médecine de famille	ICIS	Aucun	UK quality framework	Aucun	Aucun	Centre de médecine de famille
Nombre d'indicateurs	30	44	30	16	>50	>100	150	33	26
Provenance des données	Données administratives, OHIP, NACRS, OMHRS, ICIS, DAD	Dossier médical électronique	Données administratives	Données administratives Enquêtes (collectivité, Commonwealth) , BDMS, Main d'œuvre	Dossier médical électronique	Dossier médical électronique Sondage patient	Dossier médical électronique	Administré à partir du système de RdV Dossier médical électronique	Données administratives Sondage patient Sondage organisationnel
Format	Papier	Papier	Papier et numérique	Papier	Numérique	Numérique	Numérique	Papier et numérique	Papier

	Provinces (Canada)			Pays				Soutenus par les fonds de recherche (Canada)	
	MyPractice	Physician integrated network	Primary healthcare panel reports	Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)	Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires (RCSSSP)	Quality and outcomes framework	Primary care quality system	Réseau canadien d'information pour les cliniques de première ligne (RCIP)	12 équipes en Soins de santé communautaire de première ligne
Guide d'interprétation et action	Oui	Oui	Oui	Plus ou moins	Non	Oui	Oui	Non	Non
Normes	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Périodicité	3 mois	1 fois par année	1 fois par année	1 fois par année	2 fois par année	1 fois par année	En temps réel	Continue selon demande	1 fois par année
Activité de soutien	Oui	ND	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non

Abréviations : BDMS: base de données médicales Scott's; DAD : Discharge Abstract Database; NACRS : National Ambulatory Care Reporting System metadata; ND : information non disponible; OHIP: Ontario Health Insurance Program; OMHRS : Ontario Mental Health Reporting System; UK : United Kingdom.

Sources : MyPractice [HQO, 2021]; Physician integrated network [Manitoba Health, 2020]; Primary healthcare panel reports [HQCA, 2021]; Institut canadien d'information sur la santé [ICIS, 2012]; Réseau canadien d'information de surveillance sentinelle en soins primaires [RCSSSP, 2021]; Quality and outcomes framework [NHS, 2021]; Primary care quality system [André *et al.*, 2018]; Réseau canadien d'information pour les cliniques de première ligne [RCIP, 2020]; 12 équipes en Soins de santé communautaire de première ligne [IRSC, 2017].

Note: certaines des sources utilisées en cours de projet ne sont plus accessibles et ont été actualisées.

ANNEXE E

Processus de sélection

Tableau E-1 Tableau-synthèse des indicateurs de qualité exclus

Indicateurs	Argumentaire	Sources
1. Importance - L'indicateur concerne une condition qui ne représente pas un fardeau important OU une intervention pour laquelle il n'y a pas un écart entre la performance actuelle et les meilleures pratiques. L'implantation de l'indicateur ne permet pas une amélioration mesurable et significative des résultats cliniques.		
Pourcentage de personnes sans cancer (et non palliatifs) avec une dose élevée d'opiacé (>90 mg équivalents de morphine) dans les derniers 6 mois (exclue thérapie d'agoniste)	Ne représente pas un fardeau important - Peu fréquent (1,2 % des nouveaux utilisateurs dans une année) [INESSS, 2018]	Ontario [HQO, 2021]
Pourcentage de personnes avec diagnostic d'ostéoporose qui prennent un médicament (bi-phosphanate et autres)	Ne représente pas un fardeau important – Peu fréquent	Alberta [HQCA, 2021]; Royaume-Uni [NHS, 2021]
Proportion des personnes diabétiques qui utilisent un antidiabétique	Ne permet pas une amélioration significative - La grande majorité des diabétiques reconnus dans les banques de données prennent une médication	CoMPAS+ [INESSS, 2021c]
Nombre d'ordonnances de bandelettes par jour pour les diabétiques non insulino dépendants	Ne permet pas une amélioration significative - Pas un enjeu actuellement (politique de remboursement instaurée par la RAMQ)	INESSS [2016a]
Nombre de nouveaux utilisateurs d'AOD ou de warfarine, ayant fait un usage concomitant d'un AOD et d'un médicament qui fait augmenter les risques de saignement	Ne permet pas une amélioration significative - Pas un enjeu actuellement (le contrôle des interactions médicamenteuses est très bien fait par les pharmaciens communautaires)	INESSS [2019b]
Persistance de l'usage des AOD dans l'année suivant l'amorce du traitement chez les nouveaux utilisateurs couverts par le RPAM et ayant un diagnostic de FANV	Ne permet pas une amélioration significative - Pas un enjeu actuellement	INESSS [2019b]
Observance de l'usage des AOD dans l'année suivant l'amorce du traitement chez les nouveaux utilisateurs de 2015 couverts par le RPAM et ayant un diagnostic de FANV	Ne permet pas une amélioration significative - Pas un enjeu actuellement	INESSS [2019b]

Indicateurs	Argumentaire	Sources
Pourcentage des personnes qui ont un chevauchement d'ordonnance d'opioïdes durant un nombre de jours supérieur à 20 % de la durée de la précédente ordonnance d'opioïde	Ne représente pas un fardeau important - Peu fréquent [INESSS, 2018]	INESSS [2018]
Pourcentage des personnes qui ont une dose quotidienne moyenne de plus de 200 mg en équivalent de morphine au cours d'une nouvelle période d'usage	Ne représente pas un fardeau important - Peu fréquent (0,2 % des nouveaux utilisateurs) [INESSS, 2018]	INESSS [2018]
Pourcentage des personnes qui ont une augmentation de 50 % ou plus du nombre d'équivalents de morphine par mois (29 jours) à 2 reprises consécutives durant une nouvelle période d'usage	Ne représente pas un fardeau important - Peu fréquent (0,8 % des nouveaux utilisateurs) [INESSS, 2018]	INESSS [2018]
2. Pertinence des soins et services - L'indicateur n'est pas pertinent sur le plan clinique, puisqu'il ne représente pas les meilleures pratiques applicables à l'ensemble de la population cible OU puisqu'il y a plusieurs bonnes pratiques.		
Proportion ajustée des personnes inscrites à un médecin de famille et avec une maladie chronique ayant fait au moins une visite avec leur médecin de famille, dans l'année financière étudiée	L'indicateur ne représente pas les meilleures pratiques applicables à l'ensemble de la population cible - Il n'est pas établi que c'est une bonne pratique pour tous et que ce doit être le médecin de famille qui est le professionnel qui doit être vu (ce peut être une IPS-PL)	CoMPAS+ [INESSS, 2021c]; Ontario [HQO, 2021]
Pourcentage des personnes de plus de 75 ans qui prennent de l'oxazépam parmi les personnes de 75 ans et plus qui prennent des benzodiazépines	L'indicateur ne représente pas les meilleures pratiques applicables à l'ensemble de la population cible - Très ciblé sur l'oxazépam plutôt que sur toutes les benzodiazépines.	Suède [André <i>et al.</i> , 2018]
Pourcentage de personnes de plus de 75 ans qui prennent du zopiclone parmi les personnes qui prennent des benzodiazépines	L'indicateur ne représente pas les meilleures pratiques applicables à l'ensemble de la population cible - Très ciblé sur le zopiclone plutôt que sur toutes les benzodiazépines-like.	Suède [André <i>et al.</i> , 2018]
Pourcentage de patients qui prennent un somnifère (benzodiazépine-like)	L'indicateur n'est pas pertinent sur le plan clinique - Non spécifique	Suède [André <i>et al.</i> , 2018]
Pourcentage de personnes qui prennent un somnifère (benzodiazépine-like utilisée à long terme)	L'indicateur n'est pas pertinent sur le plan clinique - Non spécifique	Suède [André <i>et al.</i> , 2018]

Indicateurs	Argumentaire	Sources
Pourcentage de patients qui prennent une benzodiazépine	L'indicateur n'est pas pertinent sur le plan clinique - Non spécifique	Suède [André <i>et al.</i> , 2018]
Pourcentage de personnes qui prennent une benzodiazépine utilisée à long terme	L'indicateur n'est pas pertinent sur le plan clinique - Non spécifique	Suède [André <i>et al.</i> , 2018]
Pourcentage de personnes qui ont un diagnostic de démence et qui prennent des médicaments antipsychotiques	L'indicateur ne représente pas les meilleures pratiques applicables à l'ensemble de la population cible - l'indicateur sur les antipsychotiques chez tous les patients de plus de 65 ans a été privilégié	Suède [André <i>et al.</i> , 2018]
Pourcentage de patients avec diagnostic de dépression ou d'anxiété qui prennent un antidépresseur	Il y a plusieurs bonnes pratiques - La prescription d'antidépresseurs n'est pas la seule option à privilégier selon les guides de pratiques. La psychothérapie aussi est efficace.	Suède [André <i>et al.</i> , 2018]
Pourcentage de patients qui prennent un antidépresseur et qui ont un diagnostic de dépression ou d'anxiété	L'indicateur n'est pas pertinent sur le plan clinique, puisqu'il ne représente pas les meilleures pratiques applicables à l'ensemble de la population cible - La dépression et l'anxiété ne sont pas les seules indications pour un anti dépresseur.	Suède [André <i>et al.</i> , 2018]
Pourcentage de patients qui prennent un traitement psychologique (TCC, TI ou TP) pour un nouveau diagnostic de dépression ou d'anxiété	Il y a plusieurs bonnes pratiques - Plusieurs options thérapeutiques sont possibles Données sur le suivi en psychothérapie non accessibles.	Suède [André <i>et al.</i> , 2018]
Pourcentage de personnes qui ont un diagnostic d'insuffisance cardiaque et qui prennent des bêtabloqueurs	L'indicateur n'est pas pertinent sur le plan clinique – Ne peut pas être interpréter sans les données cliniques [McKelvie <i>et al.</i> , 2013].	Suède [André <i>et al.</i> , 2018]; Royaume-Uni [NHS, 2021]
Pourcentage de personnes qui ont un diagnostic d'insuffisance cardiaque et qui prennent des inhibiteurs du système rénine-angiotensine	L'indicateur n'est pas pertinent sur le plan clinique – Ne peut pas être interpréter sans les données cliniques [McKelvie <i>et al.</i> , 2013].	Suède [André <i>et al.</i> , 2018], Manitoba [Manitoba Health, 2020]; Royaume-Uni [NHS, 2021]

Indicateurs	Argumentaire	Sources
Pourcentage de personnes qui ont un diagnostic d'insuffisance cardiaque et qui prennent un bêta bloquant et un inhibiteur du système rénine-angiotensine	L'indicateur n'est pas pertinent sur le plan clinique – La combinaison des deux médicaments dépend du statut clinique.	Suède [André <i>et al.</i> , 2018]; Royaume-Uni [NHS, 2021]
Pourcentage de personnes avec une maladie coronarienne (MCAS) qui prennent un inhibiteur du système rénine-angiotensine	L'indicateur ne représente pas les meilleures pratiques applicables à l'ensemble de la population cible - Ce ne sont pas toutes les personnes atteintes de maladie coronarienne qui doivent recevoir cette médication [Fihn <i>et al.</i> , 2012].	Suède [André <i>et al.</i> , 2018]; Royaume-Uni [NHS, 2021]
Pourcentage de personnes avec une infection respiratoire (otite, sinusite, pharyngite, pneumonie, bronchites) qui ont reçu des antibiotiques	Il y a plusieurs bonnes pratiques - L'indicateur n'est pas pertinent car plusieurs options thérapeutiques sont possibles - Requier trop de jugement clinique.	Suède [André <i>et al.</i> , 2018]
Pourcentage de personnes de plus de 15 ans ayant une cystite qui prennent un antibiotique	L'indicateur n'est pas pertinent sur le plan clinique - Requier trop de jugement clinique.	Suède [André <i>et al.</i> , 2018]
Pourcentage de personnes diabétiques qui ont pris un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine (ARA) dans les derniers 12 mois	L'indicateur ne représente pas les meilleures pratiques applicables à l'ensemble de la population cible - Ce ne sont pas tous les diabétiques qui doivent recevoir cette médication.	Ontario [HQO, 2021]
Pourcentage de personnes de 65 ans qui ont nouveau diagnostic d'hypertension et que le 1er médicament est un thiazide	Il y a plusieurs bonnes pratiques - plusieurs conditions cliniques qui peuvent justifier un autre choix.	Rendement Ontario [HQO, 2014]; INESSS [2012]
Ratio du nombre total d'APS par 100 hommes réclamés par les laboratoires (fichier de remboursement des tests biologiques du MSSS)	L'indicateur nécessiterait d'être précisé. Il y a une zone grise quant à l'âge où il est recommandé de ne pas le faire et un âge où c'est la décision partagée qui est recommandée.	INESSS [2017c]
Proportion des personnes ayant un diagnostic de TDAH qui ont recours à un traitement pharmacologique	Il y a plusieurs bonnes pratiques - La pratique de prescrire n'est pas la seule option pour traiter le TDAH	INESSS [2017a]
Pourcentage des patients asthmatiques qui ont recours plus de 3 fois par semaine à une médication d'urgence (bêta ₂ -agoniste à action rapide-BAAR) et qui prennent un anti-inflammatoire régulièrement	Il y a plusieurs bonnes pratiques - il y a plusieurs types de médication de secours et une des médicaments de secours [GINA, 2019].	INESSS [2012]

Indicateurs	Argumentaire	Sources
Proportion des personnes souffrant de TDAH qui prennent du Concerta	La prescription de Concerta n'est qu'une des options thérapeutiques pour le TDAH.	INESSS [2012]
3. Mesure fondée sur des données probantes - L'indicateur n'est pas fondé sur des données probantes de qualité qui confirment que la structure, le processus ou le résultat mesuré est associé à un état de santé souhaité.		
Pourcentage des personnes diabétiques depuis au moins 15 ans - ou qui ont 40 ans et plus - et qui n'ont pas de MCV qui sont traitées par des statines	L'indicateur n'est pas fondé sur des données probantes (consensus de niveau D) [DCCPGEC, 2018]	CoMPAS+ [INESSS, 2021c]; Suède [André <i>et al.</i> , 2018], Ontario [HQO, 2021]; Alberta [HQCA, 2021]
Personnes de 65 ans et plus, prenant au moins 10 médicaments, ayant au moins une prescription d'une des 4 classes de médicaments ciblés ET qui n'ont pas eu de visites dans les 6 derniers mois	L'indicateur n'est pas fondé sur des données probantes – Pas de données probantes sur la nécessité de revoir son médecin de famille aux 6 mois si on a plus de 10 médicaments	CoMPAS+ [INESSS, 2021c]
Usage approprié de l'antibiotique pour la gonorrhée et la chlamydia	L'indicateur n'est pas fondé sur des données probantes. L'INESSS est en train de revoir les lignes directrices.	INESSS [2020]
4. Spécificité de la mesure/mesurabilité - L'indicateur est difficilement mesurable, non disponible (pas accessible à partir des banques de données clinico-administratives) OU produit une information qui n'est pas précise, voire invalide.		
Pourcentage des diabétiques de 65 ans et plus avec une maladie cardiovasculaire et traités par empagliflozine, canagliflozine ou de la liraglutide	L'indicateur est difficilement mesurable - Recommandé chez les diabétiques avec une MCV qui n'atteignent pas les valeurs cibles d'HbA1c au moyen de leur traitement actuel. On ne peut produire le dénominateur de l'indicateur sans avoir les données cliniques.	CoMPAS+ [INESSS, 2021c]
Pourcentage des diabétiques de 65 ans et plus avec une maladie cardiovasculaire et traités par un inhibiteur de la SGLT2 ou par un analogue de la GLP1	L'indicateur est difficilement mesurable - Recommandé chez les diabétiques avec une MCV qui n'atteignent pas les valeurs cibles d'HbA1c au moyen de leur traitement actuel. On ne peut produire le dénominateur de l'indicateur sans avoir les données cliniques.	CoMPAS+ [INESSS, 2021c]

