Plan de monitorage interprétatif de l'impact des transformations des services de santé de première ligne sur la population montréalaise

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES
DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL - DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Québec

PLAN DE MONITORAGE INTERPRÉTATIF DE L'IMPACT DES TRANSFORMATIONS DES SERVICES DE SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE SUR LA POPULATION MONTRÉALAISE

ÉQUIPE SANTÉ DES POPULATIONS ET SERVICES DE SANTÉ
DIRECTION DES SYSTÈMES DE SOINS ET SERVICES
INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC
ET
SECTION SERVICES PRÉVENTIFS EN MILIEU CLINIQUE
DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL

Mars 2005

Québec

- Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal - Direction de santé publique
- Institut national de santé publique

AUTEUR
Pierre Tousignant, Médecin conseil, M.D., M.Sc.
Équipe santé des populations et services de santé
Direction de santé publique de Montréal et
Institut national de santé publique du Québec

AVEC LA COLLABORATION DES AUTRES MEMBRES DE L'ÉQUIPE SANTÉ DES POPULATIONS ET SERVICES DE SANTÉ
Ginette Beaulne, Agente de planification et de programmation, B.Sc., P.N.P.
Debbie Feldman, Agente de recherche, Ph.D.
Jean Gratton, Agent de recherche, M.Sc.
Marjolaine Hamel, Agente de recherche, M.Sc.
Michelle Houde, Agente de recherche, M.Sc.
Costas Kapetanakis, Agent de recherche, M.Sc.
Odette Lemoine, M.Sc.
Dominique Lesage, Agente de planification et de programmation, M.Sc.
Kathy Lesperance, Agente de recherche, M.Sc.
Jean-Frédéric Levesque, Médecin conseil, M.D., Ph.D.
Diane Ouellet, Agente de planification et de programmation, M.Sc.
Raynald Pineault, Médecin conseil, M.D., Ph.D.
Brigitte Simard, Technicienne de recherche

Secrétariat : Mireille Paradis

REMERCIEMENTS
Nous remercions les personnes qui ont participé aux différents groupes de discussion et à ceux qui ont commenté ce document, notamment le directeur du département de médecine générale de Montréal, le coordonnateur du secteur gestion de l'information à l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, plusieurs cliniciens de Montréal, les membres du Groupe interuniversitaire de recherche sur les urgences (GIRU) et les membres du service de l'évaluation, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Ce document est disponible en version intégrale sur le site Web de l'INSPQ : *http://www.inspq.qc.ca*
ainsi que sur le site Web de la DSP : *http://www.santepub-mtl.qc.ca*

Reproduction autorisée à des fins non commerciales à la condition d'en mentionner la source.

DOCUMENT DÉPOSÉ À SANTÉCOM (HTTP://WWW.SANTECOM.QC.CA)
COTE : 06-2005-01

ISBN : 2-89494-449-7

DÉPÔT LÉGAL – BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC, 2005
DÉPÔT LÉGAL – BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA, 2005

© DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE MONTRÉAL ET INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2005)

Avant-propos

Au cours des dernières années, de nombreux écrits et commissions ont mis en lumière les problèmes de fragmentation des services, d'accès aux services généraux et spécialisés, de continuité de soins, de partage de l'information clinique et de partage de tâches entre profession. Au Québec, pour atténuer ces problèmes, plusieurs approches émergent des milieux ou sont envisagées par la gouverne provinciale ou régionale.

Les transformations des services de santé en cours, dont la mise en place récente des réseaux locaux de santé et de services sociaux, visent une meilleure intégration des services de première ligne pour en améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité et pour mieux répondre aux besoins de toute la population.

L'Équipe Santé des Populations et Services de Santé (ESPSS), équipe conjointe de l'Institut national de santé publique du Québec et de la direction de santé publique de Montréal, est partie prenante de la responsabilité qui incombe à la santé publique de rendre compte de l'état de santé de toute la population. C'est dans ce contexte que ESPSS se prépare à répondre à la question suivante : Est-ce que les transformations aux services de première ligne influenceront l'état de santé de la population ?

Pour répondre à cette question et en informer les décideurs, il est essentiel d'utiliser plusieurs approches et plusieurs sources d'information. Le plan de monitorage interprétatif est une de ces approches. Le document qui suit décrit son contenu et la démarche utilisée pour le constituer.

Table des matières

Résumé exécutif ..... **III**

Introduction **1**

Chapitre 1 - Nous faisons du monitorage interprétatif **3**

Chapitre 2 - Partir des transformations envisagées des services de première ligne **5**

Chapitre 3 - Quels services de première ligne feront l'objet du suivi ? **7**

Chapitre 4 - Consultation des experts concernant les effets des transformations de la première ligne **9**
4.1 Résumé des observations faites par les experts 9

Chapitre 5 - Hypothèses de recherche dans le contexte d'un plan de monitorage de première ligne **13**
5.1 Sources des hypothèses du plan de monitorage 14
5.2 Mode de présentation des hypothèses du plan de monitorage 14
5.3 Hypothèses du plan de monitorage 16

Chapitre 6 - Notre démarche, nos orientations de recherche et les indicateurs **27**
6.1 Sources des données et leur utilisation 28
6.1.1 Indicateurs n'exigeant pas de collecte de données primaires (plan de monitorage) 28
6.1.2 Indicateurs servant à mesurer le degré d'implantation des transformations 29
6.1.3 Les indicateurs fournissant de l'information sur l'accessibilité, la continuité… 29
6.1.4 Les indicateurs nous informant sur l'impact des transformations sur la santé 31
6.1.5 Indicateurs exigeant une collecte de données primaires 31

Chapitre 7 - Comment choisir les indicateurs pertinents pour le monitorage **33**

Chapitre 8 - Indicateurs retenus pour le plan de monitorage **37**

Chapitre 9 - Plan de collecte de données et d'analyse **43**
9.1 Stratégies de recherche/monitorage 44
9.1.1 Monitorage à partir des banques de données administratives 44
9.1.2 Monitorage par enquêtes existantes 45
9.2 Plan d'analyse 45
9.3 Interprétation des données 46
9.4 Variables confondantes 48
9.5 Considérations éthiques relatives au monitorage 48
9.6 Sécurité des données 49
9.7 Limites de l'étude 49

Chapitre 10 - Contribution du monitorage **51**
10.1 Contribution spécifique du monitorage et de sa démarche 51
10.2 Synergie avec les autres éléments du plan de suivi 51

Chapitre 11 - Conditions de succès **53**

Annexe 1 - Transformations prévues dans l'organisation des services de première ligne, version juin 2003 adaptée pour tenir compte de la proposition faite par l'Agence montréalaise en avril 2004..... A1

Annexe 2 - Inventaire des indicateurs à notre disposition..... A13

Annexe 3 - Analyse de cohortes..... A33

Liste des tableaux

1 : Exemples d'indicateurs pour suivre les effets des transformations par monitorage selon le paramètre au sujet duquel il fournit de l'information VI
2 : Chronologie des transformations et des collectes de données VIII
3 : Liens entre les transformations et les mécanismes organisationnels..... 15
4 : Les transformations, leurs effets et les directions des effets selon la source => Hypothèses 17
5 : Liste des indicateurs pour le plan de monitorage 38
6 : Chronologie des transformations et des collectes de données 43

Liste des graphiques

1 : Illustration de la démarche IV
2 : Concepts et nombre d'indicateurs s'y rapportant..... IX
3 : Sources des données et leur utilisation 28
4 : Algorithme servant à prioriser les indicateurs pour le monitorage..... 36
5 : Concepts et nombre d'indicateurs s'y rapportant 52

Résumé exécutif

Les services de santé en général et les services de première ligne en particulier souffrent de problèmes multiples : déficiences au niveau de l'accessibilité, de la continuité des soins, de la prise en charge des patients et de la coordination entre les différents acteurs. Plusieurs transformations des services de première ligne sont prévues et même en cours : groupes de médecins de famille, réseaux locaux de services ou encore réseaux intégrés de services (pour des problèmes de santé spécifiques)…

Rattachée à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et à la Direction de santé publique de Montréal (DSP), l'*Equipe Santé des populations et services de santé* (ESPSS) a mis sur pied un programme de suivi et d'évaluation des transformations de l'organisation des services de première ligne qui vise à évaluer les effets des transformations sur l'état de santé et de bien-être de la population montréalaise et à informer les décideurs[1] du système de santé. Dans le cadre de ce programme d'évaluation et de suivi des transformations des services de santé, notre domaine d'intérêt se situe au niveau du système de soins; plus particulièrement ceux dispensés par les médecins et les infirmières des services de première ligne. C'est à ce niveau particulier que la majorité des problèmes ont été identifiés et que se situent les transformations envisagées.

Le plan de monitorage interprétatif est une composante du programme de suivi de l'ESPSS. Les objectifs principaux de ce programme sont de comprendre et mesurer les effets des transformations implantées ou planifiées sur l'accessibilité[2], la continuité[3], la globalité[4], l'adéquation[5] et la réactivité[6] des services de première ligne et sur l'état de santé et de bien-être de la population montréalaise.

Les résultats du monitorage interprétatif jumelés à ceux de la recherche permettront d'offrir aux décideurs de la santé et aux intervenants du réseau, des renseignements uniques et pertinents sur la contribution des services de santé de première ligne à l'amélioration de l'état de santé de la population. Ces travaux visent donc à soutenir la prise de décision dans la planification des services de première ligne et l'élaboration des politiques de santé.

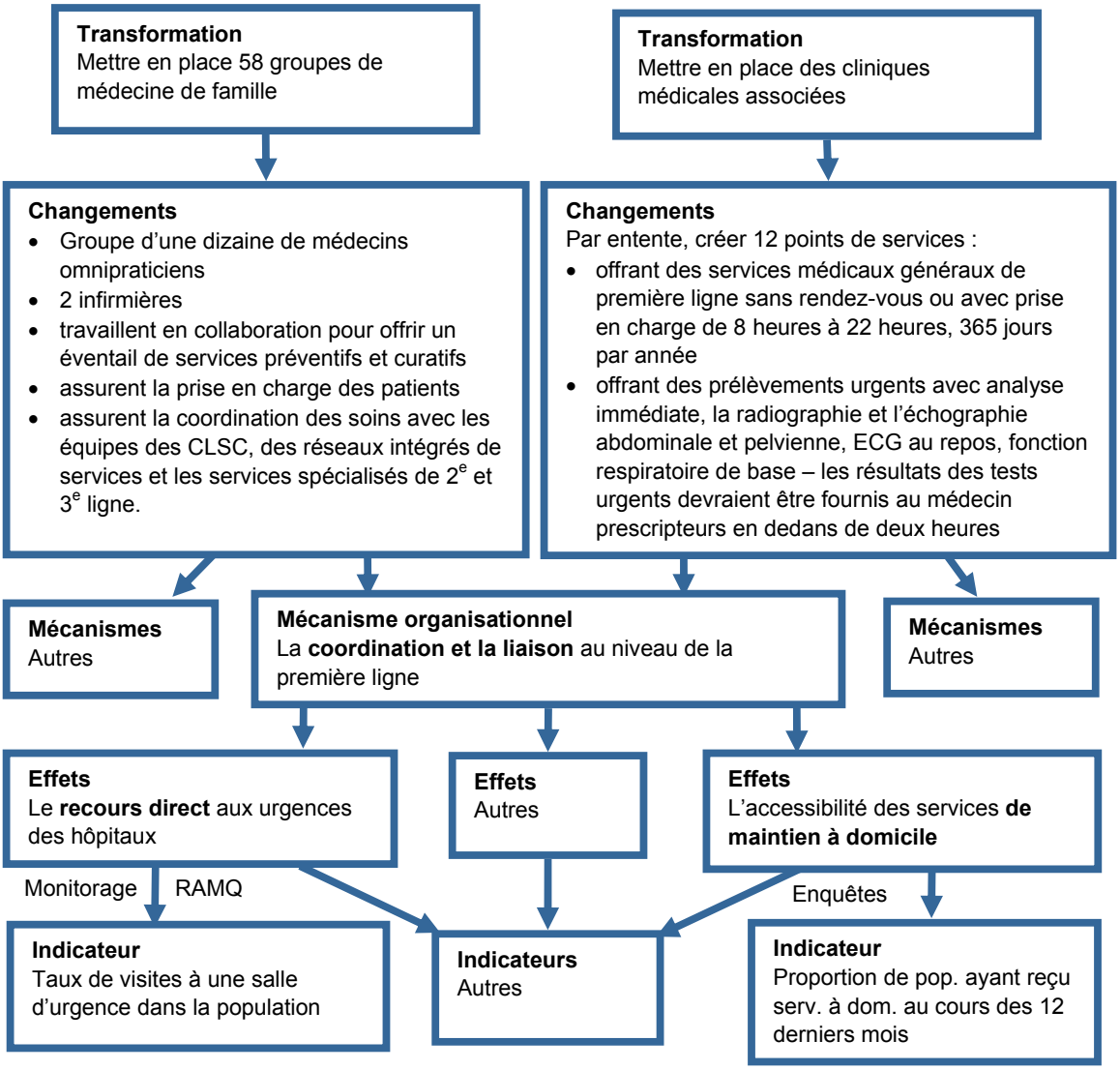
Nous qualifions notre monitorage d'interprétatif car il implique une analyse logique des transformations avec la contribution d'experts et d'informateurs-clés du réseau. Une telle analyse identifie a priori un lien entre les transformations et des indicateurs et nous situe

[1] Dans un sens large, peut inclure les élus politiques, les planificateurs, les gestionnaires, les professionnels de la santé et même les patients; pour notre plan de suivi, les principaux décideurs ciblés sont les quatre premiers.
[2] La promptitude de la visite du médecin de première ligne et la facilité d'accès aux services spécialisés et diagnostiques (Lamarche et al. 2003).
[3] Les services sont offerts comme une succession cohérente d'événements en lien avec les besoins de services et le contexte de vie des patients (Lamarche et al. 2003).
[4] L'ensemble des services requis pour répondre à la majorité des besoins de santé courants d'une communauté est offert sur place ou par référence (Starfield 1998).
[5] Les services offerts, disponibles ou utilisés correspondent aux besoins de santé de la population (Hurst 2002).
[6] La prise en compte et le respect des attentes et des préférences des utilisateurs et des fournisseurs des services (Lamarche et al. 2003).

dans un contexte de recherche évaluative. Son côté interprétatif découle aussi du fait que nous recourons à un processus systématique de triangulation pour nourrir nos interprétations. Dans le reste du document, lorsque nous parlons de « monitorage », nous faisons référence au monitorage interprétatif.

Précisément, le plan de monitorage relate les étapes de la démarche qui débute par la description des transformations envisagées par la gouverne dans l'organisation des services de première ligne, et qui a abouti au plan de collecte de données et d'analyse des indicateurs ciblés. La démarche utilisée contribue au-delà de son objectif premier qui était d'identifier les indicateurs pertinents pour le monitorage. Elle identifie aussi des indicateurs pertinents non mesurables par monitorage, indicateurs qui seront mesurés dans une enquête populationnelle réalisée par ESPSS.

Graphique 1 : Illustration de la démarche



Le graphique 1 décrit très succinctement cette démarche. Nous avons d'abord identifié les principales transformations qui sont au nombre de 14 (exemples : groupes de médecins de famille et les cliniques médicales associées)[7] et ensuite obtenu la description détaillée de tous les changements associés à ces transformations (deuxième rangée) non seulement à partir des documents officiels mais aussi à l'aide de discussions avec les principaux décideurs impliqués dans leur planification et leur implantation. Nous avons ensuite fait une recension des écrits et consulté des professionnels de la santé actifs sur le terrain dans le but d'identifier les effets pouvant résulter des changements. Comme les 14 transformations étaient associées à un très grand nombre de changements et que ceux-ci étaient aussi associés à un grand nombre d'effets, nous avons noté que le lien entre les changements et les effets passaient souvent par des mécanismes organisationnels communs. Ces mécanismes organisationnels (exemple : coordination et la liaison au niveau de la première ligne) nous ont permis de simplifier notre démarche. Une fois ces effets identifiés (exemples : recours direct aux urgences et de l'accessibilité au maintien à domicile), notre groupe de recherche les a traduits en indicateurs permettant d'en suivre l'évolution ou de les mesurer. Pour mesurer l'effet de la coordination et de la liaison sur le recours direct aux urgences des hôpitaux, nous prévoyons utiliser l'indicateur « Taux de visites à une salle d'urgence dans la population » à partir du monitorage en utilisant les banques de données de la RAMQ. Pour mesurer l'effet de la coordination et de la liaison sur l'accessibilité des services de maintien à domicile, nous prévoyons utiliser l'indicateur « Proportion de la population ayant reçu des services à domicile au cours des 12 derniers mois » à partir d'enquêtes populationnelles.

Parmi le très grand nombre d'indicateurs obtenus, nous avons sélectionné les plus pertinents pour la réalisation de nos objectifs et ceux qui pouvaient être générés avec un degré satisfaisant de validité. Les indicateurs pertinents et valides qui peuvent être mesurés sans le recours à des projets de recherche spécifiques c'est-à-dire à l'aide des banques de données administratives et enquêtes statutaires de Statistique Canada par exemple, font partie du plan de monitorage. Les autres servent alors de points de départ pour une planification des projets de recherche qui complèteront le plan de suivi.

Le tableau 1 fournit six exemples d'indicateurs nous informant des effets pour chacun des paramètres composant l'univers des effets intéressants à documenter. Ces exemples sont tirés des trente indicateurs sélectionnés à la suite de notre processus de sélection. D'autres indicateurs ont également été retenus afin de décrire le niveau d'implantation des transformations et de fournir une information contextuelle qui aidera à interpréter les résultats sur les effets. Les détails concernant tous les indicateurs considérés dans ce projet (retenus ou non) sont présentés en détail dans le chapitre 6 et dans l'annexe 2.

Bien que représentant une infime partie des indicateurs utilisés dans ce plan de monitorage, les exemples d'indicateurs fournis dans le tableau 1 identifient le type d'information qui en résultera soit l'information sur l'accessibilité, la continuité, la globalité, l'adéquation, la réactivité des services de première ligne et sur la santé de la population.

[7] Il est à noter que les transformations identifiées pour la région montréalaise sont semblables aux transformations appliquées dans d'autres régions du Québec. Il est donc plausible que notre plan de monitorage puisse être utile aux autres régions intéressées à suivre les effets des transformations dans leur territoire.

Tableau 1 : Exemples d'indicateurs pour suivre les effets des transformations par monitorage selon le paramètre au sujet duquel il fournit de l'information

Indicateurs - Effets	Dénominateur
Continuité	
Proportion de la population qui dit avoir un médecin de famille	Population âgée de 18 ans et plus résidant à Montréal
Globalité	
Taux de consultations auprès des spécialistes pour des patients avec diabète, insuffisance cardiaque, arthrite rhumatoïde, asthme (chez les 5-18 ans)	1- population de Montréal; 2- population de chaque réseau local; 3- patients vulnérables inscrits en GMF; 4- patients vulnérables non inscrits en GMF
Adéquation	
Taux d'hospitalisations pour certaines causes évitables (Insuffisance cardiaque, pneumonie bactérienne, MPOC, asthme, infections des reins/urinaire, diabète, déshydratation, cellulite, convulsions, angine)	1- population de Montréal; 2- population de chaque réseau local; 3- patients vulnérables inscrits en GMF; 4- patients vulnérables non inscrits en GMF
Accessibilité	
Proportion de patients hospitalisés pour des conditions chroniques sentinelles, qui auront un examen de suivi dans un délai de 30 ou 60 jours après leur congé de l'hôpital	Patients ayant reçus leur congé de l'hôpital pour les conditions suivantes : MPOC, insuffisance cardiaque, asthme, diabète, durant la période de référence: 1- population de Montréal; 2- population de chaque réseau local; 3- patients vulnérables inscrits en GMF; 4- patients vulnérables non inscrits en GMF
Réactivité	
Proportion des usagers se disant insatisfaits de la qualité des soins de santé fournis par leur médecin de famille régulier	Population de 15 ans et plus, résidant à Montréal et ayant reçu des soins de leur médecin de famille au cours des 12 derniers mois
Morbidité	
Taux de réadmission en Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS) dans un délai de 42 jours suivant un accouchement (post partum)	*Femmes admises en CHSGS pour un accouchement:* 1- population de Montréal; 2- population de chaque réseau local; 3- patients vulnérables inscrits en GMF; 4- patients vulnérables non inscrits en GMF

Les décideurs pourront alors compter sur la production d'information décrivant l'évolution de la situation concernant des paramètres cruciaux pour bien connaître la contribution des services de première ligne à l'amélioration de l'état de santé de la population montréalaise.