Indicateurs	Argumentaire	Sources
Pourcentage des patients qui ont un inhibiteur de la pompe à protons avec une indication reconnue	L'indicateur est difficilement mesurable - Pas possible d'évaluer l'indication « non reconnue » avec les banques de données (ceux qui sont remboursés sont pour une indication reconnue)	Suède [André <i>et al.</i> , 2018]; Alberta [HQCA, 2021]
Pourcentage des personnes qui sont traitées avec un AINS et qui ont un risque cardiovasculaire élevé	L'indicateur n'est pas disponible à partir des banques de données clinico-administratives - La présence de facteurs de risque se trouve dans le dossier médical électronique.	Suède [André <i>et al.</i> , 2018]
Proportion de personnes qui ont utilisé un contraceptif d'urgence	L'indicateur est difficilement mesurable - Quel est le dénominateur dans un GMF et même dans la population	Royaume-Uni [NHS, 2021]
Pourcentage de femmes avec diagnostic d'ostéoporose qui ont eu un scan ou une fracture et qui prennent des médicaments	L'indicateur est difficilement mesurable - Indicateur très complexe à mesurer car plusieurs éléments dans l'algorithme : diagnostic d'ostéoporose validé, fracture ou scan et médicaments.	Royaume-Uni [NHS, 2021]
Utilisation des services psychosociaux par les personnes qui ont un diagnostic de TDAH	Indicateur qui touche une population très spécifique qui représente <1 % de la population en GMF (N très petit). On a privilégié un indicateur sur l'accès aux services psychosociaux pour l'ensemble des personnes inscrites qui ont un problème de santé mentale (8 % selon les profils Grouper)	INESSS [2017a]
Pourcentage de patients avec un diagnostic d'angine stable ayant une histoire d'infarctus de myocarde et qui sont sous inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) (ou antagoniste des récepteurs de l'angiotensine (ARA) si intolérance), aspirine (ou un autre antiplaquettaire), bêta bloqueur, et statine (exception si contre-indication)	L'indicateur est difficilement mesurable - Très difficile, voire impossible, de définir la population cible à partir des banques de données	INESSS [2012]
Pourcentage de patients ayant un diagnostic d'asthme et qui prennent des corticostéroïdes systémiques (Prednisone par voie orale)	L'indicateur est difficilement mesurable – Il y a plusieurs conditions cliniques à identifier pour produire un indicateur valide [GINA, 2019]	INESSS [2012]
Pourcentage de patients asthmatiques qui ne sont pas maîtrisés par une faible dose de corticostéroïde ayant une deuxième médication	L'indicateur est difficilement mesurable - Il faut un accès au dossier clinique pour savoir si l'asthme n'est pas maîtrisé.	INESSS [2012]
Pourcentage des patients asthmatiques qui suivent un traitement par corticostéroïde systémique utilisé seul et qui ne reçoivent pas les soins d'un spécialiste	L'indicateur est difficilement mesurable – Il y a plusieurs conditions cliniques à identifier pour produire un indicateur valide [GINA, 2019]	INESSS [2012]

Indicateurs	Argumentaire	Sources
Pourcentage de patients MPOC ayant une exacerbation (sécrétions plus purulentes) recevant une antibiothérapie	L'indicateur est difficilement mesurable - L'exacerbation est un diagnostic clinique qui n'est pas accessible dans les banques de données clinico-administratives.	INESSS [2012]
Personnes à faible risque d'ostéoporose qui reçoivent un test d'ostéodensitométrie par ADEX pour le dépistage de l'ostéoporose	L'indicateur est difficilement mesurable - Le risque d'ostéoporose est un risque clinique difficile à estimer avec fiabilité à partir bases de données clinico-administratives	Canada [Papaioannou <i>et al.</i> , 2010]
Utilisation prolongée d'opioïdes pour la douleur chronique sans avoir utilisé d'autres modalités	Indicateur difficilement mesurable - requiert plusieurs conditions cliniques.	INESSS [2018]
Proportions des personnes qui ont une maladie qui nécessite la prise de statine et qui en prennent	Indicateur difficilement mesurable - requiert plusieurs conditions cliniques dont certaines ne sont accessibles que dans le dossier.	INESSS [2017b]
Proportion de personnes inscrites au GMF appartenant au profil de la clientèle avec des problèmes de santé mentale qui ont reçu une intervention du CLSC	L'indicateur est difficilement mesurable - Certains soins et services peuvent être offerts au privé ce qui soulève des enjeux de mesure.	Comité consultatif
5. Faisabilité/Applicabilité - L'indicateur n'est pas facile à utiliser par la clientèle cible. Il n'est pas interprétable ou son interprétation nécessite trop de mise en contexte (par exemple un arbre décisionnel clinique) OU l'indicateur n'est pas « actionnable » car il fournit une mesure sur un processus ou un résultat dont la mise en application ne dépend pas, ou dépend peu, des personnes qui font l'objet de la rétroaction (ici les GMF).		
Proportion ajustée des personnes inscrites à un médecin de famille ayant fait au moins une visite avec un pneumologue dans l'année financière étudiée, sans voir leur médecin de famille dans les 365 jours précédant la visite.	L'indicateur n'est pas « actionnable » car il fournit une mesure sur un processus ou un résultat dont la mise en application ne dépend pas, ou dépend peu du GMF - Trop spécifique	CoMPAS+ [INESSS, 2021c]
Proportion des personnes atteintes de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ayant reçu au moins une ordonnance de bronchodilatateur à longue durée d'action dont la date de service se situe pendant l'année financière étudiée	L'indicateur n'est pas « actionnable » car il fournit une mesure sur un processus ou un résultat dont la mise en application ne dépend pas, ou dépend peu du GMF - Trop spécifique	CoMPAS+ [INESSS, 2021c]
Proportion des personnes atteintes de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ayant pris un traitement de bronchodilatateur à longue durée d'action au moins 80 % du temps au cours des 365 jours suivant le traitement initial de ce bronchodilatateur à longue durée d'action	L'indicateur n'est pas « actionnable » car il fournit une mesure sur un processus ou un résultat dont la mise en application ne dépend pas, ou dépend peu du GMF - Trop spécifique	CoMPAS+ [INESSS, 2021c]
Proportion des personnes atteintes de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ayant reçu au moins une ordonnance de corticostéroïdes en inhalation (CSI) sans avoir reçu, dans la même année, au moins une ordonnance d'un	L'indicateur n'est pas « actionnable » car il fournit une mesure sur un processus ou un résultat dont la mise en application ne dépend pas, ou dépend peu du GMF - Trop spécifique	CoMPAS+ [INESSS, 2021c]

Indicateurs	Argumentaire	Sources
bronchodilatateur à longue durée d'action		
Proportion ajustée des visites à l'urgence dont la priorité au triage est P4 ou P5 qui ont été réorientées vers une clinique médicale de première ligne, durant l'année financière à l'étude	L'indicateur n'est pas « actionnable » car il fournit une mesure sur un processus ou un résultat dont la mise en application ne dépend pas, ou dépend peu du GMF - Surtout attribuable à la structure d'organisation de l'urgence	CoMPAS+ [INESSS, 2021c]
Proportion ajustée des personnes qui ont fait une visite à l'urgence et qui y retournent dans les 7 jours ou moins suivant cette précédente visite	L'indicateur n'est pas « actionnable » car il fournit une mesure sur un processus ou un résultat dont la mise en application ne dépend pas, ou dépend peu du GMF - Surtout attribuable à la structure d'organisation de l'urgence	CoMPAS+ [INESSS, 2021c]
Proportion ajustée des personnes ayant eu une hospitalisation et ayant été réadmise dans les 30 jours ou moins suivant la date de sortie de l'hospitalisation précédente	L'indicateur n'est pas « actionnable » car il fournit une mesure sur un processus ou un résultat dont la mise en application ne dépend pas, ou dépend peu du GMF - Surtout attribuable aux pratiques hospitalières reliées à la planification des congés (indicateur sur la performance hospitalière)	CoMPAS+ [INESSS, 2021c]; Ontario [HQO, 2021]; Alberta [HQCA, 2021]
Pourcentage des personnes diabétiques qui ont une maladie cardiovasculaire et qui sont traitées par des statines	L'indicateur n'est pas « actionnable » car il fournit une mesure sur un processus ou un résultat dont la mise en application ne dépend pas, ou dépend peu du GMF - Trop spécifique	CoMPAS+ [INESSS, 2021c]
Pourcentage des personnes diabétiques qui ont une maladie cardiovasculaire et qui sont traitées par néphroprotecteur (inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA)/antagoniste des récepteurs de l'angiotensine (ARA))	L'indicateur n'est pas « actionnable » car il fournit une mesure sur un processus ou un résultat dont la mise en application ne dépend pas, ou dépend peu du GMF - Trop spécifique	CoMPAS+ [INESSS, 2021c]
Pourcentage des personnes diabétiques qui ont une maladie cardiovasculaire et qui sont traitées par des antiplaquettaires et des anticoagulants	L'indicateur n'est pas « actionnable » car il fournit une mesure sur un processus ou un résultat dont la mise en application ne dépend pas, ou dépend peu du GMF - Trop spécifique	CoMPAS+ [INESSS, 2021c]
Pourcentage des prescriptions qui proviennent d'un médecin autre que son médecin de famille	L'indicateur n'est pas « actionnable » car il fournit une mesure sur un processus ou un résultat dont la mise en application ne dépend pas, ou dépend peu du GMF – Difficulté du suivi conjoint avec plusieurs médecins spécialistes	CoMPAS+ [INESSS, 2021c]

Indicateurs	Argumentaire	Sources
Pourcentage des prescriptions d'IPP qui proviennent d'un médecin autre que son médecin de famille	L'indicateur n'est pas « actionnable » car il fournit une mesure sur un processus ou un résultat dont la mise en application ne dépend pas, ou dépend peu du GMF – Difficulté du suivi conjoint avec plusieurs médecins spécialistes	CoMPAS+ [INESSS, 2021c]
Pourcentage des prescriptions de benzodiazépine qui proviennent d'un médecin autre que son médecin de famille	L'indicateur n'est pas « actionnable » car il fournit une mesure sur un processus ou un résultat dont la mise en application ne dépend pas, ou dépend peu du GMF – Difficulté du suivi conjoint avec plusieurs médecins spécialistes	CoMPAS+ [INESSS, 2021c]
Pourcentage des prescriptions d'antipsychotique qui proviennent d'un médecin autre que son médecin de famille	L'indicateur n'est pas « actionnable » car il fournit une mesure sur un processus ou un résultat dont la mise en application ne dépend pas, ou dépend peu du GMF – Difficulté du suivi conjoint avec plusieurs médecins spécialistes	CoMPAS+ [INESSS, 2021c]
Pourcentage des prescriptions de sulfonylurée qui proviennent d'un médecin autre que son médecin de famille	L'indicateur n'est pas « actionnable » car il fournit une mesure sur un processus ou un résultat dont la mise en application ne dépend pas, ou dépend peu du GMF – Difficulté du suivi conjoint avec plusieurs médecins spécialistes	CoMPAS+ [INESSS, 2021c]
Pourcentage des prescriptions potentiellement inappropriées qui proviennent d'un médecin autre que son médecin de famille	L'indicateur n'est pas « actionnable » car il fournit une mesure sur un processus ou un résultat dont la mise en application ne dépend pas, ou dépend peu du GMF – Difficulté du suivi conjoint avec plusieurs médecins spécialistes	CoMPAS+ [INESSS, 2021c]; Ontario [HQO, 2021]
Pourcentage de personnes avec un diagnostic de maladie coronarienne athérosclérosante (MCAS) qui prennent une statine	L'indicateur n'est pas « actionnable » car il fournit une mesure sur un processus ou un résultat dont la mise en application ne dépend pas, ou dépend peu du GMF - Trop spécifique	Suède [André <i>et al.</i> , 2018]
Pourcentage de personnes avec un diagnostic de maladie coronarienne athérosclérosante (MCAS) qui prennent un antiplaquettaire ou un anticoagulant	L'indicateur n'est pas « actionnable » car il fournit une mesure sur un processus ou un résultat dont la mise en application ne dépend pas, ou dépend peu du GMF - Trop spécifique	Suède [André <i>et al.</i> , 2018]; Royaume-Uni [NHS, 2021]
Pourcentage de personnes ayant eu une ICT ou un AVC qui prennent des statines	L'indicateur n'est pas « actionnable » car il fournit une mesure sur un processus ou un résultat dont la mise en application ne dépend pas, ou dépend peu du GMF - Traitement souvent initié par un spécialiste	Suède [André <i>et al.</i> , 2018]

Indicateurs	Argumentaire	Sources
Pourcentage des personnes qui ont une prescription d'opioïdes faite par un autre prescripteur que le médecin de famille	L'indicateur n'est pas « actionnable » car il fournit une mesure sur un processus ou un résultat dont la mise en application ne dépend pas, ou dépend peu du GMF – Difficulté du suivi conjoint avec plusieurs médecins spécialistes	Ontario [HQO, 2021]
Pourcentage des personnes qui ont une prescription d'opioïdes faite par un autre prescripteur qu'un médecin du GMF	L'indicateur n'est pas « actionnable » car il fournit une mesure sur un processus ou un résultat dont la mise en application ne dépend pas, ou dépend peu du GMF – Difficulté du suivi conjoint avec plusieurs médecins spécialistes	Ontario [HQO, 2021]
Pourcentage des personnes diabétiques qui ont un diagnostic de maladie rénale et qui prennent des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou des antagonistes des récepteurs de l'angiotensine (ARA)	L'indicateur n'est pas « actionnable » car il fournit une mesure sur un processus ou un résultat dont la mise en application ne dépend pas, ou dépend peu du GMF - Trop spécifique	Alberta [HQCA, 2021]; Royaume-Uni [NHS, 2021]
Pourcentage des personnes avec nouveau diagnostic d'insuffisance cardiaque qui ont eu une échographie ou une visite avec le spécialiste dans les 3 à 12 mois après la date du premier diagnostic	L'indicateur n'est pas « actionnable » car il fournit une mesure sur un processus ou un résultat dont la mise en application ne dépend pas, ou dépend peu du GMF – Difficulté du suivi conjoint avec plusieurs médecins spécialistes	Royaume-Uni [NHS, 2021]
Pourcentage des personnes qui ont un diagnostic de maladie vasculaire périphérique qui prennent des antiplaquettaires	L'indicateur n'est pas « actionnable » car il fournit une mesure sur un processus ou un résultat dont la mise en application ne dépend pas, ou dépend peu du GMF - Trop spécifique	Royaume-Uni [NHS, 2021]
Proportion des hospitalisations des personnes de 65 ans et plus atteintes de MA ou autres TNCM, qui ont été hospitalisées durant l'année à l'étude et qui ont eu une visite à domicile d'intervenant du CLSC, dans les (48h) 2 jours suivant le congé hospitalier	L'indicateur n'est pas « actionnable » car il fournit une mesure sur un processus ou un résultat dont la mise en application ne dépend pas, ou dépend peu du GMF - Transition de soins pas attribuable au GMF mais au congé hospitalier.	CoMPAS+ [INESSS, 2021c]
Proportion des hospitalisations des personnes de 65 ans et plus atteintes de MA ou autres TNCM, qui ont eu une visite à domicile d'intervenant du CLSC, dans les (48h) 2 jours suivant une visite à l'urgence durant l'année à l'étude	L'indicateur n'est pas « actionnable » car il fournit une mesure sur un processus ou un résultat dont la mise en application ne dépend pas, ou dépend peu du GMF - Transition de soins pas attribuable au GMF mais aux pratiques des salles d'urgence.	CoMPAS+ [INESSS, 2021c]