Le tableau 2 illustre la chronologie des transformations principales envisagées ou en cours, les moyens envisagés pour la collecte de données et la fréquence de production de l'information selon le moyen considéré.

La réalisation de ce plan de monitorage exige un engagement ferme et de longue durée de la Direction de santé publique de Montréal pour assurer la disponibilité des ressources en personnel, en expertise et en information (accès aux banques de données). Un tel engagement à long terme n'est pas fréquent dans le réseau de la santé. Dans ce plan de monitorage, l'accès à l'information et son traitement revêtent une importance particulière car très complexe : les sources d'information sont multiples, gérées par des acteurs multiples dont la mission première n'est pas la recherche ou le monitorage; le type d'information varie selon la source et son contenu se rapporte à des personnes, surtout lorsqu'il y a jumelage de l'information provenant de plusieurs sources. De plus, l'accès à de l'information personnelle exige d'obtenir la permission de la Commission d'accès à l'information du Québec et d'assurer des conditions exemplaires de sécurité et de confidentialité dans le traitement de l'information. Par ailleurs, plusieurs des indicateurs faisant partie du plan de monitorage ont été développés et validés grâce au travail d'experts du réseau et de chercheurs universitaires. Pour qu'on puisse bénéficier de ces travaux nous devons assurer une collaboration à long terme avec ces experts et chercheurs. Finalement, une partie importante de l'information essentielle à une interprétation riche des résultats vient des décideurs du réseau de santé eux-mêmes ce qui implique le maintien de liens réguliers avec la gouverne.

Tableau 2 : Chronologie des transformations et des collectes de données

Transformations						Réseaux locaux[a]				
							CMA[b]			
						Réseaux intégrés par maladie (MPOC[c])				
							GMF[d]			
		2000			**2003**			**2006**		**2009**
Plan de suivi	Banques	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**	**X**
	ESCC[8]		**X**		**X**		**X**		**X**	
	Omnibus[9]			**X**			**X**			**X**
	DSP[10]						**X**		**X**	
	Diffusion					📄[11]	📄	📖[12]	📄	📖[13]

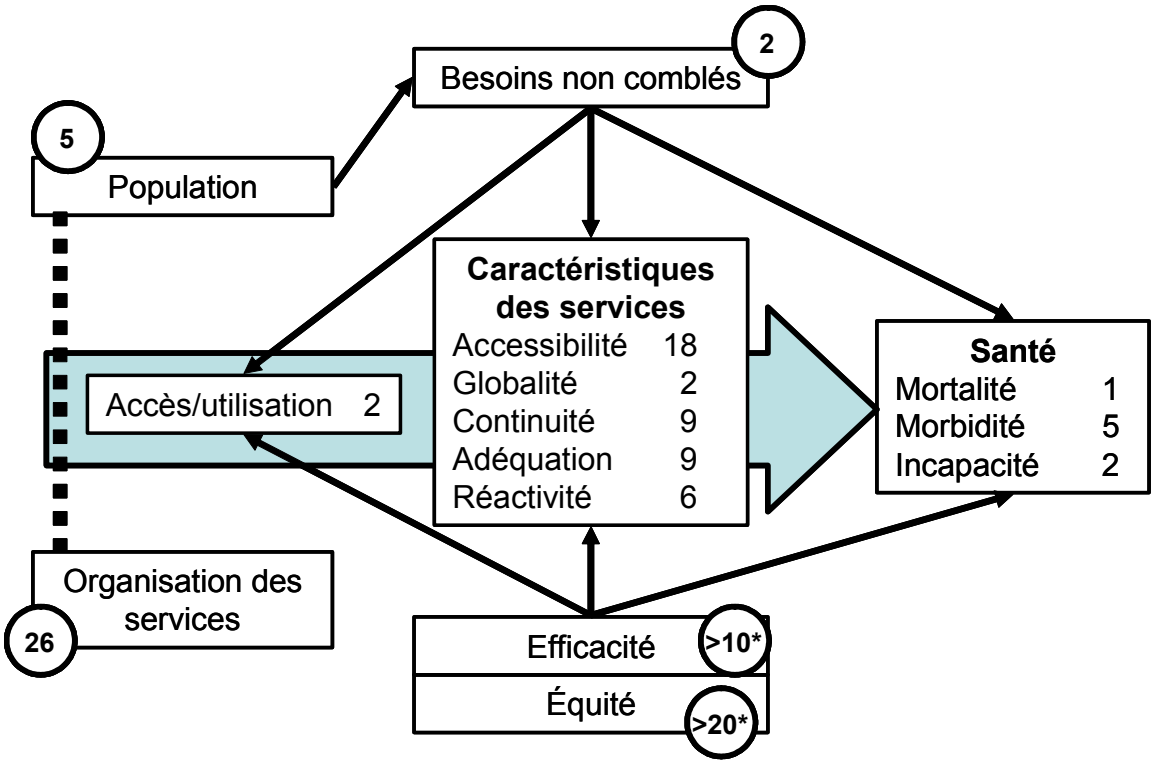
[a] Réseaux locaux de services de santé et de services sociaux implantés par le ministère de la santé.
[b] Centres médicaux Associés prévus par l'Agence de Montréal.
[c] Réseau intégré de services pour le traitement des patients avec maladie pulmonaire obstructive chronique.
[d] Groupes de médecine de famille prévus par le ministère de la santé.
Plan de monitorage.

À l'information produite par le plan de monitorage, s'ajoutera l'information produite par l'enquête populationnelle réalisée par ESPSS. Le graphique 2 décrit de façon sommaire et approximative le nombre d'indicateurs (chiffres en caractères gras) que nous aurons à notre disposition pour informer les décideurs concernant les différents objets d'attention du plan de suivi en regard des effets des transformations des services de première ligne.

De plus, à ces sources d'information s'ajoutent les renseignements provenant d'un collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec. Ce collectif met à contribution des chercheurs et des décideurs de tout le Québec pour enrichir l'interprétation des résultats émergeant de l'ensemble de l'effort recherche, que cet effort soit fait ou non en collaboration avec ESPSS[14]. Le fait de combiner les renseignements obtenus par le monitorage et la recherche permet de recueillir toute l'information disponible sur le sujet et de la transmettre aux décideurs au cours d'échanges tenues sur une base périodique.

[8] Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.
[9] Enquête Omnibus réalisée périodiquement par la Direction de santé publique de Montréal.
[10] Enquête réalisée par l'équipe SPSS spécifiquement pour la réalisation du plan de suivi.
[11] Court rapport portant sur un aspect spécifique du plan de monitorage.
[12] Rapport intérimaire sur le monitorage.
[13] Rapport final sur le monitorage.
[14] ESPSS collabore déjà avec des chercheurs de l'Université McGill, de l'Université de Montréal, du Ministère de la santé et des groupes de recherche tel le Groupe Interuniversitaire de Recherche sur les Urgences (GIRU)

Graphique 2 : Concepts et nombre d'indicateurs s'y rapportant



* Le signe « > » indique un nombre minimal tenant compte que l'efficacité et l'équité seront estimées à partir de regroupements de plusieurs indicateurs.

Introduction

Comme dans plusieurs autres pays industrialisés, notre système de santé fait l'objet de remises en question. En effet, des problèmes de fragmentation des services, d'accès aux services généraux et spécialisés, de continuité de soins, de partage de l'information clinique et de partage de tâches entre professions ont été identifiés. Plusieurs approches sont envisagées pour atténuer ces problèmes. Les plus importantes impliquent de façon accrue les médecins pratiquant hors établissement et la transformation du système de santé de première ligne de façon à ce qu'il soit mieux coordonné.

Ces approches sont nettement identifiées par les décideurs comme offrant le plus grand potentiel d'amélioration au niveau des paramètres clairement ciblés : l'accessibilité des services de santé, la continuité des services utilisés, les services préventifs offerts au niveau de la première ligne et finalement la santé de la population.

Les transformations envisagées sont d'une très grande ampleur et auront sans doute des effets importants sur les paramètres mentionnés. Ils peuvent aussi avoir des effets inattendus et non désirables. Les responsables de santé publique ont la responsabilité de surveiller l'état de santé de la population et les situations pouvant l'influencer. Pour cette raison, et parce que les décideurs le leur ont demandé spécifiquement, ils se préparent à surveiller les effets de ces transformations.

Rattachée à l'Institut national de santé publique du Québec et à la Direction de santé publique de Montréal, l'équipe Santé des populations et services de santé a préparé un programme de suivi et d'évaluation des transformations de l'organisation des services de première ligne qui vise à évaluer les effets des transformations sur l'état de santé et de bien-être de la population montréalaise et à informer les décideurs[1] du système de santé. Le programme se donne pour objectifs de :

- comprendre, suivre et caractériser l'évolution de l'organisation des services de première ligne à Montréal (suivi des transformations),
- comprendre et mesurer les effets des transformations implantées ou émergeantes sur l'accessibilité, la continuité, la globalité et l'adéquation des services de première ligne (évaluation des effets sur l'adéquation des soins),
- comprendre et mesurer les effets des transformations implantées ou émergeantes sur l'état de santé et de bien-être de la population montréalaise (évaluation des effets sur la santé),
- évaluer l'impact des transformations de l'organisation des services de première ligne pour les populations défavorisées (évaluation des effets sur l'équité),
- et transmettre l'information issue des recherches et du programme de suivi d'indicateurs aux décideurs politiques, administratifs et cliniques ainsi qu'à la population de Montréal (aide à la décision).

[1] Dans un sens large, peut inclure les élus politiques, les planificateurs, les gestionnaires, les professionnels de la santé et même les patients; pour notre plan de suivi, les décideurs ciblés seront les trois premiers.

Le programme de suivi et d'évaluation comprend trois stratégies : le monitorage interprétatif, la recherche (notamment par enquêtes) et un collectif de recherche pour le transfert des connaissances aux décideurs. Le collectif de recherche vise spécifiquement à combler les besoins des décideurs et met à profit non seulement l'information produite par nos deux stratégies précédentes mais aussi l'information provenant d'autres projets portant sur le sujet d'intérêt.

Le présent document décrit la composante monitorage interprétatif de ce plan. Précisément, il décrit les étapes de la démarche et son résultat : 1- la description des transformations envisagées dans l'organisation des services de première ligne; 2- l'identification des effets attendus; 3- l'élaboration des hypothèses de recherche pertinentes; 4- la traduction de ces hypothèses en indicateurs; 5- le choix des indicateurs les plus pertinents pour le plan de monitorage; 6- le plan de collecte de données et d'analyse.

Les stratégies de recherche complémentaires au plan de monitorage seront décrites dans d'autres documents.

Chapitre 1 - Nous faisons du monitorage interprétatif

Notre plan de suivi de la première ligne comprend l'analyse d'enquêtes populationnelles et l'analyse des banques de données contenant de l'information recueillie pour des raisons autres que la recherche. Nous utilisons le terme « monitorage » pour désigner la partie de notre plan de suivi qui analysera les données obtenues de ces banques.

Nous le qualifions d'**interprétatif** parce qu'il est une forme de recherche évaluative. Il peut faire appel à des techniques de surveillance mais il en diffère de plusieurs façons.

D'abord, bien qu'il implique de faire des mesures pour une période suffisamment longue pour détecter les effets des transformations, il n'implique pas de les faire de façon continue (une des caractéristiques primordiales de la surveillance).

Ensuite, notre monitorage est interprétatif parce qu'il a comme objectif explicite d'établir des liens entre les indicateurs qui évoluent dans le temps et les changements qui s'opèrent dans le système de santé. De tels liens sont identifiés *a priori* par une analyse logique des transformations avec la contribution d'experts et d'informateurs clés du réseau. Une telle analyse est analogue à la formulation et la vérification d'hypothèses dans un contexte de recherche évaluative.

Finalement, notre monitorage est interprétatif par le recours à un processus systématique de triangulation favorisant le côté probant des liens établis : le retour aux experts du terrain pour identifier toutes les explications possibles pour chaque résultat apparaissant significatif en regard des hypothèses formulées, l'analyse de données additionnelles pour vérifier la plausibilité des explications alternatives à celles suggérées par les hypothèses, l'interprétation des résultats significatifs à la lumière des informations contextuelles complémentaires concernant le fonctionnement du réseau de santé.

Dans le reste du document lorsque nous parlons de « monitorage » nous faisons référence au monitorage interprétatif.

Chapitre 2 - Partir des transformations envisagées des services de première ligne

Le désir de suivre les effets des services de santé n'est pas nouveau. Une recension des écrits sur le sujet a permis d'identifier plus de 500 indicateurs qui ont été ou pourraient être utilisés pour ce faire[1]. Comment choisir parmi eux un nombre suffisamment restreint pour constituer un plan de monitorage faisable, en assurant que les indicateurs retenus sont particulièrement pertinents pour le suivi des services de première ligne ?

Dans un premier temps, une analyse des documents préparés par les décideurs a permis de décrire les transformations envisagées dans l'organisation des services de première ligne à Montréal. Des rencontres avec ces décideurs ont contribué à préciser 14 transformations exprimant les intentions de ces décideurs (l'annexe 1 décrit ces transformations en détail en précisant tous les changements qui sont associés à chacune).

1. Mettre en place 58 groupes de médecine de famille sur l'île de Montréal pour couvrir 39 à 48 % de la population montréalaise.
2. Mettre en place un réseau d'accès rapide aux services médicaux de première ligne et à l'investigation - cliniques médicales associées (CMA).
3. Instaurer un système de garde infirmière et médicale sur chacun des quatre territoires couverts par les centraux des CLSC.
4. Développer des réseaux intégrés de services à l'intention des clientèles vulnérables: personnes âgées en perte d'autonomie, personnes souffrant de maladies chroniques évolutives (MPOC, diabète, insuffisance cardiaque), de cancer, de SIDA, de maladie mentale, de troubles envahissants du comportement.
5. Assurer un réseau de soins médicaux partagés en santé mentale.
6. Mettre en place des systèmes d'information permettant de mettre en lien électronique les principaux points de services et assurer le déploiement, en version électronique, d'outils informationnels.
7. Rendre accessibles et mieux coordonnés les services requis auprès des spécialistes.
8. Établir des ententes contractuelles entre les partenaires : GMF-Agence, GMF-CLSC, centres d'Accès rapide-Agence, CLSC-CH, Agence-établissements.
9. Soutenir l'intégration des pratiques préventives efficaces dans les activités cliniques de première ligne.
10. Dans tous les CLSC, assurer des services de base uniformes et accessibles.
11. Ajuster la rémunération des médecins omnipraticiens avec un forfait de prise en charge et de suivi ajouté à la rémunération de base.
12. Faire en sorte que les médecins omnipraticiens effectuent une partie de leur pratique clinique dans les activités médicales particulières (selon la loi).
13. Majorer de 10 % la rémunération des médecins les fins de semaine et congés fériés.
14. Mettre sur pied 12 réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

[1] Direction de santé publique de Montréal. La réforme du système canadien de soins de santé et son impact sur la santé de la population : Indicateurs de monitoring de la réforme. Séminaire interdisciplinaire, Montréal, novembre 2000.

Ces descriptions ont constitué la matière première à soumettre à des professionnels de la santé actifs sur le terrain pour l'identification des effets attendus. Ce processus d'identification des effets a dû se faire à un moment où le plan d'action du conseil d'administration de l'Agence montréalaise n'était pas finalisé et où les transformations découlant de la loi 25[2] n'étaient pas encore décrites avec précision. D'ailleurs, elles ne le sont toujours pas en cette fin d'année 2004.

Les transformations résultent de décisions et d'interventions provenant des décideurs provinciaux, régionaux et même locaux. Ces décisions et interventions ne se manifestent pas toujours au même moment et interagissent constamment pour modifier ce qui se réalisera sur le terrain par rapport aux intentions initiales des décideurs. C'est pour cela que nous considérons les transformations comme une cible mouvante et que les indicateurs résultant de notre démarche et décrits dans ce document devront évoluer constamment pour s'adapter à la cible.

Par ailleurs, à plusieurs endroits dans le document, nous identifions les Centres locaux de services communautaires (CLSC) comme des établissements jouant un rôle clé dans différentes transformations, par exemple en faisant des ententes avec d'autres établissements ou avec des groupes de professionnels. Or, une des transformations adoptée prévoit justement leur intégration à l'intérieur des Centres de santé et de services sociaux (CSSS). Il n'est toujours pas clair comment de telles ententes seront reprises à l'intérieur des CSSS, mais l'intention des décideurs exprimée verbalement est d'assurer le maintien du volet ou de la mission des CLSC dans le nouveau contexte. Pour cette raison, même s'il est appelé à disparaître, nous gardons le terme CLSC dans le document pour ne pas perdre de vue ce volet ou cette mission.

Finalement, l'examen des transformations envisagées (voir annexe 1), y compris la formation des réseaux locaux de services, indique qu'elles visent à réaliser des objectifs attirant un large consensus national. En conséquence, même si certains des changements envisagés peuvent varier dans leur formulation avec le temps, les effets attendus sur la population devraient être similaires. Ainsi, les indicateurs identifiés comme pertinents tôt dans le processus des transformations devraient demeurer pertinents malgré une évolution ultérieure de celles-ci.

Il est à noter que les transformations identifiées pour la région montréalaise sont semblables aux transformations appliquées dans d'autres régions du Québec. Il est donc plausible que le plan de monitorage montréalais puisse être utile aux autres régions intéressées à suivre les effets des transformations dans leur territoire.

[2] Projet de loi no 25 (2003, chapitre 21). Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Sanctionné le 18 décembre 2003, Éditeur officiel du Québec, 2003.

Chapitre 3 - Quels services de première ligne feront l'objet du suivi ?

« L'accès à des services continus et de qualité, est l'attente principale de la population en regard du système de santé et de services sociaux. »[1] Cet énoncé indique clairement que les aspects du système de santé à améliorer par les transformations sont surtout l'accessibilité des services et la continuité des soins offerts à la population. L'accessibilité fait référence à la facilité avec laquelle toute personne avec un problème de santé courant peut avoir accès à un professionnel qui pourra identifier et traiter le problème ou référer la personne au bon endroit dans le réseau. La continuité des soins traduit la cohérence des services reçus et fait référence au lien souhaitable entre les épisodes de soins offerts soit par un ou plusieurs professionnels.

Dans le chapitre précédent, nous avons énuméré les principales transformations envisagées par les décideurs pour améliorer l'accessibilité et la continuité. Plusieurs transformations auront des conséquences importantes sur les activités des médecins omnipraticiens (ajouts d'infirmières dans les GMF, instauration de systèmes de garde, mise en place de systèmes d'information, prolongation des heures d'ouverture, ajustements à la rémunération).