Indicateurs	Argumentaire	Sources
Mortalité toutes causes confondues suivant l'amorce du traitement chez les nouveaux utilisateurs d'AOD ou de warfarine de 2015 couverts par le RPAM et ayant un diagnostic de TEV, selon l'anticoagulant utilisé à l'amorce du traitement	L'indicateur n'est pas « actionnable » car il fournit une mesure sur un processus ou un résultat dont la mise en application ne dépend pas, ou dépend peu du GMF - Indicateur au niveau populationnel.	INESSS [2019b]
Pourcentage des patients ayant reçu un diagnostic d'angine stable qui sont traités à l'aide d'IECA (inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine) ou d'ARA (antagoniste des récepteurs de l'angiotensine) s'ils présentent aussi un diabète et/ou une altération de la fonction du ventricule gauche et/ou une insuffisance rénale chronique et/ou une HTA	L'indicateur n'est pas « actionnable » car il fournit une mesure sur un processus ou un résultat dont la mise en application ne dépend pas, ou dépend peu du GMF - Trop spécifique	INESSS [2012]
Pourcentage des personnes avec un diagnostic d'asthme dont le traitement comporte un bêta ₂ agoniste à longue action (BALA) ou à action rapide (BAAR) en monothérapie	L'indicateur n'est pas « actionnable » car il fournit une mesure sur un processus ou un résultat dont la mise en application ne dépend pas, ou dépend peu du GMF - Trop spécifique	INESSS [2012]
Pourcentage des personnes avec un diagnostic de diabète de type 2 dont le premier choix de traitement (sauf si contre-indication) est la métformine	L'indicateur n'est pas « actionnable » car il fournit une mesure sur un processus ou un résultat dont la mise en application ne dépend pas, ou dépend peu du GMF - Trop spécifique	INESSS [2012]
Proportion des personnes qui ont recours à l'imagerie pour des céphalées	L'indicateur n'est pas « actionnable » car il fournit une mesure sur un processus ou un résultat dont la mise en application ne dépend pas, ou dépend peu du GMF – 75 % sont prescrites par les médecins spécialistes [INESSS, 2016b]	INESSS [2019c]
6. Doublons		
Pourcentage des personnes de plus de 75 ans qui prennent des médicaments qui doivent être évités / prescriptions potentiellement inappropriées (PPI)		
Pourcentage des personnes qui ont reçu une première prescription de somnifère (benzo et benzodiazépine- <i>like</i>) qui était de 30 comprimés ou moins		
Pourcentage de personnes diabétique depuis 15 ans et qui prennent des statines		
Pourcentage de personnes de 65 ans et plus qui prennent des antipsychotiques		
Pourcentage de personnes qui prennent des antibiotiques pour une sinusite		

Indicateurs	Argumentaire	Sources
Proportion des de personnes de 65 ans et plus atteintes de MA ou autres TNCM prenant au moins 10 médicaments, et ayant une prescription d'au moins une des 4 classes de médicaments suivantes : inhibiteurs de la pompe à protons; benzodiazépines; hypoglycémiants sulfonylurées ou antipsychotiques		
Nombre de nouveaux utilisateurs d'AOD ou de warfarine, ayant fait un usage concomitant d'un AOD et d'un médicament ayant un potentiel d'interaction médicamenteuse		
Pourcentage des patients ayant reçu un diagnostic d'angine stable qui suivent un traitement antiplaquettaire ou anticoagulant (sauf si contre-indication)		
Pourcentage des patients ayant reçu un diagnostic d'angine stable qui suivent un traitement par statine (sauf si contre-indication)		
Pourcentage des personnes avec un diagnostic d'asthme qui ont une médication de secours de prescrite		
Essentiellement la même chose que l'indicateur 153 en moins précis.		
Pourcentage des personnes qui ont un chevauchement d'ordonnance d'opioïdes et de benzodiazépines en concomitance de 7 jours ou plus		

Abréviations : ADEX : absorptiométrie double énergie à rayon X; AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien; AOD : anticoagulant oral direct; APS : antigène prostatique spécifique; ARA : antagoniste des récepteurs de l'angiotensine; AVC :accident vasculaire cérébral; BALA : bêta₂-agoniste à longue durée d'action; BAAR : bêta₂-agoniste à action rapide; CLSC : centre local de services communautaires; CoMPAS+ : collectif pour les Meilleures Pratiques et l'Amélioration des Soins et Services; CSI : corticostéroïde en inhalation; DMÉ : dossier médical électronique; FANV : fibrillation atriale non vulvaire; GINA : Global Initiative for Asthma; GLP1 : *Glucagon-like peptide-1*; GMF : groupe de médecine de famille; HbA1c : hémoglobine glyquée; HTA : hypertension artérielle; IECA : inhibiteur de conversion de l'angiotensine; ICT : ischémie cérébrale transitoire; IPS-PL : infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne; MA :maladie d'Alzheimer; MCAS : maladie coronarienne athérosclérosante; MCV : maladie cardiovasculaire; mg : milligrammes; MPOC : maladie pulmonaire obstructive chronique; MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux; PPI : prescription potentiellement inappropriée; RAMQ : Régie de l'assurance maladie du Québec; RPAM : régime public d'assurance médicaments; SGLT 2 : sodium-glucose co-transporteur 2; s.o. : sans objet; TCC : thérapie cognitivo-comportementale; TDAH : trouble du déficit de l'attention avec/sans hyperactivité; TEV : thrombo-embolie veineuse; TI : thérapie interpersonnelle; TNCM : trouble neurocognitif majeur; TP : thérapie psychodynamique.

ANNEXE F

Indicateurs de qualité non retenus pour l'exercice de priorisation

Tableau F-1 Indicateurs de qualité sélectionnés, mais non retenus pour l'exercice de priorisation

Dimension	Indicateur	Enjeux de production ou de mesure
Accessibilité en temps opportun	Proportion de femmes qui ont accouché et qui ont consulté un médecin, une infirmière clinicienne ou une IPS-PL du GMF au cours du premier trimestre de grossesse	Enjeu de pertinence : la bonne pratique n'est pas d'avoir vu une infirmière ou un MD, mais plutôt d'avoir eu un dépistage prénatal; enjeu de mesurabilité : imprécision pour le calcul du premier trimestre
Centré sur la personne*	Proportion de personnes inscrites au GMF qui ont eu une visite avec une IPS-PL du GMF dans l'année, selon le segment de clientèle	Enjeu de mesurabilité : des tests préliminaires ont été réalisés
	Proportion de personnes inscrites au GMF qui ont eu une visite avec un travailleur social du GMF dans l'année, selon le segment de clientèle	Enjeu de mesurabilité : des tests préliminaires ont été réalisés
	Proportion de personnes inscrites au GMF qui ont eu une visite avec un pharmacien du GMF dans l'année, selon le segment de clientèle	L'INESSS n'a pas accès à cette information
	Proportion des visites faites par un patient inscrit à un professionnel du GMF qui ont été faites en mode virtuel dans l'année selon le segment de clientèle	L'INESSS n'a pas accès au contexte de la visite (virtuelle ou face à face). Une demande d'accès a été faite à la RAMQ.
Efficacité	Proportion de personnes couvertes par le régime public qui ont reçu une première prescription de benzodiazépine qui était de 30 comprimés ou moins	Enjeu de données probantes : aucune donnée probante n'a été repérée directement en lien avec l'indicateur
	Proportion de personnes avec un nouveau diagnostic de dépression qui ont été revues entre 10 et 56 jours après le diagnostic	Enjeu de pertinence : ce n'est pas nécessairement le médecin qui doit revoir la personne; enjeu de validité : sur la définition d'un « nouveau » et du diagnostic
	Proportion de personnes qui ont une cystite qui prennent un antibiotique de première intention et une quinolone	Enjeu de mesurabilité : sur la définition de la cystite; la primo-infection ne peut pas être différenciée de la prophylaxie / récurrence / réinfection
	Proportion de femmes de 23 à 69 ans qui ont fait leur test Pap dans les trois dernières années	L'INESSS n'a pas accès aux données sur les tests Pap
	Proportion de personnes éligibles dont le dépistage colorectal (FIT) est à jour	L'INESSS n'a pas accès aux données sur les tests FIT
	Proportion de personnes couvertes par le régime public avec infection respiratoire (otite, sinusite, pharyngite, pneumonie, bronchite) qui ont reçu des antibiotiques de première intention	Enjeu de mesurabilité : définition des diagnostics et de la première intention

Dimension	Indicateur	Enjeux de production ou de mesure
Sécurité	Proportion de personnes de 65 ans et plus qui ont au moins une prescription d'une des 4 classes de médicaments ciblés (inhibiteur de la pompe à protons (IPP), benzodiazépine, antipsychotique ou sulfonylurée) durant la dernière année	Enjeu de données probantes : aucune donnée probante n'a été repérée directement en lien avec l'indicateur
Efficience	Proportion de personnes qui ont recours à l'imagerie pour des problèmes musculosquelettiques et qui pourrait être jugée inappropriée selon les guides de pratiques (proposition pour la lombalgie en première ligne)	Enjeux de mesurabilité : définition des problèmes musculosquelettiques et de ce qui est « jugé inapproprié »
	Proportion de femmes qui ont fait un test Pap alors qu'elles avaient moins de 21 ans ou plus de 69 ans	L'INESSS n'a pas accès aux données sur les tests Pap
Équité	Pourcentage de femmes (entre 25 et 65 ans) avec un diagnostic de schizophrénie ou bipolarité ou autre psychose qui sont à jour dans leur test Pap	L'INESSS n'a pas accès aux données sur les tests Pap

* Concept qui a évolué vers le partenariat avec les patients et leurs proches.

ANNEXE G

Fiches des indicateurs de qualité retenus pour l'exercice de priorisation

Dimension de qualité : Accessibilité en temps opportun

Visites à l'urgence dont la priorité au triage est P4 ou P5

Description	
Définition	Proportion des visites à l'urgence pour l'ensemble des patients vivant dans la communauté dont la priorité au triage est P4 ou P5, durant l'année financière à l'étude a) pour l'ensemble des visites OU b) selon les plages horaires suivantes : 07:01 – 17:00 (jour) / 17:01 – 22:00 (soir) / 22:01 – 07:00 (nuit). Les visites réorientées sont incluses.
Type d'indicateur	Résultat
Dimension de la qualité	Accessibilité en temps opportun, aucune sous-dimension
Enjeux éthiques	L'accès en temps opportun aux soins et services de première ligne est un élément essentiel de réduction des inégalités en santé. Certaines populations vulnérables expérimentent une accessibilité inférieure, y compris dans des systèmes d'accès universel. C'est notamment le cas des femmes, des populations immigrantes et autochtones ainsi que des personnes qui vivent en situation de pauvreté ou dans des régions rurales éloignées [Socias <i>et al.</i> , 2016; Loignon <i>et al.</i> , 2015; Hay <i>et al.</i> , 2006].
Organismes qui l'utilisent	INESSS (CoMPAS+) – avec modifications; Alberta
Raisonnement	
Importance	Les consultations à l'urgence pour des problèmes non urgents (Priorités 4 et 5) sont utilisées comme proxy d'une accessibilité déficiente aux services et soins de première ligne par le Commissaire à la santé et au bien-être [2017] et la Vérificatrice générale du Québec [VGQ, 2020] ainsi que par Health Quality Ontario [2021] et le Health Quality Council of Alberta (HQCA) [2021]. Les consultations à l'urgence pour des problèmes ne nécessitant pas ce niveau d'intervention surchargent de façon inappropriée les équipes et ressources des urgences et contribuent à la fragmentation de l'expérience de soins [ICIS, 2014]. Seul le HQCA utilise l'indicateur selon les heures de la journée. La valeur ajoutée de présenter l'indicateur selon les heures de la journée n'est pas documentée.
Données probantes	L'indicateur est issu de l'utilisation systématique dans les urgences canadiennes de l' <i>Échelle de triage et de gravité (ETG) pour les départements d'urgence</i> implantée à la fin des années 1990 [ACMU, 1998] et mise à jour régulièrement. Il s'agit d'un indicateur clinique dont la finalité est d'établir les délais raisonnables pour répondre aux besoins des patients. On rapporte une bonne reproductibilité inter-observateur (Kappa entre 0,77 et 0,87) [Alquraini <i>et al.</i> , 2015; Fernandes <i>et al.</i> , 2013; Manos <i>et al.</i> , 2002].
Données contextuelles	En 2017, 59,4 % des visites à l'urgence pour des problèmes de santé physique faites par des adultes de 18 ans et plus étaient classées peu urgentes [CSBE, 2017]. En 2019-2020 la Vérificatrice générale du Québec [VGQ, 2020] rapportait une proportion de 71 % (47 % P4 et 25 % P5), ceci pour l'ensemble des visites à l'urgence (tous âges et tous types de problèmes). Dans l'enquête, menée en 2016, 44 % des adultes québécois ayant fait une visite à l'urgence ont dit qu'ils auraient plutôt consulté leur médecin de famille, si celui-ci avait été disponible

	[CSBE 2017]. La littérature internationale rapporte une grande variabilité dans la proportion des visites considérées non urgentes effectuées aux urgences (entre 9 % et 80 % pour une moyenne de 30 %) [Uscher-Pines <i>et al.</i>, 2013; Durand <i>et al.</i>, 2011]. Au Québec, on observe une grande variabilité entre les régions [CSBE, 2017]. Les études démontrent qu'une des raisons de ces visites est l'opinion de l'utilisateur que son milieu de soins de première ligne n'est pas équipé pour répondre à son problème [ICIS 2014; Durand <i>et al.</i>, 2011]. Le programme GMF [MSSS, 2017] exige que les GMF offrent une couverture minimale de 68 heures par semaine et favorise le recours à la méthode de l'Accès adapté. L'accès à un professionnel du GMF dans les 36 heures est une cible annoncée par le MSSS. On ne dispose pas de données publiées au Québec sur la distribution selon l'heure de la journée.
Données expérientielles	Les informateurs clés consultés ont mentionné l'accessibilité comme une dimension importante des services (gestionnaires, décideurs et cliniciens). On souligne cependant que le médecin de famille n'est pas le seul professionnel de l'équipe apte à répondre en temps opportun et que la visite en personne n'est pas la seule réponse appropriée. Les indicateurs suggérés par les répondants étaient la mesure du 3^{ième} rendez-vous disponible et les enquêtes auprès des usagers. L'accessibilité aux soins est une priorité pour les usagers dans les publications retenues [Mulder et Sunderji, 2019; Abu Al Hamayel <i>et al.</i>, 2018; Guthrie et Wyke, 2006], notamment l'accessibilité à un pharmacien sur le site [Karampatakis <i>et al.</i>, 2021].
Interprétation	La littérature ne permet pas d'identifier une proportion attendue (ou acceptable) de visite P4-P5. Une proportion élevée aux heures durant lesquelles les services de première ligne sont accessibles peut indiquer une offre insuffisante de services, la présence de barrières administratives pour accéder à une offre en théorie suffisante ou une connaissance insuffisante des usagers de l'offre de services.