Que les omnipraticiens soient une cible importante des transformations découle probablement du fait qu'ils représentent une importante partie des ressources professionnelles en santé et que les caractéristiques de leur pratique sont compatibles avec les caractéristiques des services de première ligne (soins primaires) telles que définies plus bas. De tels services offrent un potentiel important d'amélioration de l'accessibilité et de la continuité :

> *« Généralement, les soins primaires constituent le premier niveau de soin, et habituellement le premier point de contact, des gens avec le système de santé. Ils soutiennent les personnes et les familles et les aident à prendre les meilleures décisions possibles pour leur santé. Ils incluent les conseils en matière de promotion de la santé et de prévention de la maladie, les évaluations de la santé, le diagnostic et le traitement de maladies épisodiques et chroniques, ainsi que les soins de soutien et de réadaptation*[2]*. Ils sont habituellement prodigués par des cliniciens responsables de répondre à la grande majorité des problèmes de santé courants, de développer une relation soutenue avec les patients, et dans un contexte familial et communautaire*[3] *».*

Plusieurs des transformations visent la création d'un milieu où les services dans leur ensemble seraient mieux intégrés et coordonnés (réseaux locaux, réseaux intégrés de

[1] Côté L. Vers des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux à Montréal. Document d'appui, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, février 2004.
[2] Commission de la restructuration des services de santé de l'Ontario citée dans Armstrong et Armstrong; Forum national sur la santé.
[3] Traduit de Vanselow NA, Donaldson MS. From the Institute of Medicine : A New Definition of Primary Care. JAMA 1995;273(3):192.

services, réseaux de soins partagés en santé mentale, système d'information, réseaux d'accès aux services offerts par les spécialistes, ententes contractuelles, fusion d'établissement). Un tel milieu contribuerait certainement à améliorer la coordination entre les activités des médecins omnipraticiens et les activités des autres professionnels de la santé oeuvrant en établissement. Pour l'heure, les omnipraticiens offrent la majorité de leurs services dans leur bureau ou clinique privée[4] et ont souvent de la difficulté à coordonner leurs actions avec le reste du réseau.

Dans un tel contexte, les points de services où les médecins offrent leurs services (y compris les points de services où les médecins interagissent avec d'autres professionnels de la santé) sont les lieux où les améliorations dans l'accessibilité et la continuité risque de se manifester le plus. En conséquence, pour notre monitorage des transformations aux services de première ligne, nous avons ciblé ces points de service comme lieu d'observation privilégié pour en capter les effets.

Ce choix ne permet pas de détecter les effets des transformations en regard de services utilisés uniquement auprès de professionnels qui n'interagissent pas avec des médecins omnipraticiens, par exemple des services sociaux offerts par des professionnels se spécialisant dans ces services et étant accessibles comme premier point de contact. Néanmoins, à cause du rôle des omnipraticiens comme premier point de contact répondant à la majorité des problèmes de santé courants, ce choix permettra de détecter les effets des transformations en regard des services sociaux qui se manifesteront chez des patients suivis par des omnipraticiens.

[4] Trahan L, Bégin P, Demers M, Lafontaine P. Évaluation des changements dans l'offre et l'utilisation des services hospitaliers et des services ambulatoires – Ensemble du Québec. Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec 1999.

Chapitre 4 - Consultation des experts concernant les effets des transformations de la première ligne

En juin 2003, suite à une consultation auprès du directeur du département de médecine générale de Montréal, nous avons invité un groupe de professionnels/experts offrant des services de santé à la population montréalaise à participer à un groupe de discussion. Suite à l'adoption de la loi 25, les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux ont été mis sur pied au cours de l'année 2004. Les changements des services de santé de première ligne attribuables à cette mesure ont été également inclus dans le plan.

Au cours de l'hiver 2004, un deuxième groupe a rassemblé des chercheurs et décideurs associés au Groupe interuniversitaire de recherche sur les urgences (GIRU). Ces groupes avaient pour mission de considérer les changements envisagés dans l'organisation de la première ligne à Montréal et d'anticiper les effets qui résulteraient de ces changements.

Pour chacun des changements envisagés, les experts devaient identifier les effets qui pourraient résulter de leur implantation et préciser quels individus ou groupes seraient plus susceptibles de ressentir ces effets. Il ne s'agissait pas pour eux de s'exprimer sur le fait que chacun des changements soit bon ou mauvais ou sur la probabilité qu'il soit implanté.

Voici quelques exemples des liens que les participants ont identifiés entre les transformations envisagées et les effets qui peuvent en découler :

- l'implantation des groupes de médecins de famille mènera à la détection de cancers à un stade plus précoce,
- la mise en place d'un réseau d'accès rapide aux services médicaux de première ligne et à l'investigation produira une diminution des visites à l'urgence,
- l'instauration d'un système de garde infirmière et médicale sur chacun des quatre territoires couverts par les centraux des CLSC diminuera le nombre d'hospitalisations,
- le développement de réseaux intégrés de services à l'intention de clientèles vulnérables diminuera la morbidité liée à ces problématiques.

La liste complète des liens apparaît au tableau 4.

4.1 Résumé des observations faites par les experts

Les commentaires des participants ont porté pour la plupart sur les effets attendus et quelques uns sur les conditions de leur implantation. Ces derniers commentaires ont un intérêt particulier car ils peuvent donner des indices sur la façon de prendre en compte leur degré d'implantation.

Les participants ont mentionné que les transformations pouvaient avoir des implications sur la pratique des professionnels de la santé, surtout celle des médecins. Bien que plusieurs des changements envisagés visent individuellement à simplifier des étapes du processus d'accès, d'utilisation et d'interface avec des services spécialisés (services diagnostiques ou

spécialistes), très peu visent à faciliter la tâche du médecin de première ligne. Ce qui a fait craindre à certains des médecins participants que leur tâche n'en soit qu'augmentée. Par exemple, ils ne voyaient pas comment des listes de spécialistes disponibles pourraient avantageusement remplacer le réseau de spécialistes qu'ils en étaient venus à bien connaître au cours de leur expérience de pratique. Cette crainte n'était toutefois pas partagée par tous les médecins qui pouvaient entrevoir une amélioration de leur satisfaction, une diminution des retraites anticipées et des « burnout ». Néanmoins, ils ont mentionné qu'il serait important de suivre les effets des transformations sur les professionnels.

Plusieurs des effets bénéfiques des transformations découleraient du potentiel important offert par les systèmes d'information. Mais il faut bien le dire, ces systèmes ne représentent encore qu'un potentiel. Par exemple, les modules présentement disponibles (inscription à la RAMQ, lien avec les laboratoires, un prescripteur électronique) ne communiquent pas ensemble et exigent de répéter l'identification du patient pour chacun. Pour le moment, ils représentent davantage un surplus imposé à la tâche. L'élément le plus important dans l'amélioration de la communication au sujet d'un patient est le fait que le résumé de dossier du patient concernant un épisode de soins soit complété et transmis à temps. Or les systèmes d'information ne facilitent pas vraiment cette tâche.

Un système d'information et de liaison électronique efficace combiné à une amélioration d'accès à des services médicaux et diagnostiques de base (pour cas urgent ou semi-urgent) pourrait aider grandement à diminuer les délais pour obtenir un diagnostic et entreprendre un traitement, tout cela en diminuant l'utilisation des salles d'urgence.

Une autre composante très importante des transformations est l'ajout du personnel infirmier au niveau des points de services de première ligne. Le rôle de ces infirmières n'est pas compris de la même façon par tous. Leur contribution semble pourtant liée à un rôle renouvelé en complémentarité et interdisciplinarité avec les autres professionnels, surtout les médecins. L'implantation adéquate d'un tel rôle renouvelé semble tributaire d'une préparation et d'une formation ciblée.

Plusieurs des transformations misent sur une coordination accrue des services par des gestionnaires de cas qui pourraient provenir des CLSC. Ils pourraient aussi œuvrer dans un ou plusieurs des réseaux intégrés de services, un par maladie du patient (réseaux diabète, maladie pulmonaire obstructive chronique, insuffisance cardiaque, personnes âgées en perte d'autonomie...). Les participants ont exprimé des craintes, à savoir une certaine perte de polyvalence chez les médecins de première ligne et confusion, dédoublement et multiplicité des contacts lorsqu'une personne âgée en perte d'autonomie a plusieurs maladies chroniques et appartient à plusieurs réseaux intégrés de services. Les participants ont insisté fortement pour que l'effort de gestion/coordination soit centré sur la personne et non sur la maladie. L'approche proposée pour la santé mentale pourrait probablement servir de modèle. La collaboration, la coordination et l'interaction entre des institutions et les professionnels reposent essentiellement sur un lien de confiance qui ne peut être pris pour acquis. Il doit y avoir un processus qui vise à bâtir ce lien de confiance, ce qui n'est pas évident dans les transformations proposées.

Pour toutes ces raisons, il n'est pas du tout clair pour les participants que les transformations (surtout les GMF) amélioreront vraiment l'accès. Les améliorations des soins pourraient toucher davantage les clientèles qui sont déjà connues et suivies.

Les effets des transformations pourraient se manifester au niveau des activités de prévention, du suivi des maladies chroniques et du traitement des maladies aiguës.

Pour les activités de prévention, on pourrait s'attendre à une augmentation des connaissances, à un changement des habitudes de vie des clients (diminution du tabagisme, amélioration de l'alimentation, augmentation des exercices), à une amélioration du dépistage des cancers (sein, col, colon) ou de l'hypertension artérielle. Pour plusieurs, ces changements dépendent du rôle que joueront les infirmières.