Références

- Abu Al Hamayel N, Isenberg SR, Hannum SM, Sixon J, Smith KC, Dy SM. Older patients' perspectives on quality of serious illness care in primary care. *Am J Hosp Palliat Care* 2018;35(10):1330-6.
- Alquraini M, Awad E, Hijazi R. Reliability of Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale (CTAS) in Saudi Arabia. *Int J Emerg Med* 2015;8(1):80.
- Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU). ÉTG – L'échelle canadienne de triage & de gravité pour les départements d'urgence. Guide d'implantation. Ottawa, ON : ACMU; 1998. Disponible à : https://www.amuq.qc.ca/assets/memoires-et-positions/eTG_-_L_echelle_canadienne_de_triage_et_de_gravite.pdf.
- Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). Perceptions et expériences des personnes de 65 ans et plus : le Québec comparé. Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2017. Québec, Qc : CSBE; 2017a. Disponible à : https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2017/CWF/CSBE_CWF_2017_Rapport_Resultats.pdf.
- Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). Perceptions et expériences de la population : le Québec comparé. Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2016. Québec, Qc : CSBE; 2017b. Disponible à : https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/CWF/CSBE_CWF_2016_Rapport_Resultats.pdf.
- Durand AC, Gentile S, Devistor B, Palazzole S, Vignally P, et al. ED patients: How nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. *Am J Emerg Med* 2011;29(3):333-45.
- Fernandes CM, McLeod S, Krause J, Shah A, Jewell J, Smith B, Rollins L. Reliability of the Canadian Triage and Acuity Scale: Interrater and intrarater agreement from a community and an academic emergency department. *CJEM* 2013;15(4):227-32.
- Guthrie B et Wyke S. Personal continuity and access in UK general practice: A qualitative study of general practitioners' and patients' perceptions of when and how they matter. *BMC Fam Pract* 2006;7:11.

- Hay D, Varga-Toth J, Hines E. Frontline health care in Canada: Innovations in delivering services to vulnerable populations. Ottawa, ON : Canadian Policy Research Networks; 2006. Disponible à : <http://ircp.info/Portals/11/Downloads/Policy/CPRN%20Frontline%20Healthcare%20in%20Canda.pdf>.
- Health Quality Council of Alberta (HQCA). Primary Healthcare Panel Reports [site Web]. Calgary, AB : HQCA; 2021. Disponible à : <https://hqca.ca/resources-for-improvement/primary-healthcare-panel-reports/>.
- Health Quality Ontario (HQO). *MyPractice*: Primary Care [site Web]. Toronto, ON : HQO; 2021. Disponible à : <https://www.hqontario.ca/quality-improvement/practice-reports/primary-care>.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Sources des visites potentiellement évitables aux services d'urgence. Ottawa, ON : ICIS; 2014. Disponible à : https://secure.cihi.ca/free_products/ED_Report_ForWeb_FR_Final.pdf.
- Karampatakis GD, Patel N, Stretch G, Ryan K. Patients' experiences of pharmacists in general practice: An exploratory qualitative study. *BMC Fam Pract* 2021;22(1):48.
- Loignon C, Fortin M, Bedos C, Barbeau D, Boudreault-Fournier A, Gottin T, et al. Providing care to vulnerable populations: A qualitative study among GPs working in deprived areas in Montreal, Canada. *Fam Pract* 2015;32(2):232-6.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille. Québec, Qc : MSSS; 2017. Disponible à : <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2699193?docref=kGA7hXthJqme8DHhKhgNIQ>.
- Mulder C et Sunderji N. Balancing patient priorities for technical and interactional aspects of care in a measure of primary care quality. *Prim Health Care Res Dev* 2019;20:e85.
- Manos D, Petrie DA, Beveridge RC, Walter S, Ducharme J. Inter-observer agreement using the Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale. *CJEM* 2002;4(1):16-22.
- Socias ME, Koehoorn M, Shoveller J. Gender inequalities in access to health care among adults living in British Columbia, Canada. *Womens Health Issues* 2016;26(1):74-9.
- Uscher-Pines L, Pines J, Kellermann A, Gillen E, Mehrotra A. Emergency department visits for non-urgent conditions: Systematic literature review. *Am J Manag Care* 2013;19(1):47-9.
- Vérificateur général du Québec (VGQ). Chapitre 3 – Mesure de l'accès aux soins de santé et aux services sociaux : indicateurs. Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2020-2021. Québec, Qc : VGQ; 2020. Disponible à : https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/165/vgq_ch03_sante_web.pdf.

Dimension de qualité : Centrés sur la personne/partenariat

Continuité de lieu au GMF

Description	
Définition	Proportion des visites (virtuelles ou face-à-face) pour un service de première ligne auprès d'un médecin de famille, celles qui sont faites auprès d'un médecin ou d'une IPS-PL du GMF auquel l'individu est inscrit a) dans l'année OU b) sur les trois dernières années. Les visites à l'urgence et les hospitalisations sont exclues.
Type d'indicateur	Processus
Dimension de la qualité	Centré sur la personne, continuité « spatiale » de lieu
Enjeux éthiques	La continuité des services en un même lieu dépend en partie de l'accessibilité aux services de première ligne qui est sensible à certains facteurs d'inégalités en santé.
Organismes qui l'utilisent	Ontario, Alberta
Raisonnement	
Importance	La plupart des nouveaux modèles d'organisation des services de première ligne misent sur la mise en place d'équipes multidisciplinaires réunies en un même endroit, d'où l'importance de mesurer cet aspect de la continuité des soins. Au Québec, le taux d'assiduité fait partie du contrat GMF, reflet de l'importance de cet indicateur pour le MSSS. Le taux d'assiduité inclus les visites à son médecin, aux autres médecins du GMF et aux IPS-PL [RAMQ, 2021].
Données probantes	Le survol de la littérature n'a pas permis de trouver des études reliant cet indicateur précis à des issues favorables. La continuité de lieu est une façon d'augmenter la continuité de l'information et la continuité de gestion de cas (« <i>management continuity</i> ») qui sont deux dimensions importantes de la continuité des soins avec la continuité relationnelle [Haggerty <i>et al.</i> , 2003]. Une revue systématique a montré une association entre la continuité de l'information et la coordination des services, la prévention, la qualité de la gestion des maladies chroniques et la confiance des usagers [Kringos <i>et al.</i> , 2010]. Être affilié à une source régulière de soins de première ligne, comme un GMF, est associé à des résultats plus favorables pour la santé [Riverin <i>et al.</i> , 2017; Macinko <i>et al.</i> , 2003].
Données contextuelles	Le taux d'assiduité est produit pour le GMF en entier et pour chaque médecin de famille. La non-atteinte de la cible pour le GMF entraîne des pénalités dans le financement du GMF et pour le médecin des pénalités dans le paiement de certains suppléments. Dans son rapport portant sur l'accès aux services, la Vérificatrice générale [VGQ, 2020] ne rapporte pas de données sur les taux d'assiduité, mais considère que les enjeux relevés dans ses travaux relativement au calcul de ce taux rendent le résultat peu fiable, notamment parce que le registre des consultations n'est pas complété de façon systématique dans tous les GMF. Au Québec, le taux d'assiduité est mesuré sur un an, alors que l'indicateur est calculé sur deux ans en Ontario [HQO, 2021] et sur trois ans en Alberta [HQCA, 2020].
Données expérientielles	Lors de la consultation des informateurs clés, plusieurs répondants ont exprimé l'importance de cette dimension de la qualité. La consultation des usagers ainsi que la revue de la littérature sur les priorités des usagers confirment que la possibilité d'obtenir ses services de première ligne dans un même lieu facilite la coordination des soins, réduit la nécessité de répéter son histoire et augmente la confiance.
Interprétation	Une proportion élevée indique une bonne continuité « spatiale » de lieu. La cible du taux d'assiduité établie par le MSSS est de 80 %.

Références

- Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: A multidisciplinary review. *BMJ* 2003;327(7425):1219-21.
- Health Quality Council of Alberta (HQCA). Primary Healthcare Panel Report – Data Dictionary 2020. Calgary, AB : HQCA; 2020. Disponible à : https://hqca.ca/wp-content/uploads/2020/03/Primary-Healthcare-Panel-Report-Data-Dictionary-2012_09MAR2020-FINAL.pdf.
- Health Quality Ontario (HQO). *MyPractice*: Primary Care. Technical Appendix. Toronto, ON : HQO; 2021. Disponible à : <http://www.hqontario.ca/Quality-Improvement/Practice-Reports/Primary-Care>.
- Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: A systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res* 2010;10:65.
- Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res* 2003;38(3):831-65.
- Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Inscription de la clientèle – Calcul du taux d'assiduité (paragraphe 15.06) [site Web]. Québec, Qc : RAMQ; 2021. Disponible à : <https://www.ramq.gouv.qc.ca/fr/professionnels/medecins-omnipraticiens/facturation/inscription-clientele/Pages/calcul-du-taux.aspx> (consulté le 17 septembre 2021).
- Riverin BD, Li P, Naimi AI, Diop M, Provost S, Strumpf E. Team-based innovations in primary care delivery in Quebec and timely physician follow-up after hospital discharge: A population-based cohort study. *CMAJ Open* 2017;5(1):E28-E35.
- Vérificateur général du Québec (VGQ). Chapitre 3 – Mesure de l'accès aux soins de santé et aux services sociaux : indicateurs. Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2020-2021. Québec, Qc : VGQ; 2020. Disponible à : https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/165/vgq_ch03_sante_web.pdf.

Continuité relationnelle au médecin de famille

Description	
Définition	Proportion des visites (virtuelles ou face-à-face) médicales faites en première ligne qui sont effectuées auprès du médecin de famille auquel le patient est inscrit : a) dans la dernière année OU b) au cours des trois dernières années. Les visites auprès d'un médecin omnipraticien faites à l'urgence et à l'hôpital sont exclues.
Type d'indicateur	Processus
Dimension de la qualité	Centré sur la personne, continuité relationnelle
Enjeux éthiques	La continuité relationnelle avec son médecin de famille augmente avec l'âge chez les adultes [ICIS, 2015]. La capacité de voir son médecin de famille est étroitement liée à l'accessibilité, elle-même sensible aux inégalités de santé.
Organismes qui l'utilisent	Alberta, Suède, Ontario, ICIS
Raisonnement	
Importance	La littérature scientifique démontre que la continuité des soins auprès du professionnel de première ligne habituel (médecin de famille ou infirmière praticienne) est associée à plusieurs indicateurs de résultats favorables [ICIS, 2015]. Le MSSS a établi l'objectif que, d'ici 2023, 85 % des Québécois seraient inscrits à un médecin de famille [MSSS, 2019].
Données probantes	La proportion des visites faites auprès du professionnel responsable ou habituel (<i>Usual Provider Continuity</i> ou <i>UPC</i> en anglais) est une des mesures quantitatives de la continuité relationnelle des soins les plus utilisées [Van Walraven <i>et al.</i>, 2010]. Pour les soins de première ligne, cet indicateur a été associé à une réduction des visites aux urgences et des hospitalisations, une utilisation plus efficace des examens de laboratoire, une satisfaction accrue et une meilleure intégration des stratégies préventives, [Kringos <i>et al.</i>, 2010], et même une réduction de la mortalité pour certaines clientèles [Pereira Gray <i>et al.</i>, 2018]. Dans la majorité des études, ce professionnel était le médecin de famille et dans certaines, une infirmière praticienne. Cet indicateur peut être mesuré sur un an, deux ans ou trois ans. L'Alberta utilise la mesure produite sur une période de trois ans [HQCA, 2020]. L'Ontario la mesure sur deux ans [HQO, 2021].
Données contextuelles	On ne dispose pas de données récentes sur la distribution de cet indicateur au Québec. Différents rapports ont mis en lumière ces dernières années la difficulté pour les personnes qui ont un médecin de famille de voir ce professionnel en temps opportun [VGQ, 2020; CSBE 2017]. La pratique de l'accès avancé, une façon d'augmenter la continuité relationnelle des soins en facilitant l'accès au médecin de famille, a été mise de l'avant par le MSSS et intégrée au cadre GMF [MSSS, 2017]. Bien que l'implication de l'IPS-PL comme professionnelle principale responsable soit de plus en plus favorisée au Québec, il n'existe pas de mécanisme d'inscription auprès d'une IPS-PL et la documentation dans le registre des consultations des visites faites auprès des IPS-PL est très variable. De plus, ce ne sont pas tous les GMF qui intègrent des IPS-PL. Ainsi, pour le moment, seule la continuité des visites médicales auprès du médecin auquel le patient est inscrit est mesurable comme indicateur quantitatif fiable de continuité relationnelle.

Données expérientielles	Les usagers consultés dans le cadre du projet ont exprimé que la continuité avec le médecin de famille est importante, particulièrement lors de la survenue de nouveaux problèmes, même s'ils valorisent hautement la contribution des différents membres de l'équipe à leur parcours de soins et qu'ils reconnaissent qu'il n'est pas toujours nécessaire de voir un médecin. La recension des études sur les priorités des patients confirme que la continuité avec le médecin de famille est une des caractéristiques fondamentales de la qualité des services de première ligne.
Interprétation	Une proportion élevée indique une bonne continuité. L'Alberta propose une cible de 80 % pour l'indicateur mesuré sur une période de trois ans [HQCA, 2020].

Références

- Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). Perceptions et expériences des personnes de 65 ans et plus : le Québec comparé. Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2017. Québec, Qc : CSBE; 2017. Disponible à : https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2017/CWF/CSBE_CWF_2017_Rapport_Resultats.pdf.
- Health Quality Council of Alberta (HQCA). Primary Healthcare Panel Report – Data Dictionary 2020. Calgary, AB : HQCA; 2020. Disponible à : https://hqca.ca/wp-content/uploads/2020/03/Primary-Healthcare-Panel-Report-Data-Dictionary-2012_09MAR2020-FINAL.pdf.
- Health Quality Ontario (HQO). *MyPractice*: Primary Care. Technical Appendix. Toronto, ON : HQO; 2021. Disponible à : <http://www.hqontario.ca/Quality-Improvement/Practice-Reports/Primary-Care>.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). L'importance de la continuité des soins avec le médecin de famille. Ottawa, ON : ICIS; 2015. Disponible à : https://web.archive.org/web/20171102050004/https://secure.cih.ca/free_products/UPC_ReportFINAL_FR.pdf.
- Kringos DS, Boerma WG, Hutchinson A, van der Zee J, Groenewegen PP. The breadth of primary care: A systematic literature review of its core dimensions. *BMC Health Serv Res* 2010;10:65.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Plan stratégique 2019-2023. Québec, Qc : MSSS; 2019. Disponible à : https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-strategique/PL_19-717-02W_MSSS.pdf.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine de famille. Québec, Qc : MSSS; 2017. Disponible à : <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2699193?docref=kGA7hXthJqme8DHiKhgNIQ>.
- Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors-a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open* 2018;8(6):e021161.
- Van Walraven C, Oake N, Jennings A, Forster AJ. The association between continuity of care and outcomes: A systematic and critical review. *J Eval Clin Pract* 2010;16(5):947-56.
- Vérificateur général du Québec (VGQ). Chapitre 3 – Mesure de l'accès aux soins de santé et aux services sociaux : indicateurs. Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2020-2021. Québec, Qc : VGQ; 2020. Disponible à : https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/165/vgq_ch03_sante_web.pdf.

Visite post-hospitalisation avec un médecin ou une IPS-PL du GMF dans les 21 jours

Description	
Définition	Proportion ajustée des personnes vulnérables qui ont eu au moins une visite avec un médecin ou une IPS-PL du GMF dans les 21 jours suivant la date de sortie d'un séjour hospitalier.
Type d'indicateur	Processus
Dimension de la qualité, sous-dimension	Centré sur la personne, coordination-transition
Enjeux éthiques	Il existe des enjeux d'inégalité et de vulnérabilité reliés à l'accessibilité aux soins de première ligne et à l'impact des déterminants sociaux de la santé sur l'incidence des maladies chroniques.
Organismes qui l'utilisent	INESSS (CoMPAS+) - avec modifications
Raisonnement	
Importance	La transition de soins dans le cadre d'une hospitalisation entre l'hôpital et les services de première ligne est un enjeu important de la coordination (intégration) des soins et services [CTP, 2020].
Données probantes	Le suivi précoce suivant un congé de l'hôpital par un professionnel de la santé a été associé à un risque plus faible de réadmission dans les 30 jours pour plusieurs conditions de santé, les plus étudiées étant l'insuffisance cardiaque et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) (le moment optimal étant en moyenne de 7 jours) [Tung <i>et al.</i>, 2017; Hernandez <i>et al.</i>, 2010; Sharma <i>et al.</i>, 2010]. Une étude de cohorte rétrospective réalisée au Québec sur un échantillon de 312 377 patients inscrits à un médecin de famille avec un code de vulnérabilité a montré une réduction des réadmissions chez les patients qui ont vu un médecin suivant le congé de l'hôpital, indépendamment du diagnostic d'admission, que le médecin soit un médecin de famille ou un médecin spécialiste [Riverin <i>et al.</i>, 2018]. Les plus grandes réductions dans les réadmissions ont été observée chez les patients avec plus de codes de vulnérabilité et chez ceux qui ont été vu par un médecin de famille plutôt que par un spécialiste [Riverin <i>et al.</i>, 2018]. Le délai optimal observé était de 10 jours. Aucun effet n'a été observé si la visite avait lieu après 21 jours.
Données contextuelles	Selon les récentes enquêtes réalisées par le Commissaire à la santé et au bien-être avec le Commonwealth Fund [CSBE, 2017a; CSBE, 2017b], 72 % des répondants indiquent, qu'à la suite de leur hospitalisation, l'hôpital a pris des dispositions pour qu'ils aient un suivi avec un médecin ou un autre professionnel de la santé (84 % en Ontario et jusqu'à 92 % en Australie).
Données expérientielles	Selon les usagers consultés, il est important d'avoir la possibilité de faire un suivi avec son médecin de famille ou un membre de son équipe après une hospitalisation. Il s'agit aussi d'une dimension qui émerge comme prioritaire pour les usagers selon la littérature. L'importance des transitions de soins entre l'hôpital et la première ligne et entre les spécialistes et le médecin de famille sont des éléments importants.
Interprétation	Une proportion élevée indique une bonne coordination entre les services hospitaliers et de la première ligne.

Références

- Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). Perceptions et expériences des personnes de 65 ans et plus : le Québec comparé. Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2017. Québec, Qc : CSBE; 2017a. Disponible à : https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2017/CWF/CSBE_CWF_2017_Rapport_Resultats.pdf.
- Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). Perceptions et expériences de la population : le Québec comparé. Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2016. Québec, Qc : CSBE; 2017b. Disponible à : https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2016/CWF/CSBE_CWF_2016_Rapport_Resultats.pdf.
- Hernandez AF, Greiner MA, Fonarow GC, Hammill BG, Heidenreich PA, Yancy CW, et al. Relationship between early physician follow-up and 30-day readmission among Medicare beneficiaries hospitalized for heart failure. JAMA 2010;303(17):1716-22.
- Riverin BD, Strumpf EC, Naimi AI, Li P. Optimal timing of physician visits after hospital discharge to reduce readmission. Health Serv Res 2018;53(6):4682-703.
- Sharma G, Kuo YF, Freeman JL, Zhang DD, Goodwin JS. Outpatient follow-up visit and 30-day emergency department visit and readmission in patients hospitalized for chronic obstructive pulmonary disease. Arch Intern Med 2010;170(18):1664-70.
- The Care Transitions Program (CTP). The national leader in patient and family centered care transitions [site Web]. Denver, CO : University of Colorado Anschutz Medical Campus; 2020. Disponible à : <https://caretransitions.org/>.
- Tung YC, Chang GM, Chang HY, Yu TH. Relationship between early physician follow-up and 30-day readmission after acute myocardial infarction and heart failure. PLoS One 2017;12(1):e0170061.

Clientèle avec des besoins complexes connues du CLSC

Description	
Définition	Proportion de personnes appartenant au segment de la clientèle présentant des besoins complexes qui ont fait l'objet dans la dernière année : a) d'une demande d'intervention au CLSC; b) d'une intervention appartenant à un des profils d'intervention ciblés.
Type d'indicateur	Processus
Dimension de la qualité	Centré sur la personne-globalité
Enjeux éthiques	En théorie, différents déterminants de la santé peuvent influencer l'accès aux services du CLSC comme l'âge, le sexe, l'ethnicité et accès géographique.
Organismes qui l'utilisent	INESSS (CoMPAS+) – avec modifications
Raisonnement	
Importance	L'accès à des services de proximité de nature psychosociale, incluant des services de soins à domicile et des services d'éducation à la santé, de prévention et de réadaptation, fait partie intégrante de l'offre de services pour les personnes présentant des problèmes complexes de santé. Dans le cadre du système public de santé et de services sociaux, ces services sont du ressort de la mission CLSC des CISSS et CIUSSS.
Données probantes	Pour le projet Repères GMF, les personnes assignées à un des profils <i>Grouper</i> suivants sont considérées comme présentant des problèmes complexes : affections chroniques majeures, affections aiguës majeures, troubles majeurs de santé mentale, affections majeures du nourrisson, cancer majeur et états palliatifs. Il est hors du mandat du projet Repères GMF de présenter une synthèse des données probantes spécifiques à l'impact des services psychosociaux à mettre en place pour le suivi des personnes présentant de telles affections.
Données contextuelles	On ne dispose pas de données récentes sur le recours aux services des CLSC de ces différentes clientèles. En 2019, l'INESSS a proposé un ensemble d'indicateurs potentiellement pertinents pour le continuum de services pour les personnes âgées [INESSS, 2019]. La demande d'intervention est une information codifiée de même que la description de l'intervention une fois la demande retenue. Il peut y avoir un délai entre les deux. L'ensemble de plus d'une centaine de centres d'activités codifiés dans le système I-CLSC peut être regroupé en 21 profils d'intervention qui peuvent être associés à différentes clientèles [MSSS, 2019].
Données expérientielles	Lors de la consultation des informateurs clés, plusieurs répondants ont exprimé que le projet devrait tenter de concevoir des indicateurs de cette dimension de la qualité. La consultation des usagers a permis de dégager que la coordination avec les services psychosociaux de proximité est importante. Ces mêmes éléments ont émergé dans les études recensées portant sur les priorités des patients.
Interprétation	Il n'existe pas de consensus sur la cible à atteindre. Une proportion élevée suggère un meilleur accès global aux services de la première ligne.

Références

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Évaluation du continuum de soins et services aux aînés. Perspectives pour l'évolution de la mesure. Rapport rédigé par Michèle Archambault, Bernard Candas, Maria Fortino et Marie-Hélène Raymond. Québec, Qc : INESSS; 2019. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Evaluation_continuum_aines.pdf.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Cadre normatif du système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC). Annexe 3 : Liste des centres ou sous-centres d'activités admissibles à la banque commune de données I-CLSC. Québec, Qc : MSSS; 2019.

Dimension de qualité : Efficacité

Mammographie de dépistage dans les deux dernières années chez les femmes éligibles

Description	
Définition	Proportion de femmes âgées de 52 à 69 ans qui ont eu une mammographie de dépistage du cancer du sein dans les deux dernières années
Type d'indicateur	Processus
Dimension de la qualité, sous-dimension	Efficacité, aucune sous-dimension
Enjeux éthiques	Au Québec, les femmes défavorisées au niveau matérielle et sociale participent moins au Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) comparativement aux femmes plus favorisées [Eloy <i>et al.</i> , 2019].
Organismes qui l'utilisent	Ontario, Alberta, Manitoba
Raisonnement	
Importance	Au Canada, le cancer du sein représente 25 % de tous les nouveaux cas de cancer et 13 % de tous les décès par cancer chez les femmes en 2021 [SCC, 2021]. Le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (GECSSP) recommande la mammographique aux 2 à 3 ans pour les femmes de 50 à 74 ans non exposées à un risque accru de cancer du sein. La valeur relative qu'une femme accorde aux bénéfices et préjudices du dépistage devrait guider sa décision de se faire dépister ou non (recommandation conditionnelle; données de très faible certitude) [Klarenbach <i>et al.</i>, 2018].
Données probantes	Des données probantes de faible certitude indiquent que le dépistage du cancer du sein par mammographie donne lieu à une réduction modeste de la mortalité par cancer du sein chez les femmes de 40 à 74 ans; le bénéfice absolu est plus faible chez les femmes de moins de 50 ans [Klarenbach <i>et al.</i>, 2018]. Le dépistage pourrait identifier plus tôt le cancer du sein, mais il peut aussi donner lieu au surdiagnostic. Plus de 40 % de cancers invasifs et in situ sont surdiagnostiqués 5 ans après le dépistage chez les femmes de 40 à 49 ans et 25 % chez les femmes de 50 à 59 ans [Klarenbach <i>et al.</i>, 2018].
Données contextuelles	Le MSSS a lancé le PQDCS en 1998 qui invite les québécoises de 50 à 69 ans à passer une mammographie de dépistage du cancer du sein tous les 2 ans [Gouvernement du Québec, 2021]. Entre 2005-2006 et 2015-2016, le taux de participation au PQDCS a augmenté de 51,1 % à 59,3 % [MSSS, 2018]. L'objectif d'une participation de 70 % des femmes admissibles prévu dans le cadre de référence du PQDCS n'est pas atteint [MSSS, 2018].
Données expérientielles	Les données sur l'importance relative accordée par les femmes de 50 à 69 ans aux bénéfices et aux risques du dépistage suggèrent que la réduction de la mortalité par cancer du sein associée au dépistage semble exercer plus de poids que les risques de préjudices potentiels du dépistage [Klarenbach <i>et al.</i> , 2018].
Interprétation	Selon le GECSSP, le pourcentage idéal de femmes qui devraient être dépistées est inconnu. Un processus décisionnel partagé devrait plutôt être promu [Klarenbach <i>et al.</i> , 2018].

Références

- Eloy L, Gagnon J, Lamoureux Théorêt L. Bilan de la performance du Programme québécois de dépistage du cancer du sein. Région de Lanaudière, de 1998 à 2018. Joliette, Qc : Centre intégré de santé et de services sociaux de Lanaudière; 2019. Disponible à : https://www.cisss-lanaudiere.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/cisss_lanaudiere/Documentation/Sante_publique/Themes/Cancer/RAP_Bilan_PQDCS_2018_VF.pdf.
- Gouvernement du Québec. Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) [site Web]. Québec, Qc : 2021. Disponible à : <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/depistage-et-offre-de-tests-de-porteur/programme-quebecois-de-depistage-du-cancer-du-sein>.
- Klarenbach S, Sims-Jones N, Lewin G, Singh H, Thériault G, Tonelli M, et al. Recommendations on screening for breast cancer in women aged 40-74 years who are not at increased risk for breast cancer. CMAJ 2018;190(49):E1441-51.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Taux de participation au Programme québécois de dépistage du cancer du sein. Statistiques de santé et de bien être selon le sexe - Tout le Québec [site Web]. Québec, Qc : MSSS; 2018. Disponible à : <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/taux-de-participation-au-programme-quebecois-de-depistage-du-cancer-du-sein/>.
- Société canadienne du cancer (SCC). Statistiques sur le cancer du sein [site Web]. Toronto, ON : SCC; 2021. Disponible à : <https://cancer.ca/fr/cancer-information/cancer-types/breast/statistics>.

Examen de la rétine dans les deux dernières années chez les personnes diabétiques

Description	
Définition	Proportion des personnes diabétiques qui ont fait au moins une visite auprès d'un ophtalmologue ou un optométriste durant les deux dernières années
Type d'indicateur	Processus
Dimension de la qualité, sous-dimension	Efficacité, aucune sous-dimension
Enjeux éthiques	La prévalence de rétinopathie diabétique est plus élevée chez les populations autochtones du Canada [Altomare <i>et al.</i> , 2018].
Organismes qui l'utilisent	INESSS (CoMPAS+) – avec modifications, Ontario, ICES, Manitoba
Raisonnement	
Importance	Le diabète peut causer une lésion de la rétine. Selon le guide de pratique clinique de Diabète Canada, un examen de dépistage régulier est important pour la détection précoce et le traitement d'une rétinopathie diabétique. La rétinopathie passe souvent inaperçue avant la perte de vision chez les personnes diabétiques [Altomare <i>et al.</i> , 2018].
Données probantes	Chez les personnes âgées de 15 ans et plus qui sont diabétiques de type 1 depuis au moins 5 ans, le dépistage et le suivi de la rétinopathie devrait être faite annuellement par un optométriste ou un ophtalmologiste (force de la preuve A, niveau 1). Chez les personnes diabétiques de type 2, le dépistage de la rétinopathie devrait être faite au moment du diagnostic par un optométriste ou un ophtalmologiste. Pour ceux qui ne sont pas atteints de rétinopathie ou qui sont légèrement atteints, l'intervalle de suivi recommandé est de 1 à 2 ans (force de la preuve A, niveau 1) [Altomare <i>et al.</i> , 2018].
Données contextuelles	En Ontario, en 2020, on estimait que 66,5 % des personnes diabétiques ont eu un examen de la rétine dans les 24 derniers mois [HQO, 2021]. Les résultats de l'examen de la rétine et le plan de suivi devraient être transmis à tous les membres de l'équipe de soins et services pour favoriser l'optimisation des soins (Consensus d'expert) [Altomare <i>et al.</i> , 2018].
Données expérientielles	Les usagers consultés s'attendent que les professionnels soient au courant des meilleures pratiques. C'est aussi le constat qui ressort de la recension des écrits sur les priorités des usagers. On ne dispose pas de donnée spécifique sur l'indicateur.
Interprétation	Un seuil acceptable n'a pas été repéré dans la littérature. En revanche, une proportion élevée suggère une bonne pratique clinique.