Le traitement amélioré des maladies chroniques pourrait se traduire en une diminution des complications, des hospitalisations de courte durée et de l'hébergement et des visites aux salles d'urgence. Les maladies les plus souvent mentionnées sont le diabète et ses complications, l'insuffisance cardiaque, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, les maladies mentales. L'amélioration du suivi pour ces clientèles aurait des effets sécurisants non seulement sur la clientèle mais aussi sur les proches, produirait une réduction des incapacités, des limitations fonctionnelles et de l'absentéisme au travail et améliorerait l'intégration sociale des patients. Pour ces patients surtout, des soins coordonnés réduiraient possiblement les examens redondants et amélioreraient l'observance aux traitements. Il pourrait en résulter aussi une meilleure utilisation des services à domicile, incluant s'il y a lieu les soins palliatifs et les décès à domicile.

Pour certains, le traitement amélioré des maladies aiguës pourrait réduire la longueur et la gravité des épisodes de maladies, diminuer les infections nosocomiales par une diminution du nombre et de la durée des hospitalisations.

Chapitre 5 - Hypothèses de recherche dans le contexte d'un plan de monitorage de première ligne

Habituellement, le point de départ d'un projet de recherche est la formulation d'une hypothèse de recherche. Cette étape est très structurante en ce qu'elle établit explicitement les éléments qui augmentent le pouvoir analytique d'une recherche: définition de l'intervention étudiée, de l'effet attendu et de l'ampleur de cet effet. Le développement du devis de recherche vise à identifier les moyens/approches qui permettent de vérifier cette hypothèse, de vérifier jusqu'à quel point l'effet stipulé dans la deuxième partie de l'hypothèse résulte de l'intervention (du changement, du facteur) identifié dans la première partie. Quelquefois, il peut y avoir deux ou même trois hypothèses mais rarement un très grand nombre.

La capacité d'un projet de recherche de vérifier l'hypothèse dépend de la qualité, de la force du devis, l'essai randomisé représentant traditionnellement le modèle entre tous les devis. Cependant, parce qu'un tel devis exige un contrôle de toutes les variables pouvant être associées au facteur à l'étude ou aux effets d'intérêt, la vérification de l'hypothèse formulée peut être très convaincante mais à l'intérieur d'un contexte d'étude artificiel qui s'éloigne du contexte populationnel et du contexte actuel des services de santé.

Le plan de monitorage de première ligne de l'ESPSS doit bien se positionner à l'intérieur du contexte actuel des services de santé et de la population qu'il dessert. Or, un essai randomisé ne permettrait pas de le faire. De plus, il s'agit d'un contexte où il est impossible d'identifier une seule transformation (un seul changement). Il faut au contraire considérer plusieurs transformations à la fois. C'est d'ailleurs pourquoi il n'est pas question ici d'un projet de recherche visant à vérifier une hypothèse. Nous parlons plutôt d'un plan de monitorage qui ne peut pas vérifier d'hypothèse. Au mieux, le plan de monitorage peut établir une association dans le temps entre un changement observé dans l'un ou l'autre des paramètres d'intérêts pour les décideurs et la réalisation des transformations. Pour établir un lien plus direct entre un effet spécifique et une des transformations en particulier, il faudrait penser à un effort de recherche additionnel et ciblé.

Malgré cette limite, le plan de monitorage de première ligne de l'ESPSS mise sur le caractère structurant l'hypothèse de recherche pour augmenter son pouvoir analytique, interprétatif. Nous utilisons donc les hypothèses de recherche d'une façon particulière. D'abord, comme il y a plusieurs transformations, il y a plusieurs hypothèses. Chacune constitue un effort systématique pour identifier le plus précisément possible une transformation (première partie de l'hypothèse) qui est susceptible de produire un effet exprimé aussi précisément que possible (deuxième partie de l'hypothèse) dans l'une ou l'autre de nos populations cibles. L'effort de précision dans la formulation des hypothèses vise à faciliter l'identification des indicateurs à mesurer pour produire l'information pertinente au décideur. Le grand nombre d'hypothèses vise à assurer l'identification de tous les liens possibles entre les transformations et les effets et, conséquemment, tous les indicateurs pertinents.

Par analogie avec un système de radar surveillant les objets volant dans le ciel en les identifiant par un point brillant sur un écran, les indicateurs ainsi identifiés dans notre plan de monitorage de la première ligne constituent autant de capteurs (choisis pour leur sensibilité adaptée à la situation) détectant l'apparition d'effets significatifs sur la santé de la population. Comme dans le cas du système de radar où l'identification précise de la source lumineuse requiert une communication radio ou à défaut une reconnaissance aérienne, comme nous l'avons vu plus haut, l'attribution d'un effet significatif sur la santé requiert un effort de recherche additionnel.

5.1 Sources des hypothèses du plan de monitorage

Les hypothèses du plan de monitorage proviennent de sources multiples. Elles peuvent avoir été inspirées par des textes décrivant les intentions des décideurs ou des échanges verbaux avec eux. Elles peuvent résulter des groupes de discussion (groupes décrits précédemment) où des experts ont exprimé leur opinion au sujet des liens qu'ils entrevoyaient entre les transformations et les effets sur la santé. Elles peuvent finalement provenir d'une recension des écrits couvrant autant les résultats d'études empiriques que l'expression d'opinions d'auteurs/chercheurs sur des liens entre transformations et effets.

5.2 Mode de présentation des hypothèses du plan de monitorage

L'étude des hypothèses établissant les liens entre chacune des transformations et les effets permet de réaliser que plusieurs des transformations passent par des mécanismes organisationnels semblables (voir tableau 3).

La description des hypothèses en fonction de ces mécanismes organisationnels a deux avantages : 1- le mécanisme organisationnel est plus directement traduisible en indicateur à suivre pour déterminer si la transformation a eu vraiment lieu; 2- elle minimise le nombre de répétition dans les hypothèses car plusieurs des transformations ont des effets similaires.

Tableau 3 : Liens entre les transformations et les mécanismes organisationnels

Transformations[1]	Mécanismes organisationnels
1. Mettre en place 58 groupes de médecine de famille sur l'île de Montréal pour couvrir 39 à 48 % de la population montréalaise (1, 2, 3, 4, 5, 6, 8)[2] 2. Mettre en place un réseau d'accès rapide aux services médicaux de première ligne et à l'investigation - centres médicaux associés (1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 10) 3. Instaurer un système de garde infirmière et médicale sur chacun des quatre territoires couverts par les centraux des CLSC (1, 8) 4. Développer des réseaux intégrés de services à l'intention des clientèles vulnérables : personnes âgées en perte d'autonomie, personnes souffrant de maladies chroniques évolutives (MPOC, diabète, insuffisance cardiaque), de cancer, de SIDA, de santé mentale, de troubles envahissant du comportement (2, 8) 5. Assurer un réseau de soins médicaux partagés en santé mentale (8) 6. Mettre en place des systèmes d'information permettant de mettre en lien électronique les principaux points de services et assurer le déploiement, en version électronique, d'outils informationnels (2) 7. Rendre accessibles et plus coordonnés les services requis auprès des spécialistes (8) 8. Établir des ententes contractuelles entre les partenaires : GMF-Agence, GMF-CLSC, CMA-Agence, CLSC-CH, Agence-établissements, CMA-CH (5, 8) 9. Soutenir l'intégration des pratiques préventives efficaces dans les activités cliniques de première ligne (9) 10. Dans tous les CLSC, assurer des services de base uniformes et accessibles (1) 11. Ajuster la rémunération des médecins omnipraticiens avec un forfait de prise en charge et de suivi ajouté à la rémunération de base (4, 9) 12. Faire en sorte que les médecins omnipraticiens effectuent une partie de leur pratique clinique dans les activités médicales particulières (selon la loi) (9) 13. Majoration de 10 % de la rémunération des médecins les fins de semaines et durant les congés fériés (1) 14. Mettre sur pied 12 réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (2, 5, 6, 7, 8, 9, 10)	1. La prolongation des heures d'ouverture et système de garde sur appel 2. Le développement de ressources informationnelles 3. Inscription de clientèle comme indicateur d'une relation patient/médecin particulière 4. Inscription de clientèle vulnérable pour permettre l'ajustement de la rémunération du médecin 5. La coordination et la liaison se réalisant entre les professionnels des points de services de 1re ligne, pratique de groupe, accès aux services psychosociaux 6. L'ajout de ressources (infirmières, gestionnaires de cas) 7. L'ajout de services diagnostiques de base 8. La coordination et la liaison se réalisant entre les points de services de 1re ligne et les services de 2e et 3e ligne, gestion par entente 9. Changements dans les pratiques professionnelles • Activités médicales particulières • Pratiques préventives 10. Regroupement d'organismes en un nouvel établissement qui a une responsabilité populationnelle

[1] Les descriptions tiennent compte: 1- du projet de création de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux tel que proposé par l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, avril 2004; 2- du projet de création de *Centres Médicaux Associés,* avril 2004.

[2] Les chiffres apparaissant entre parenthèses font référence aux mécanismes organisationnels apparaissant dans la colonne de droite.

5.3 Hypothèses du plan de monitorage

Le tableau 4 fournit plusieurs éléments cruciaux pour l'élaboration du plan de monitorage mais aussi d'autres composantes du plan de suivi. Les en-têtes de section identifient les mécanismes organisationnels par lesquels les transformations de la première ligne devraient susciter des effets. La première colonne décrit les effets en question. Les mécanismes organisationnels (les facteurs de changements) combinés à chacun des effets qui peuvent en découler constituent autant d'énoncés se rapprochant d'une hypothèse de recherche.

La direction du lien entre les mécanismes organisationnels et les effets (augmentation, diminution, stabilité) n'est pas primordiale pour le plan de monitorage. La seule présence d'effet est suffisante pour justifier qu'on veuille en suivre l'évolution. Néanmoins, les quatre colonnes suivantes spécifient la direction attendue des effets selon la source consultée. Des directions semblables pour toutes les sources indiquent une concordance forte.