Références

Altomare F, Kherani A, Lovshin J. Retinopathy. Can J Diabetes 2018;42(Suppl 1):S210-6. Disponible à : <http://guidelines.diabetes.ca/docs/cpg/Ch30-Retinopathy.pdf>.

Health Quality Ontario (HQO). My Practice. Primary Care Physician Sample Report. Toronto, ON : HQO; 2021. Disponible à : <https://www.hqontario.ca/quality-improvement/practice-reports/primary-care>.

Adhérence au traitement par statines (indice *medication possession ratio* (MPR) $\geq 80\%$)

Description	
Définition	Proportion de personnes couvertes par le régime public qui adhèrent au traitement par une statine qui ont un indice de <i>medication possession ratio</i> (MPR) supérieur ou égal à 80 % après cinq ans
Type d'indicateur	Processus
Dimension de la qualité	Efficacité, aucune sous-dimension
Enjeux éthiques	Selon une étude australienne, les facteurs associés à une bonne adhérence aux statines incluent d'être âgés de 65 ans et plus, d'être en moins bonne santé et d'avoir des assurances privées, alors que les facteurs associés à la non-adhérence incluent une langue parlée à la maison autre que l'anglais, le fait d'être fumeur, d'avoir un travail, d'avoir atteint un niveau supérieur d'éducation et d'avoir rapporté une détresse psychologique [Warren <i>et al.</i> , 2013].
Organismes qui l'utilisent	INESSS (acquis)
Raisonnement	
Importance	Le traitement par statines a un effet protecteur sur le plan cardiovasculaire par la réduction significative de la mortalité chez les personnes qui poursuivent le traitement pendant 5 ans en moyenne, par rapport à celles qui ne sont pas traitées [INESSS, 2017a; INESSS, 2017b; NCGC, 2014; Stone <i>et al.</i> , 2014; Baigent <i>et al.</i> , 2010; Baigent <i>et al.</i> , 2005].
Données probantes	Selon les lignes directrices, le traitement par statines en monothérapie à une dose permettant d'abaisser le niveau de cholestérol LDL est recommandé pour la prévention des maladies cardiovasculaires chez les personnes de 75 ans ou moins à risque élevé [Grundy <i>et al.</i>, 2019; INESSS, 2017a; Anderson <i>et al.</i>, 2016]. Les interventions qui favorisent l'adhérence au traitement (par ex. rappels, activités éducatives, implication du pharmacien) sont recommandées pour la prise en charge des adultes avec des niveaux de cholestérol élevé [Grundy <i>et al.</i>, 2019]. La continuité des soins est associée à une meilleure adhérence aux statines [Warren <i>et al.</i>, 2015].
Données contextuelles	Parmi les personnes couvertes par le régime public d'assurance médicaments du Québec en 2010, 74 % des nouveaux utilisateurs ont maintenu une bonne adhérence au traitement par statines à 3 mois, 64 % à 1 an, 60 % à 2 ans et 53 % à 5 ans [INESSS, 2017b].
Données expérientielles	Une étude qualitative albertaine a relevé quelques barrières à une bonne adhérence au traitement par statines selon les usagers (une aversion à la prise de médicaments, un oubli de prendre le médicament comme prescrit) et les médecins de famille (une discordance entre les indications du spécialiste et ceux du médecin de première ligne ainsi qu'un manque de ressources et de continuité) [Butalia <i>et al.</i> , 2020].
Interprétation	Une proportion élevée indique une bonne utilisation des pratiques cliniques pertinentes.

Références

- Anderson TJ, Grégoire J, Pearson GJ, Barry AR, Couture P, Dawes M, et al. 2016 Canadian Cardiovascular Society guidelines for the management of dyslipidemia for the prevention of cardiovascular disease in the adult. *Can J Cardiol* 2016;32(11):1263-82.
- Baigent C, Blackwell L, Emberson J, Holland LE, Reith C, Bhala N, et al. Efficacy and safety of more intensive lowering of LDL cholesterol: A meta-analysis of data from 170,000 participants in 26 randomised trials. *Lancet* 2010;376(9753):1670-81.
- Baigent C, Keech A, Kearney PM, Blackwell L, Buck G, Pollicino C, et al. Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: Prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins. *Lancet* 2005;366(9493):1267-78.
- Butalia S, Lee-Krueger RC, McBrien KA, Leung AA, Anderson TJ, Quan H, et al. Barriers and facilitators to using statins: A qualitative study with patients and family physicians. *CJC Open* 2020;2(6):530-8.
- Grundy SM, Stone NJ, Bailey AL, Beam C, Birtcher KK, Blumenthal RS, et al. 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA guideline on the management of blood cholesterol: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation* 2019;139(25):e1082-143.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Statine/hypolipémiant et diminution du risque cardiovasculaire – Annexes complémentaires. Québec, Qc : INESSS; 2017a. Disponible à : <https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/AnnexesAvisStatines.pdf>.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Portrait de l'usage des hypolipémiants de 2010 à 2015 chez les personnes couvertes par le régime public d'assurance médicaments du Québec. Portrait d'usage rédigé par Éric Tremblay, Jean-Marc Daigle, Karine Lejeune et Alain Prémont. Québec, Qc : INESSS; 2017b. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/INESSS_Portrait_usage_hypolipemiants.pdf.
- National Clinical Guideline Centre (NCGC). Lipid modification: Cardiovascular risk assessment and the modification of blood lipids for the primary and secondary prevention of cardiovascular disease. Londres, Angleterre : National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2014. Disponible à : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg181/evidence/lipid-modification-update-full-guideline-pdf-243786637>.
- Stone NJ, Robinson JG, Lichtenstein AH, Bairey Merz CN, Blum CB, Eckel RH, et al. 2013 ACC/AHA guideline on the treatment of blood cholesterol to reduce atherosclerotic cardiovascular risk in adults: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol* 2014;63(25 Pt B):2889-934.
- Warren JR, Falster MO, Tran B, Jorm L. Association of continuity of primary care and statin adherence. *PLoS One* 2015;10(10):e0140008.
- Warren JR, Falster MO, Fox D, Jorm L. Factors influencing adherence in long-term use of statins. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2013;22(12):1298-307.

Dimension de qualité : Sécurité

Prise de 10 médicaments ou plus dans la dernière année chez les 65 ans et plus

Description	
Définition	Proportion de personnes de 65 ans et plus à qui on a servi au moins 10 médicaments ou plus dans la même année
Type d'indicateur	Processus
Dimension de la qualité, sous-dimension	Sécurité, mauvaise utilisation
Enjeux éthiques	Puisque le nombre de maladies chroniques augmente avec l'âge, les personnes âgées sont plus susceptibles de prendre plusieurs médicaments [Tommelein <i>et al.</i>, 2015]. Au Canada, les personnes âgées vivant en milieux ruraux ou éloignés ainsi que dans des quartiers à revenu plus faible sont plus nombreuses à se faire prescrire 10 catégories de médicaments ou plus [ICIS, 2018].
Organismes qui l'utilisent	INESSS (CoMPAS+) - avec modifications, ICIS
Raisonnement	
Importance	La prise de plusieurs médicaments est associée à des issues défavorables chez les personnes âgées de 65 ans et plus [Sirois <i>et al.</i> , 2019; ICIS, 2018]. Au Canada, on a observé un risque 5 fois plus élevé d'hospitalisations en raison d'une réaction indésirable aux médicaments chez les personnes âgées de 65 ans et plus qui ont reçu 10 catégories différentes ou plus de médicaments au moins une fois dans l'année, comparativement à ceux qui en ont reçu de 1 à 4 [ICIS, 2018]. Les personnes qui prennent 10 médicaments différents ou plus ont aussi 3 fois plus de risque de recevoir des médicaments considérés potentiellement inappropriés pour les personnes âgées [Roux <i>et al.</i> , 2020].
Données probantes	Dans une revue de la littérature, Sirois et ses collaborateurs [2019] démontrent qu'il existe plusieurs définitions de la polypharmacie et qu'aucune n'est appuyée sur des cadres théoriques ou données empiriques solides. Cela dit, compte tenu des issues défavorables associées à la prescription de 10 médicaments ou plus dans une année, cet indicateur est proposé pour identifier des individus qui devraient faire l'objet d'interventions visant à optimiser les thérapies pharmacologiques et prévenir les prescriptions potentiellement inappropriées [Roux <i>et al.</i> , 2020].
Données contextuelles	Environ le tiers des personnes âgées de 65 ans et plus au Canada ou au Québec se sont vu prescrire 10 catégories de médicaments (26,9 % au Canada en 2016 [ICIS, 2018]) ou 10 médicaments ou plus dans une année (36 % des personnes ayant une maladie chronique au Québec en 2015 [Roux <i>et al.</i>, 2020]). On observe une sensibilité accrue face au phénomène de la polypharmacie et à une valorisation des pratiques professionnelles de déprescription [Choisir avec soin Québec, 2021; Réseau canadien pour la déprescription, 2021].
Données expérientielles	Selon les usagers consultés, la polypharmacie constitue un problème. En effet, les personnes ne savent pas pourquoi elles prennent tant de médicaments et ne savent pas si tous les médicaments qu'elles prennent sont pertinents. La complexité d'un régime thérapeutique, auquel le nombre de médicaments à prendre dans une journée contribue, a un impact sur la qualité de vie des personnes qui sont suivies pour des problèmes chroniques de santé [Leppin <i>et al.</i>, 2015].

Interprétation

La littérature ne permet pas d'identifier une proportion attendue (ou acceptable). Il est suggéré de mettre en place des pratiques de révision périodique de la médication prescrite pour les personnes qui reçoivent un nombre élevé de médicament dans une année. Certains membres de l'équipe du GMF (pharmacien surtout et aussi infirmières) pourraient être mis à profit.

Références

- Choisir avec soin Québec. Pertinence des soins, un choix éclairé [site Web]. Laval, Qc : Collège québécois des médecins de famille (CQMF); 2021. Disponible à : <https://www.cqmf.qc.ca/soutien-a-la-pratique/choisir-avec-soin-quebec/>.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Utilisation des médicaments chez les personnes âgées au Canada, 2016. Ottawa, ON : ICIS; 2018. Disponible à : https://secure.cihi.ca/free_products/drug-use-among-seniors-2016-fr-web.pdf.
- Leppin AL, Montori VM, Gionfriddo MR. Minimally disruptive medicine: A pragmatically comprehensive model for delivering care to patients with multiple chronic conditions. *Healthcare (Basel)* 2015;3(1):50-63.
- Réseau canadien pour la déprescription. Ai-je encore besoin de ce médicament ? [site Web]. Montréal, Qc : Réseau canadien pour la déprescription; 2021. Disponible à : <https://www.reseaudeprescription.ca/>.
- Roux B, Sirois C, Simard M, Gagnon ME, Laroche ML. Potentially inappropriate medications in older adults: A population-based cohort study. *Fam Pract* 2020;37(2):173-9.
- Sirois C, Domingues NS, Laroche ML, Zongo A, Lunghi C, Guénette L, et al. Polypharmacy definitions for multimorbid older adults need stronger foundations to guide research, clinical practice and public health. *Pharmacy (Basel)* 2019;7(3):126.
- Tommelein E, Mehuys E, Petrovic M, Somers A, Colin P, Boussey K. Potentially inappropriate prescribing in community-dwelling older people across Europe: A systematic literature review. *Eur J Clin Pharmacol* 2015;71(12):1415-27.

Prescription d'un inhibiteur de la pompe à protons (IPP) pour plus de 56 jours dans la dernière année chez les 65 ans et plus

Description	
Définition	Proportion des personnes de 65 ans et plus à qui on a servi une prescription d'IPP pour plus de 56 jours au moins une fois dans l'année.
Type d'indicateur	Processus
Dimension de la qualité, sous-dimension	Sécurité, mauvaise utilisation
Enjeux éthiques	Parmi les personnes âgées, celles qui vivent en région rurale ou éloignée, qui ont un faible revenu, qui sont les plus âgées ainsi que les femmes se sont fait prescrire plus d'IPP [Roux <i>et al.</i> , 2020; ICIS, 2018].
Organismes qui l'utilisent	INESSS (CoMPAS+) – avec modifications, HCQA, ICIS
Raisonnement	
Importance	L'utilisation d'IPP au-delà de 56 jours (ou 8 semaines) augmente notamment le risque d'infection à <i>C. difficile</i> , de perte osseuse et de fractures [AGS Beers Criteria® Update Expert Panel, 2019; ICIS, 2018].
Données probantes	Les IPP font partie de la liste de Beers [AGS Beers, 2019] comme traitement à éviter à long terme chez les personnes de 65 ans et plus et ne devraient pas être utilisés plus de 8 semaines, sauf dans certains cas (prise concomitante de corticostéroïdes oraux ou d'AINS, œsophagite érosive ou œsophagite de Barrette ou syndromes d'hypersécrétion, entre autres) (recommandations fortes, qualité de preuve élevée). En 2016, l'INESSS [2016] a réitéré sa recommandation que l'usage optimal des IPP ne devrait pas dépasser 90 jours et a confirmé les exceptions justifiant une prise prolongée de 12 mois, qui sont essentiellement celles de Beers [AGS Beers, 2019]. Dans leur étude, Roux et ses collaborateurs ont exclu du calcul de l'indicateur tous les utilisateurs qui prenaient des IPP en concomitance avec des corticostéroïdes oraux (dexaméthasone, cortisone, fludrocortisone, hydrocortisone, méthylprednisolone, prednisolone), AINS oraux non-COX sélectifs, agents sélectifs COX-2 (célécoxib, valdécoxib) et aspirine [Roux <i>et al.</i>, 2020]. L'ICIS recommande les mêmes exclusions et ajoute la présence d'un diagnostic d'œsophagite érosive ou d'œsophagite de Barrett ou un trouble d'hypersécrétion pathologique [ICIS, 2018]. Le HQCA ne définit aucune exclusion [HQCA, 2020].
Données contextuelles	L'étude de Roux [2020] montre qu'en 2015, avant la mise en place de la politique de remboursement de la RAMQ qui limite l'utilisation prolongée des IPP, 21,3 % des québécois âgés de 66 ans et plus prenaient un IPP pendant plus de 8 semaines. Selon l'ICIS [2018], 32,1 % des personnes âgées prenaient un IPP et 23,6 % en prenaient de manière potentiellement inappropriée en 2014-2015 en tenant compte de l'exclusion des personnes présentant des indications reconnues. Depuis 2017, la RAMQ limite le remboursement des IPP à un maximum de 90 jours par année par personne assurée âgée de 18 ans et plus. Le remboursement peut toutefois être prolongé pour certaines considérations thérapeutiques [RAMQ, 2017]. Le Réseau canadien pour la déprescription a élaboré des lignes directrices et un algorithme qui facilitent la déprescription des IPP [Farrell <i>et al.</i>, 2017].
Données expérientielles	Selon les usagers consultés, la sécurité dans les services de première ligne est très importante. On ne dispose pas de données spécifiques sur les IPP.

Interprétation

En raison des politiques de remboursement de la RAMQ, on ne peut pas conclure qu'une proportion élevée indique une mauvaise utilisation des pratiques de traitement.

Références

- AGS Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc 2019;67(4):674-94.
- Health Quality Council of Alberta (HQCA). Primary Healthcare Panel Report – Data Dictionary 2020. Calgary, AB : HQCA; 2020. Disponible à : https://hqca.ca/wp-content/uploads/2020/03/Primary-Healthcare-Panel-Report-Data-Dictionary-2012_09MAR2020-FINAL.pdf.
- Farrell B, Pottie K, Thompson W, Boghossian T, Pizzola L, Rashid FJ, et al. Déprescrire les inhibiteurs de la pompe à protons. Lignes directrices de pratique clinique fondées sur les données probantes. Can Fam Physician 2017;63(5):e253-65. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5429066/pdf/063e253.pdf>.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Utilisation des médicaments chez les personnes âgées au Canada, 2016. Ottawa, ON : ICIS; 2018. Disponible à : https://secure.cihi.ca/free_products/drug-use-among-seniors-2016-fr-web.pdf.
- Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Remboursement des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) – Mise à jour des considérations thérapeutiques. Infolettre 146. Québec, Qc : RAMQ; 2017. Disponible à : <https://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/infolettres/2017/info146-7.pdf>.
- Roux B, Sirois C, Simard M, Gagnon ME, Laroche ML. Potentially inappropriate medications in older adults: A population-based cohort study. Fam Pract 2020;37(2):173-9.

Prescription d'une benzodiazépine dans la dernière année chez les 65 ans et plus

Description	
Définition	Proportion des personnes de 65 ans et plus à qui on a servi au moins une prescription d'une benzodiazépine ou d'un hypnotique en Z.
Type d'indicateur	Processus
Dimension de la qualité, sous-dimension	Sécurité, mauvaise utilisation
Enjeux éthiques	Parmi les personnes âgées au Québec, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de recevoir une prescription de benzodiazépine en 2015 (31,1 % vs 18,7 %) [Roux <i>et al.</i> , 2020]. Au Canada, les personnes âgées vivant en milieux ruraux ou éloignés ainsi que dans des quartiers à revenu plus faible se sont fait prescrire plus de médicaments potentiellement inappropriés [ICIS, 2018].
Organismes qui l'utilisent	INESSS (CoMPAS+) - avec modifications
Raisonnement	
Importance	Selon l'ICIS [2018] et la Société américaine de gériatrie [AGS Beers Criteria® Update Expert Panel, 2019], les benzodiazépines chez les personnes âgées sont associées à de nombreux risques, tels que le risque de chute, de fractures, de sédation diurne, d'accidents de la route, d'atteinte de la fonction cognitive et de delirium. Au Canada, les dérivés des benzodiazépines figuraient au 10 ^e rang des catégories de médicaments les plus prescrites chez les 65 ans et plus avec un taux d'utilisation de 12,9 % et un taux d'utilisation chronique de 6,1 % en 2016 [ICIS, 2018].
Données probantes	Les critères de Beers de la Société américaine de gériatrie recommande d'éviter les benzodiazépines, tout en reconnaissant certaines indications pour les troubles convulsifs, le sevrage de l'alcool et de drogues, certains troubles du sommeil et l'anxiété généralisée sévère (recommandation forte, qualité de preuve modérée) [AGS Beers, 2019].
Données contextuelles	L'étude de Roux [2020] montre que 25,7 % des personnes âgées de 66 ans et plus au Québec présentant au moins une maladie chronique prenaient une benzodiazépine au cours de l'année financière 2015. Pour contrer le mésusage de benzodiazépines au Canada, le Réseau canadien pour la déprescription a élaboré des lignes directrices [Pottie <i>et al.</i> , 2018] et un algorithme qui facilitent leur déprescription [Réseau canadien pour la déprescription, 2016]. Il est recommandé de déprescrire les agonistes aux récepteurs des benzodiazépines dans le traitement de l'insomnie seule ou l'insomnie secondaire à d'autres comorbidités, en diminuant progressivement les doses pour éviter les symptômes de sevrage, chez toutes les personnes de plus de 65 ans et ce peu importe depuis quand le patient prend ce traitement (recommandation forte, faible qualité de preuve) [Pottie <i>et al.</i> , 2018].
Données expérientielles	Selon les usagers consultés, la sécurité dans les services de première ligne est très importante. On ne dispose pas de données spécifiques sur les benzodiazépines ou les hypnotiques en Z.
Interprétation	Il n'existe pas de seuil définissant une proportion acceptable. En principe toute prescription de benzodiazépine ou d'un hypnotique en Z chez des personnes de 65 ans et plus devrait être évitée.

Références

- AGS Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc 2019;67(4):674-94.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Utilisation des médicaments chez les personnes âgées au Canada, 2016. Ottawa, ON : ICIS; 2018. Disponible à : https://secure.cihi.ca/free_products/drug-use-among-seniors-2016-fr-web.pdf.
- Pottie K, Thompson W, Davies S, Grenier J, Sadowski CA, Welch V, et al. Déprescription des agonistes des récepteurs des benzodiazépines. Lignes directrices de pratique clinique fondées sur les données probantes. Can Fam Physician 2018;64(5):e209-24.
- Réseau canadien pour la déprescription. Algorithme de déprescription des benzodiazépines et “Z-drugs” (BZRA). Montréal, Qc : Réseau canadien pour la déprescription; 2016. Disponible à : <https://deprescribing.org/wp-content/uploads/2018/05/deprescribing-algorithm-benzodiazepines-2018-fr.pdf>.
- Roux B, Sirois C, Simard M, Gagnon ME, Laroche ML. Potentially inappropriate medications in older adults: A population-based cohort study. Fam Pract 2020;37(2):173-9.

Prescription d'un antipsychotique dans la dernière année chez les 65 ans et plus

Description	
Définition	Proportion des personnes de 65 ans et plus à qui on a servi au moins une prescription d'un antipsychotique
Type d'indicateur	Processus
Dimension de la qualité, sous-dimension	Sécurité, mauvaise utilisation
Enjeux éthiques	Parmi les personnes âgées, les femmes (6,4 %) se sont fait prescrire significativement plus d'antipsychotiques que les hommes (4,5 %) [Roux <i>et al.</i> , 2020].
Organismes qui l'utilisent	INESSS (CoMPAS+) – avec modifications
Raisonnement	
Importance	Les antipsychotiques chez les aînés augmentent le risque d'accident vasculaire cérébral, de déclin cognitif et de mortalité globale chez les personnes atteintes de démence. Ils peuvent entraîner plusieurs effets indésirables, tels que les symptômes extrapyramidaux, une altération de la démarche, des chutes, de la somnolence, de l'œdème, des infections urinaires, un gain de poids et du diabète [ICIS, 2018; INESSS, 2017].
Données probantes	La mise à jour de 2019 des critères de Beers de la Société américaine de gériatrie recommande d'éviter les antipsychotiques de 1 ^e et 2 ^e génération, sauf en cas de schizophrénie ou de bipolarité ou comme antiémétique pour une courte période pendant une chimiothérapie (recommandation forte, qualité de preuve modérée). Il est aussi recommandé d'éviter de prescrire des antipsychotiques pour traiter les symptômes comportementaux de la démence ou le delirium, à moins que les options non pharmacologiques aient échoué (par ex. les interventions comportementales) ou qu'elles sont impossibles ET que la personne âgée représente un danger pour elle-même ou pour autrui [AGS Beers Criteria® Update Expert Panel, 2019]. L'INESSS [2017] a émis des recommandations similaires.
Données contextuelles	L'étude de Roux [2020] montre que 5,6 % des personnes âgées de 66 ans et plus et souffrant d'une maladie chronique prenaient un antipsychotique au cours de l'année financière 2015 au Québec. La consommation d'antipsychotiques est plus élevée chez les personnes âgées vivant en centres de soins de longue durée. Au Canada, 35,6 % des aînés en centres de soins de longue durée avaient reçu une prescription d'antipsychotiques en 2016 [ICIS, 2018]. Pour contrer le mésusage des antipsychotiques au Canada, le Réseau canadien de la déprescription a développé des algorithmes, des lignes directrices de déprescription et des brochures à remettre au patient avec des alternatives aux antipsychotiques pour les symptômes d'insomnie et de démence [Bjerre <i>et al.</i> , 2018].
Données expérientielles	Selon les usagers consultés, la sécurité dans les services de première ligne est très importante. On ne dispose pas de données spécifiques sur les antipsychotiques.
Interprétation	Une proportion élevée indique une mauvaise utilisation des pratiques de traitement.

Références

- AGS Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc 2019;67(4):674-94.
- Bjerre LM, Farrell B, Hogel M, Graham L, Lemay G, McCarthy L, et al. Déprescription des antipsychotiques pour les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et l'insomnie. Guide de pratique clinique fondé sur des données probantes. Can Fam Physician 2018;64(1):e1-e12.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Utilisation des médicaments chez les personnes âgées au Canada, 2016. Ottawa, ON : ICIS; 2018. Disponible à : https://secure.cihi.ca/free_products/drug-use-among-seniors-2016-fr-web.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Usage optimal des antipsychotiques et la prise en charge non pharmacologique des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence chez les personnes atteintes de troubles neurocognitifs majeurs qui résident en centre d'hébergement et de soins de longue durée. Rapport rédigé par Marie-Claude Breton, Gabriel Carpentier, Gaëlle Gernigon, Geneviève Robitaille, Sybille Saury et Annie Tessier. Québec, Qc : INESSS; 2017. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/INESSS-Avis_antipsychotiques.pdf.
- Roux B, Sirois C, Simard M, Gagnon ME, Laroche ML. Potentially inappropriate medications in older adults: A population-based cohort study. Fam Pract 2020;37(2):173-9.

Prescription d'une sulfonyleurée dans la dernière année chez les 65 ans et plus

Description	
Définition	Proportion des personnes de 65 ans et plus à qui on a servi au moins une prescription d'une sulfonyleurée
Type d'indicateur	Processus
Dimension de la qualité, sous-dimension	Sécurité, mauvaise utilisation
Enjeux éthiques	Les personnes de 70 ans et plus défavorisées sont plus susceptibles de se voir prescrire des médicaments potentiellement nocifs comme des sulfonyleurées à action prolongée [Odubanjo <i>et al.</i> , 2004]. Parmi les personnes âgées de 66 ans et plus, les hommes (4,4 %) se sont fait prescrire significativement plus de sulfonyleurées à action prolongée que les femmes (2,4 %) [Roux <i>et al.</i> , 2020].
Organismes qui l'utilisent	INESSS (CoMPAS+) – avec modifications
Raisonnement	
Importance	Les sulfonyleurées à longue action (glimepiride et la glyburide) sont associées à un risque d'hypoglycémies sévères et prolongées chez les personnes âgées de 65 ans et plus et devraient être évitées. Il y a des choix qui sont plus appropriés comme la metformine, les inhibiteurs de la dipeptidyl peptidase-4 (iDPP-4) ou les inhibiteurs sélectifs de la SGLT2 qui causent moins d'hypoglycémies [Meneilly <i>et al.</i> , 2018].
Données probantes	La mise à jour de 2019 des critères de Beers de la Société américaine de gériatrie recommande d'éviter des sulfonyleurées à action prolongée (recommandation forte, qualité de preuve élevée) [AGS Beers Criteria® Update Expert Panel, 2019]. Les lignes directrices de pratique de l'Association Canadienne du diabète recommandent d'éviter les sulfonyleurées chez les personnes âgées comme traitement de première intention et chez les personnes non contrôlées avec la metformine [Meneilly <i>et al.</i> , 2018]. <i>L'INESSS [2019] recommande aussi la prudence quant à l'utilisation de ces médicaments chez les personnes âgées et rappelle que le risque croît avec l'âge.</i>
Données contextuelles	L'étude de Roux [2020] montre que 3,3 % des personnes âgées de 66 ans et plus prenaient des sulfonyleurées à action prolongée au cours de l'année financière 2015 au Québec. Les nouveaux hypoglycémisants comme les inhibiteurs de la dipeptidyl peptidase-4 (iDPP-4) et les inhibiteurs sélectifs de la SGLT2 sont remboursés au Québec pour les personnes chez qui les sulfonyleurées sont contre-indiquées et qui ne sont pas contrôlées avec la metformine ou d'autres agents hypolipémiants, mais l'âge seul ne fait pas partie des contre-indications reconnues par la RAMQ [2018].
Données expérientielles	Selon les usagers consultés, la sécurité dans les services de première ligne est très importante. On ne dispose pas de donnée spécifique pour les sulfonyleurées à action prolongée.
Interprétation	L'interprétation de cet indicateur est difficile sans avoir le contexte clinique dans la mesure où l'âge seul n'est pas une contre-indication absolue aux sulfonyleurées.

Références

- AGS Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc 2019;67(4):674-94.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Mise à jour du protocole médical national et d'un modèle d'ordonnance individuelle d'ajustement de la médication antidiabétique et des analyses de laboratoire dans le diabète de type 2. Rapport rédigé par Valérie Garceau et Catherine Awad. Québec, Qc : INESSS; 2019. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Ordonnances_collectives/Diabete/INESSS_Rapport_antidiabetique.pdf.
- Meneilly GS, Knip A, Miller DB, Sherifali D, Tessier D, Zahedi A. Diabetes in older people. Can J Diabetes 2018;42(Suppl 1):S283-95.
- Odubanjo E, Bennett K, Feely J. Influence of socioeconomic status on the quality of prescribing in the elderly – a population based study. Br J Clin Pharmacol 2004;58(5):496-502.
- Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Modifications au répertoire des Codes des médicaments d'exception. Infolettre 231. Québec, Qc : RAMQ; 2018. Disponible à : <https://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/infolettres/2018/info231-8.pdf>.
- Roux B, Sirois C, Simard M, Gagnon ME, Laroche ML. Potentially inappropriate medications in older adults: A population-based cohort study. Fam Pract 2020;37(2):173-9.

Prise concomitante d'opiacé et benzodiazépine dans les six derniers mois chez des personnes sans cancer (et non palliatifs)

Description	
Définition	Proportion des personnes sans cancer (et non palliatifs) à qui on a servi au moins une prescription d'opioïde et une prescription de benzodiazépine dans les six derniers mois.
Type d'indicateur	Processus
Dimension de la qualité, sous-dimension	Sécurité, mauvaise utilisation
Enjeux éthiques	Les femmes adultes se retrouvent plus souvent parmi les nouveaux utilisateurs d'opioïdes en 2006 (56,7 %) et en 2016 (55,5 %) au Québec [INESSS, 2018], alors que chez les personnes âgées, les femmes sont plus susceptibles de recevoir une prescription de benzodiazépines (31,1 % vs 18,7 %) [Roux <i>et al.</i> , 2020].
Organismes qui l'utilisent	Ontario
Raisonnement	
Importance	L'usage concomitant d'un opioïde ou d'un médicament dépresseur du système nerveux central, tel qu'une benzodiazépine, augmente le risque de sédation et de surdose [NOUGG, 2010]. Au Canada, une intoxication concomitante aux benzodiazépines a été détectée chez 19 % des personnes hospitalisées pour une intoxication aux opioïdes en 2014-2015 [ICIS et CCLT, 2016].
Données probantes	Les cliniciens devraient éviter de prescrire des opioïdes et des benzodiazépines de façon concomitante lorsque possible (recommandation de catégorie A, type d'évidence 3) ² . La communication entre cliniciens est importante pour coordonner les soins et services et échanger sur les besoins des individus, prioriser leurs objectifs et évaluer les risques d'une utilisation concomitante d'opioïdes et de benzodiazépines [Dowell <i>et al.</i> , 2016].
Données contextuelles	Selon un portrait de l'usage des opioïdes au Québec [INESSS, 2018], le chevauchement (7 jours ou plus) d'ordonnances d'opioïde et de benzodiazépine a touché 9,2 % (environ 10 500 individus/an) des nouveaux utilisateurs d'opioïdes couverts par le régime public d'assurance médicaments de 2006 à 2013.
Données expérientielles	Selon les usagers, la sécurité dans les services de première ligne est très importante. On ne dispose pas de donnée spécifique sur la combinaison des benzodiazépines et opiacés.
Interprétation	Il n'existe pas de seuil définissant une proportion acceptable. En principe, le chevauchement d'ordonnance d'opioïde et de benzodiazépine devrait être évité.