Les codes apparaissant dans la dernière colonne identifient, parmi tous les indicateurs énumérés dans notre inventaire du plan de monitorage (voir Annexe 2), celui ou ceux qui nous informent au sujet de l'effet auquel il(s) est(sont) associé(s). Quelque fois, l'information qu'on y trouve indique que l'effet pourrait aussi être capté dans une enquête que l'ESPSS devra réaliser à l'intérieur de son plan global de suivi. Quelquefois les cellules sont vides, indiquant l'absence d'indicateurs pour mesurer cet effet. Les effets ainsi identifiés sont autant de sources de réflexion ou de questions de recherche qui pourraient susciter la formulation d'autres projets de recherche qui pourraient éventuellement faire partie du plan global de suivi.

Ce tableau 4 est l'atlas qui nous permet de naviguer dans la masse d'information à notre disposition. Il sera surtout utile lorsque viendra l'heure d'interpréter tout changement dans les indicateurs en nous mettant sur la piste d'un lien possible, précisé *a priori*, entre les indicateurs en question et les mécanismes organisationnels impliqués.

Tableau 4 : Les transformations, leurs effets et les directions des effets selon la source => Hypothèses

Mécanismes organisationnels

La prolongation des heures d'ouverture et l'accès 24/7 à un médecin dans le cadre d'un service médical de garde en disponibilité

Effets sur l'expérience de soins et sur la santé	Direction des effets selon la source				Tableau : № indic[1]
	Attentes décideurs[2]	Experts cliniciens[3]	Opinion/ litt.[4]	Évidence/ litt.[5]	
• *L'accès aux soins médicaux sans rendez-vous* le soir et les fins de semaine pour les besoins de soins urgents de premier contact	↑[6]		↑	↑	TA1:a1
• *L'utilisation des salles d'urgence* pour des soins de base non urgents	↓	↓	↓	↓	TA2:a3,c5, c6, c7, c8 TA5: c2
• *L'utilisation des salles d'urgence* par les patients inscrits dans les GMF	↓	↓	↓	↓	TA2:a3, TA3:b3
• *Le temps d'attente* pour obtenir des soins médicaux sans rendez-vous	↓			↓	TA1:a1, TA2:e2
• *La proportion de besoins de soins de santé non comblés* dans la population	↓			↓	TA5:b1
• Le *taux d'hospitalisation pour des causes évitables*	↓		↓	↓	TA2:c4
• Le taux de visite à l'urgence et le taux d'hospitalisation pour des maladies chroniques (ex : insuffisance cardiaque, MPOC)	↓	↓		↓	TA2:a3, c4, TA3:b3, TA5:c2
• La disponibilité du médecin omnipraticien de garde sur appel		↑	↑		TA1:a2,a3, a4
• La disponibilité du médecin omnipraticien pour prise en charge		↑		~[7]	TA1:a1, j1

[1] Numéro de l'indicateur de l'annexe 2 qui mesure l'effet considéré dans le tableau ci-haut. L'absence de numéro indique un effet sans indicateur disponible. L'indicateur TA2:a3 est celui décrit dans le tableau A2, dans la section A = continuité, le troisième dans la liste.

[2] Attentes des décideurs concernant la direction de l'effet qu'il ont identifié comme pouvant résulter du mécanisme organisationnel considéré. Ces attentes résultent de ce que les membres de ESPSS ont identifié à partir de la revue de documents officiels et de discussions avec plusieurs décideurs.

[3] Attentes des experts cliniciens concernant la direction de l'effet qu'il ont identifié comme pouvant résulter du mécanisme organisationnel considéré. Ces attentes ont été recueillies au cours de groupes de discussion.

[4] Direction de l'effet telle que formulée ou déduite dans des documents de type prise de position ou énoncé d'opinion, notamment dans les documents de l'Agence ou du MSSS.

[5] Direction de l'effet telle que formulée dans la recension des écrits de type recherche empirique.

[6] ↑ : Augmenter; ↓ : Diminuer; **=** : stable; **~** : variable.

[7] La direction variable ici traduit une certaine compétition pour les heures d'un même médecin entre les activités consacrées à la garde et les activités consacrées à la prise en charge.

Effets sur l'expérience de soins et sur la santé	Direction des effets selon la source				Tableau : № indic[1]
	Attentes décideurs[2]	Experts cliniciens[3]	Opinion/ litt.[4]	Évidence/ litt.[5]	
• *L'accessibilité des services de garde en disponibilité* pour les clientèles vulnérables	↑		↑		
• Le risque de traitement inapproprié lié au triage téléphonique de patients inconnus		↑			
• L'utilisation des soins à domicile, des soins palliatifs à domicile		↑			TA2:d19
• Le recours à un médecin généraliste					TA2:d8, a7
• L'accès à un médecin de famille					TA2:a5
• Le recours aux salles d'urgence					TA2:c8
• Le recours à un médecin sans rendez-vous					TA2 :d17
• Décès à domicile en soins palliatifs		↑			

Mécanismes organisationnels

Les ressources informationnelles dans chaque point de service[8] ainsi que les liens électroniques entre les points de service et les services de soutien du réseau

Effets sur l'expérience de soins et sur la santé	Direction des effets selon la source				Tableau : № indic[1]
	Attentes décideurs[2]	Experts cliniciens[3]	Opinion/ litt.[4]	Évidence/ litt.[5]	
• *La durée des épisodes de soins* demandant un diagnostic urgent exigeant un plateau technique étendu	↓				
• Le taux de réhospitalisation (ou visite à l'urgence) dans les 3 à 6 mois suivant le congé de l'hôpital de personnes de retour dans la communauté suite à une précédente hospitalisation	↓	↓	↓	↓ ou =	TA2:a3, TA3:b2, b3
• La proportion des personnes de retour dans la communauté suite à une hospitalisation qui visiteront leur médecin de famille dans les 3 mois suivant leur congé de l'hôpital	↑		↑	↑	TA2:a2, d3
• La duplication de tests/examens pour les patients consultant plus d'un médecin dans le cadre d'un épisode de soins	↓	↓	↓		TA5:c3
• Le temps entre la requête et le rendez-vous pour une référence urgente (effet sur les clientèles inscrites)	↓				TA2:b1, d1 TA5:b3
• La fréquence des interactions médicamenteuses (par l'implantation d'un prescripteur/ aviseur pharmacologique)	↓	↓			TA2:c1
• La multimédication inappropriée (par l'implantation d'un prescripteur/ aviseur pharmacologique)		↓			TA2:c2 TA3:b6
• La confidentialité de l'information		↓	=		

[8] Se traduisant le plus souvent en dossier unique entre professionnels et en l'utilisation de formulaires communs.

Mécanismes organisationnels

L'inscription de la clientèle comme indicateur d'une relation patient/médecin privilégiée (partie intégrante des GMF)

Effets sur l'expérience de soins et sur la santé	Direction des effets selon la source				Tableau : № indic[1]
	Attentes décideurs[2]	Experts cliniciens[3]	Opinion/ litt.[4]	Évidence/ litt.[5]	
• La fidélisation de la clientèle		↑	↑	↑	TA2:a1, a2, a5, a6, TA5:a1
• La continuité des soins et le suivi des maladies chroniques		↑	↑	↑	TA2:a1, d3 Enquête[9]
• L'observance		↑		↑	Rech.[10]
• La planification des services sur la base des besoins de la clientèle (=> augm. globalité)		↑	↑		Rech.
• Le choix du patient		↓			
• L'utilisation d'Info-Santé		↓			Infosanté

Mécanismes organisationnels

L'inscription de la clientèle vulnérable pour permettre l'ajustement de la rémunération des médecins (applicable à tous les médecins)

Effets sur l'expérience de soins et sur la santé	Direction des effets selon la source				Tableau : № indic[1]
	Attentes décideurs[2]	Experts cliniciens[3]	Opinion/ litt.[4]	Évidence/ litt.[5]	
• L'accessibilité des omnipraticiens pour les clientèles jugées vulnérables		↑	↑	↑	Cohorte[11]
• L'accessibilité des omnipraticiens pour les clientèles non vulnérables		↓			TA2:a5, a6, a7, d6, d7, d8
• Le nombre de visites pour les clientèles vulnérables		↑	↑	↑[12]	TA2:d4 TA5:c3

[9] Enquête réalisée par ESPSS spécifiquement pour la réalisation du plan de suivi.
[10] Le « Rech. » pour recherche indique l'absence d'indicateur disponible. Néanmoins, les membres de l'équipe considèrent l'effet suffisamment important pour chercher une façon de le mesurer en développant un nouvel indicateur ou à l'intérieur d'un projet de recherche.
[11] Voir annexe 3.
[12] Via la rémunération à l'acte.

Mécanismes organisationnels

La coordination et la liaison se réalisant dans les services de première ligne, les pratiques de groupe

Effets sur l'expérience de soins et sur la santé	Direction des effets selon la source				Tableau : № indic[1]
	Attentes décideurs[2]	Experts cliniciens[3]	Opinion/ litt.[4]	Évidence/ litt.[5]	
• Le temps entre la requête et la réalisation des tests diagnostiques et l'obtention de leurs résultats	↓				TA5:c1
• Le temps entre la requête et le rendez-vous pour la consultation en 2e ligne	↓				TA5:b3 TA2:a9
• La proportion de retour d'information du spécialiste vers le médecin de famille en GMF	↓		↑		
• *Le temps entre l'appel et le moment du rendez-vous*	↓				TA5:e1
• Les hospitalisations évitables.	↓	↓		↓ ou =	TA2:c4
• Les phénomènes de surmédication ou d'interactions médicamenteuses néfastes	↓	↓		↓ ou nul[13]	TA2:c1, c2
• Le **recours direct** aux urgences des hôpitaux (effet sur les clientèles inscrites)	↓	↓	↓	~	TA2:a3, c5 TA5:c2
• Le recours direct aux services médicaux spécialisés (effet sur les clientèles inscrites)	↓		↓	~	TA2:a4, a8
• Les taux de référence en milieu spécialisé	↑			↓	TA2:b1
• Les taux d'utilisation des services par les clientèles réputées vulnérables (effet de sélection)	↑			↑	Rech.
• Les taux d'utilisation des services pour les clientèles défavorisées socio-économiquement (effet de sélection)	↑			↑	TA2:d4
• L'accessibilité des services de maintien à domicile et des services psychosociaux	↑				TA2:d19
• Le recours aux CLSC					TA2:c10
• Le recours à l'hospitalisation					TA2:c11

[13] Interaction avec la continuité.