² Catégorie A : les recommandations s'appliquent à toutes les personnes de ce groupe (vs Catégorie B qui implique un processus de prise de décision partagée); Type d'évidence 3 : les données proviennent d'études observationnelles et d'études cliniques randomisées qui comportent des limites.

Références

- Dowell D, Haegerich TM, Chou R. CDC guideline for prescribing opioids for chronic pain – United States, 2016. MMWR Recomm Rep 2016;65(1):1-49. Disponible à : <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/rr/pdfs/rr6501e1.pdf>.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) et Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (CCLT). Hospitalisations et visites au service d'urgence liées à une intoxication aux opioïdes au Canada. Ottawa, ON : ICIS; 2016. Disponible à : https://secure.cihi.ca/free_products/Opioid%20Poisoning%20Report%20%20FR.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Portrait de l'usage des opioïdes chez les personnes couvertes par le régime public d'assurance médicaments du Québec. Rédigé par Éric Tremblay et Jean-Marc Daigle. Québec, Qc : INESSS; 2018. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Medicaments/INESSS_Portrait_Opio%C3%AFdes.pdf.
- National Opioid Use Guideline Group (NOUGG). Canadian guideline for safe and effective use of opioids for chronic non-cancer pain. Part B: Recommendations for practice. NOUGG; 2010. Disponible à : https://www.cpd.utoronto.ca/opioidprescribing/files/2016/11/opioid_guideline_part_b_v5_6.pdf.
- Roux B, Sirois C, Simard M, Gagnon ME, Laroche ML. Potentially inappropriate medications in older adults: A population-based cohort study. Fam Pract 2020;37(2):173-9.

Dimension de qualité : Efficience

Taux d'hospitalisation pour des conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA)

Description	
Définition	Taux, ajusté selon l'âge, d'hospitalisations en soins de courte durée pour des conditions pour lesquelles des soins ambulatoires appropriés permettent d'éviter ou de réduire la nécessité d'une admission à l'hôpital, par 100 000 personnes de moins de 75 ans. Les enfant de moins de 1 ans les personnes en soins palliatifs sont exclues.
Type d'indicateur	Résultats
Dimension de la qualité, sous-dimension	Efficience
Enjeux éthiques	Un rapport de l'ICIS [2015] montre que le risque d'être hospitalisé pour une CPSA augmente avec l'âge et que les personnes qui résident en milieu rural sont plus à risque que celles en milieu urbain.
Organismes qui l'utilisent	ICIS, Ontario, les 12 équipes canadiennes en Soins de santé communautaire de première ligne des IRSC.
Raisonnement	
Importance	« L'hospitalisation pour une condition propice aux soins ambulatoires est considérée comme une mesure d'accès à des soins de santé primaires appropriés. Bien que les admissions pour ces conditions ne soient pas toutes évitables, on présume que des soins ambulatoires appropriés pourraient prévenir l'apparition de ce type de maladie ou de condition, aider à maîtriser une maladie ou une condition épisodique de soins de courte durée ou contribuer à gérer une condition ou une maladie chronique » [ICIS, 2021; Statistique Canada, 2011].
Données probantes	Cet indicateur résulte d'un algorithme validé adapté aux banques de données des différentes provinces canadiennes et de plusieurs pays de l'OCDE. Les affections considérées comme sensibles aux soins de première ligne en ce qui concerne les hospitalisations sont : l'épilepsie, l'asthme, la MPOC, l'insuffisance cardiaque, le diabète, l'hypertension artérielle et l'insuffisance coronarienne aigue [ICIS, 2021]. La diminution du recours à des services hospitaliers potentiellement évitables (comme ceux fournis pour des CPSA) favoriserait la rentabilité de la prestation des soins. Le risque d'hospitalisation pour une CPSA est diminué par l'amélioration de la continuité relationnelle avec son médecin de famille [ICIS, 2015].
Données contextuelles	Selon les données de Statistique Canada pour la période de 2000 à 2005, les personnes hospitalisées pour des CPSA ne représentent que 0,4 % des Canadiens de moins de 75 ans, mais 6 % de toutes les personnes hospitalisées et près de 11 % de toutes les journées de séjour hospitalier [Statistique Canada, 2011]. Au Québec, le taux de 323 hospitalisations en soins de courte durée pour des CPSA par 100 000 personnes de moins de 75 ans n'était pas statistiquement différent de la moyenne canadienne en 2018-2019 [ICIS, 2020].
Données expérientielles	Les résultats d'une étude qualitative en Australie sur la perspective de patients hospitalisées pour des CPSA ont montré que des facteurs comme le manque d'un système de soutien, de compréhension de leur maladie, d'adhérence au traitement prescrit ainsi que la présence d'une maladie mentale sont associés à des épisodes d'hospitalisations [Longman <i>et al.</i> , 2018].
Interprétation	Une proportion élevée suggère un enjeu d'accès ou d'efficacité des services de première ligne, entraînant une utilisation non optimale des ressources.

Références

- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Conditions propices aux soins ambulatoires [site Web]. Ottawa, ON : ICIS; 2021. Disponible à : <https://indicatorlibrary.cihi.ca/display/HSPIILF/Conditions+propices+aux+soins+ambulatoires> (consulté le 19 septembre 2021).
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Renseignements sur Conditions propices aux soins ambulatoires — Québec. Ottawa, ON : ICIS; 2020. Disponible à : https://votresystemedesante.icis.ca/hsp/indepth?lang=fr&_ga=2.92225817.2000472670.1603295826-1399225363.1603295826#/indicator/019/2/C4000/.
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). L'importance de la continuité des soins avec le médecin de famille. Ottawa, ON : ICIS; 2015. Disponible à : https://web.archive.org/web/20171102050004/https://secure.cihi.ca/free_products/UPC_ReportFINAL_FR.pdf.
- Longman JM, Rix E, Johnston JJ, Passey ME. Ambulatory care sensitive chronic conditions: What can we learn from patients about the role of primary health care in preventing admissions? Aust J Prim Health 2018;24(4):304-10.
- Statistique Canada. Hospitalisations pour des conditions propices aux soins ambulatoires (CPSA) : les facteurs qui importent. Ottawa, ON : Statistique Canada; 2011. Disponible à : https://publications.gc.ca/collections/collection_2011/statcan/82-622-X/82-622-x2011007-fra.pdf.

ANNEXE H

Indicateurs descriptifs

Tableau H-1 Tableau-synthèse des indicateurs descriptifs exclus

Indicateurs descriptifs	Argumentaire
Proportion ajustée de personnes ayant eu au moins une journée d'inscription avec un médecin de famille œuvrant dans une clinique médicale ou un GMF, dans l'année financière étudiée, par rapport à l'ensemble des personnes MPOC.	Indicateur populationnel
Nombre de personnes âgées de 35 ans et plus identifiées comme un cas prévalent de MPOC au 31 mars 2018.	Indicateur de prévalence exclu puisqu'il a été décidé d'utiliser <i>Grouper</i>
Nombre de personnes atteintes de la MPOC par rapport à l'ensemble de la population de 35 ans et plus pendant l'année 2017-2018.	Indicateur de prévalence exclu puisqu'il a été décidé d'utiliser <i>Grouper</i>
Nombre de personnes MPOC qui sont décédées au cours de l'année 2017-2018.	Indicateur populationnel
Proportion des personnes atteintes de la MPOC qui sont décédées au cours de l'année 2017-2018 par rapport à l'ensemble des personnes atteintes de la MPOC.	Indicateur populationnel
Proportion ajustée de fumeurs régulier (personnes qui fument tous les jours) et de fumeurs occasionnels (personnes qui fument actuellement sans fumer tous les jours) âgés de 15 ans et plus, 2014-2015.	Données d'enquêtes, l'INESSS n'a pas accès
Proportion des personnes identifiées comme un cas prévalent de MPOC selon les groupes d'âge suivant : 35 à 64 ans, 65 à 74 ans, 75 à 84 ans, 85 ans et plus. L'âge est calculé au 31 mars 2018.	Indicateur de prévalence exclu puisqu'il a été décidé d'utiliser <i>Grouper</i>
Proportion de la population ayant un niveau de défavorisation matérielle très élevée (quintile 5) en 2016-2017 par rapport à l'ensemble de la population du Québec	L'indice complet de défavorisation sera plutôt utilisé
Nombre de personnes atteintes de la MPOC par rapport à l'ensemble de la population de 35 ans et plus et par quintile de défavorisation (Q1 à Q5), pendant l'année 2017-2018.	Trop spécifique
Nombre de visites avec un médecin dans le GMF au cours de la dernière année	Un indicateur de globalité a été proposé (visite avec le professionnel responsable)
Nombre moyen de prescripteurs par patient pour les personnes avec 10 médicaments et plus	Non pertinent
Pourcentage des personnes qui ont une (ou plusieurs) maladie chronique	Indicateur de prévalence exclu puisqu'il a été décidé d'utiliser <i>Grouper</i>
Pourcentage de personnes qui reçoivent un nouvel anticoagulant par voie orale (NAVO) parmi les personnes qui prennent des anticoagulants	Trop spécifique
Nombre d'infections respiratoires (otite, sinusite, pharyngite, pneumonie, bronchites) par 1000 personnes	Indicateur de prévalence exclu puisqu'il a été décidé d'utiliser <i>Grouper</i>

Indicateurs descriptifs	Argumentaire
Nombre de personnes qui ont eu des cystites par 1000 personnes	Indicateur de prévalence exclu puisqu'il a été décidé d'utiliser <i>Grouper</i>
Pourcentage de personnes sans cancer (et non palliatifs) qui ont reçu un opiacé dans les derniers 6 mois (thérapie d'agoniste opioïde exclue)	Trop spécifique
Pourcentage de personnes sans cancer (et non palliatifs) qui ont reçu une nouvelle prescription d'opiacé dans les derniers 6 mois (thérapie d'agoniste opioïde exclue)	Trop spécifique
Taux de visite à l'urgence par 1000 personnes	La distribution des visites à l'urgence est incluse
Pourcentage de personnes qui ont un diagnostic d'une maladie chronique - santé mentale à part	Indicateur de prévalence exclu puisqu'il a été décidé d'utiliser <i>Grouper</i>
Pourcentage des personnes diabétiques qui ont un diagnostic de maladie rénale	Indicateur de prévalence exclu puisqu'il a été décidé d'utiliser <i>Grouper</i>
Proportion de personnes par groupe de vulnérabilité de la RAMQ	Exclu puisqu'il a été décidé d'utiliser <i>Grouper</i>
Proportion des personnes atteintes de diabète qui présentent une rétinopathie	Trop spécifique
Taux de mortalité pour des problèmes de santé mentale	Indicateur populationnel
Prévalence de la maladie d'Alzheimer et des autres troubles neurocognitifs majeurs	Indicateur de prévalence exclu puisqu'il a été décidé d'utiliser <i>Grouper</i>
Taux de prescription d'antibiotiques par 1000 habitants	Non pertinent
Prévalence de l'usage d'opioïdes chez les personnes avec ou sans diagnostic de cancer	Trop spécifique
Incidence de l'usage d'opioïdes chez les personnes sans diagnostic de cancer	Trop spécifique
Proportion des nouveaux utilisateurs d'opioïdes qui ont fait au moins une consultation médicale	Trop spécifique
Prévalence du TDAH par groupe d'âge chez les personnes de 25 ans et moins	Indicateur de prévalence exclu puisqu'il a été décidé d'utiliser <i>Grouper</i>
Utilisation de l'IRM selon l'âge et le sexe	Non pertinent
Volume d'interventions diagnostics associées aux soins du cancer du poumon au Québec	Trop spécifique
Répartition des nouveaux utilisateurs d'AOD ou de warfarine de 2015 couverts par le RPAM, selon certaines conditions médicales à la date index ou au cours de la période précédant celle-ci	Indicateur de prévalence exclu puisqu'il a été décidé d'utiliser <i>Grouper</i>
Répartition des nouveaux utilisateurs d'AOD ou de warfarine de 2015 couverts par le RPAM, ayant un diagnostic de FANV, selon certaines caractéristiques	Trop spécifique
Répartition des caractéristiques des nouveaux utilisateurs d'AOD ou de warfarine de 2015 couverts par le RPAM, ayant un diagnostic de FANV, selon la dose de l'AOD reçu à l'amorce du traitement	Trop spécifique
Répartition des nouveaux utilisateurs d'AOD de 2015 couverts par le RPAM, ayant un diagnostic de FANV, selon le plus grand nombre de jours consécutifs sans traitement (sans ordonnance active) dans l'année suivant l'amorce du traitement, et évaluation de leur persistance à 1 an	Trop spécifique

Indicateurs descriptifs	Argumentaire
Hospitalisations et épisodes de soins à l'urgence dans l'année suivant l'amorce du traitement relatifs à l'un des 8 diagnostics à l'étude, chez les nouveaux utilisateurs d'AOD ou de warfarine de 2015 couverts par le RPAM et ayant un diagnostic de FANV	Trop spécifique
Mortalité toutes causes confondues suivant l'amorce du traitement chez les nouveaux utilisateurs d'AOD ou de warfarine de 2015 couverts par le RPAM et ayant un diagnostic de FANV, selon l'anticoagulant utilisé à l'amorce du traitement	Indicateur populationnel
Répartition des nouveaux utilisateurs d'AOD ou de warfarine de 2015 couverts par le RPAM et ayant un diagnostic de TEV	Trop spécifique
Hospitalisations et épisodes de soins à l'urgence dans l'année suivant l'amorce du traitement relatifs à l'un des 8 diagnostics à l'étude, chez les nouveaux utilisateurs d'AOD ou de warfarine de 2015 couverts par le RPAM et ayant un diagnostic de TEV	Trop spécifique
Lourdeur moyenne selon <i>Grouper</i>	La proportion de personnes par segments <i>Grouper</i> sera plutôt utilisée dans un premier ensemble d'indicateur
Personnes par nombre de conditions <i>Grouper</i>	
Nombre moyen de visites à l'urgence	La distribution des visites à l'urgence sera plutôt utilisée dans un premier ensemble d'indicateur
Visites à l'urgence pour des problèmes urgents (P1 à P3)	

Abréviations : AOD : anticoagulant oral direct; CoMPAS+ : collectif pour les Meilleures Pratiques et l'Amélioration des Soins et Services; FANV : fibrillation atriale non vulvaire; GMF : groupe de médecine de famille; IRM : imagerie par résonance magnétique; MPOC : maladie pulmonaire obstructive chronique; RAMQ : Régie de l'assurance maladie du Québec; RPAM : régime public d'assurance médicaments; s.o. : sans objet; TDAH : trouble du déficit de l'attention avec/sans hyperactivité; TEV : thrombo-embolie veineuse.

*Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux*

Québec 

Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563
inesss.qc.ca