Effets sur l'expérience de soins et sur la santé	Direction des effets selon la source				Tableau : № indic[1]
	Attentes décideurs[2]	Experts cliniciens[3]	Opinion/ litt.[4]	Évidence/ litt.[5]	
• La satisfaction de la clientèle en regard de différents éléments liés à la réactivité dont :	↑				TA2:d8, e1, e2, e3, e4, e5, e6, e7 TA5:e2 Enquête
• la ponctualité des rendez-vous;	↑		↑		
• le temps qui leur est consacré pour les soins par le médecin;	↑		↑	↓	
• le sentiment d'être considéré et connu de l'ensemble des professionnels du GMF	↑			↓	
• La satisfaction des médecins		~			
• Les complications des maladies et les épisodes aigus		↓		= ou ↓	
• L'hébergement		↓			
• Des périodes d'incapacités et de limitations fonctionnelles		↓		= ou ↓	TA6:b1, b3

Mécanismes organisationnels

L'ajout d'infirmières et/ou de gestionnaires de cas dans les GMF et les Centres médicaux associés (CMA)

Effets sur l'expérience de soins et sur la santé	Direction des effets selon la source				Tableau : № indic[1]
	Attentes décideurs[2]	Experts cliniciens[3]	Opinion/ litt.[4]	Évidence/ litt.[5]	
• L'accessibilité des services préventifs sur place	↑	↑		↑	Enquête
• La continuité des services par un médecin	↑				TA2:a1
• La continuité des services au niveau d'un groupe de médecin	↑		↑	~	Rech.
• La continuité des services au niveau d'un point de service	↑		↑		Rech.
• Temps entre l'appel et le moment du rendez-vous urgent auprès d'un médecin	↑				TA2:e2
• Temps entre l'appel et le moment du rendez-vous urgent auprès d'un point de service					Rech.
• La disponibilité des médecins de famille pour la prise en charge de leurs patients	↑		↑		Agence[14]

[14] Une de multiples sources à l'Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal dont la Direction régionale de médecine générale (DRMG) et la Direction des affaires médicales et universitaires (DAMU).

Effets sur l'expérience de soins et sur la santé	Direction des effets selon la source				Tableau : № indic[1]
	Attentes décideurs[2]	Experts cliniciens[3]	Opinion/ litt.[4]	Évidence/ litt.[5]	
• La prévalence et l'incidence de certaines maladies (maladies cardiaques, vasculaires cérébrales et rénales)		↓		=	TA3:b7
• Les complications du diabète		↓			Rech.
• Dépistera des cancers à des stades plus précoces donc diminuera la mortalité et la morbidité qui en résulte		↑		=	TA1:b3, c1 TA3:a1, a2, b1, TA6:a1
• L'épuisement des proches		↓			
• Le recours à l'infirmière pour des soins ou services de santé					TA2:d10

Mécanismes organisationnels

L'ajout de services diagnostiques de base dans certains points de service (réseau d'accès rapide)

Effets sur l'expérience de soins et sur la santé	Direction des effets selon la source				Tableau : № indic[1]
	Attentes décideurs[2]	Experts cliniciens[3]	Opinion/ litt.[4]	Évidence/ litt.[5]	
• Le temps d'attente moyen pour passer un examen diagnostic urgent	↓		↓		TA5:c1
• L'intervalle de temps s'écoulant entre le moment de la demande de consultation par le médecin de famille (moment de la visite précédant la visite au spécialiste) et la première visite au médecin spécialiste	↓		↓		TA2:a9, d1
• Le diagnostic précoce de certains problèmes de santé (problèmes à préciser)	↑			=	Enquête
• La satisfaction de la clientèle en regard de la rapidité d'accès aux examens requis	↑		↑		Enquête TA2:d13, d15, e10
• Diminuer l'anxiété associée à l'attente de résultats	↓				
• De diminuer les visites à l'urgence		↓			TA2:a3, c8

Mécanismes organisationnels

La coordination et la liaison se réalisant entre les points de service de première ligne et les services de deuxième et troisième ligne (réseaux intégrés de services, soins médicaux partagés en santé mentale, liste de disponibilité des services offerts par les spécialistes), gestion par entente

Effets sur l'expérience de soins et sur la santé	Direction des effets selon la source				Tableau : № indic[1]
	Attentes décideurs[2]	Experts cliniciens[3]	Opinion/ litt.[4]	Évidence/ litt.[5]	
• La prise en charge par les omnipraticiens des personnes ayant des troubles mentaux transitoires ou graves mais dont l'état est stabilisé	↑		↑	↑	Rech.
• La continuité des soins médicaux entre la 1re et la 2e ligne	↑				TA2:a4
• L'utilisation optimale des ressources médicales disponibles (en particulier en psychiatrie)	↑		↑	↑	
• La globalité des services de première ligne aux patients vulnérables	↑		↑	↑	TA2:a4, b1
• La capacité des patients vulnérables de clairement identifier leur gestionnaire de cas et/ou médecin traitant	↑			↓	TA5:a1
• La *coordination* des différents professionnels impliqués dans les soins aux patients vulnérables	↑		↑		TA2:b1, Enquête Rech.
• La *continuité des soins pour les patients vulnérables*	↑		↑		TA2:a4, d3 TA5:a1, a2
• *La période d'attente pour obtenir ces consultations spécialisées* (hémodynamie, électrophysiologie, chirurgie cardiaque, radio-oncologie, remplacement de hanches et de genoux, rétinopathie, chirurgie de la cataracte)	↓				TA5:b3
• La confusion chez les patients avec plus d'un problème chronique (ex MPOC, insuffisance cardiaque, diabète)		↑	↑		TA5:a2
• Les hospitalisations		↓		~	TA2:c3
• L'absentéisme au travail		↓			TA6:b3
• Besoins non comblés				↓	
• L'accès				↑	

Mécanismes organisationnels

Le changement des pratiques professionnelles

Effets sur l'expérience de soins et sur la santé	Direction des effets selon la source				Tableau : № indic[1]
	Attentes décideurs[2]	Experts cliniciens[3]	Opinion/ litt.[4]	Évidence/ litt.[5]	
• *En améliorant les pratiques préventives dans les cabinets*					
• le taux d'immunisation à l'influenza	↑	↑	↑		Enquête
• le taux de dépistage au cancer du sein	↑	↑	↑		TA2:b6 TA3:c3
• le tabagisme	↓	↓	↓		TA2:b8 TA5:d3
• l'exercice (activité physique)		↑	↑		
• le dépistage du cancer du col utérin					TA2:b7
• la consultation pour examen périodique préventif					TA2:b9, b10
• *En imposant aux médecins de consacrer une partie de leur temps à des **activités médicales particulières (AMP)***					
• les ressources médicales pour la première ligne à Montréal (services dans les urgences)	↓	↓			Agence
• la disponibilité des médecins pour assurer la garde sur appel pour les programmes de soutien à domicile (garde en disponibilité dans un programme de soutien à domicile).	↑	↑			Agence
• le nombre de patients vulnérables qui ne pourront pas se trouver un médecin de famille (services de première ligne pour les clientèles vulnérables)	↓	↓			TA5:d2 Agence

Mécanismes organisationnels

Regroupement d'organismes en un nouvel établissement qui a une responsabilité populationnelle

Les fusions d'établissements (l'unification de leur conseil d'administration) représente une stratégie pour favoriser l'intégration des services et la collaboration interprofessionnelle[15]. Les effets attendus de cette stratégie devraient donc se manifester à travers ces mécanismes organisationnels et les indicateurs pertinents pour les capter devraient être les mêmes que ceux identifiés en rapport avec ces mécanismes précédemment dans ce tableau. En bout de ligne, la responsabilité populationnelle donnée à ces nouveaux réseaux locaux devrait mener à une réduction des besoins non comblés de leur population. L'évaluation de ces besoins doit se faire pour toute la population et non seulement pour les usagers des services. Pour cette raison, elle se fait surtout par le biais de l'enquête populationnelle comme celle réalisée par l'ESPSS et faisant partie du plan global de suivi de transformations des services de santé de première ligne.

[15] Pineault R et al. Collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec : Rapport synthèse. Montréal.

Chapitre 6 - Notre démarche, nos orientations de recherche et les indicateurs

La majeure partie des indicateurs apparaissant à l'annexe 2 découle des hypothèses que nous avons présentées et qui sont directement liées aux transformations envisagées par les décideurs. Un certain nombre d'entre eux cependant découlent des orientations fondamentales reflétant notre perspective de santé publique.

Comme professionnels de santé publique, nous sommes partie prenante de la responsabilité qui incombe au directeur de santé publique. Nous devons rendre compte de l'état de santé de toute la population, pas seulement celle qui parvient à utiliser les services de santé. Nous porterons donc une attention certaine à cette partie de la population qui a des besoins de santé et ne les exprime pas et à celle qui tente de les exprimer mais ne parvient pas à recevoir les services requis à causes de barrières diverses. Nous tenterons de suivre l'évolution des besoins de santé non comblés dans la population en portant un regard particulier sur l'accessibilité des services.

L'importance que nous accordons à l'approche populationnelle nous a aussi incité à identifier les attentes de la population en regard du processus de soins. Certains indicateurs reflèteront ces attentes.

Notre perspective de santé publique nous enjoint aussi à nous intéresser aux services dans la mesure où ils ont un impact sur la santé. Nous ferons donc un effort systématique pour suivre des indicateurs de santé ou des indicateurs d'interactions avec les services de santé connues comme porteuses de santé.

Traditionnellement, la santé publique s'est intéressée au sort des groupes défavorisés. Nous ne dérogerons pas à cette tradition en nous assurant que ces groupes ne soient pas particulièrement touchés par des problèmes d'accès ou des besoins de santé non comblés.

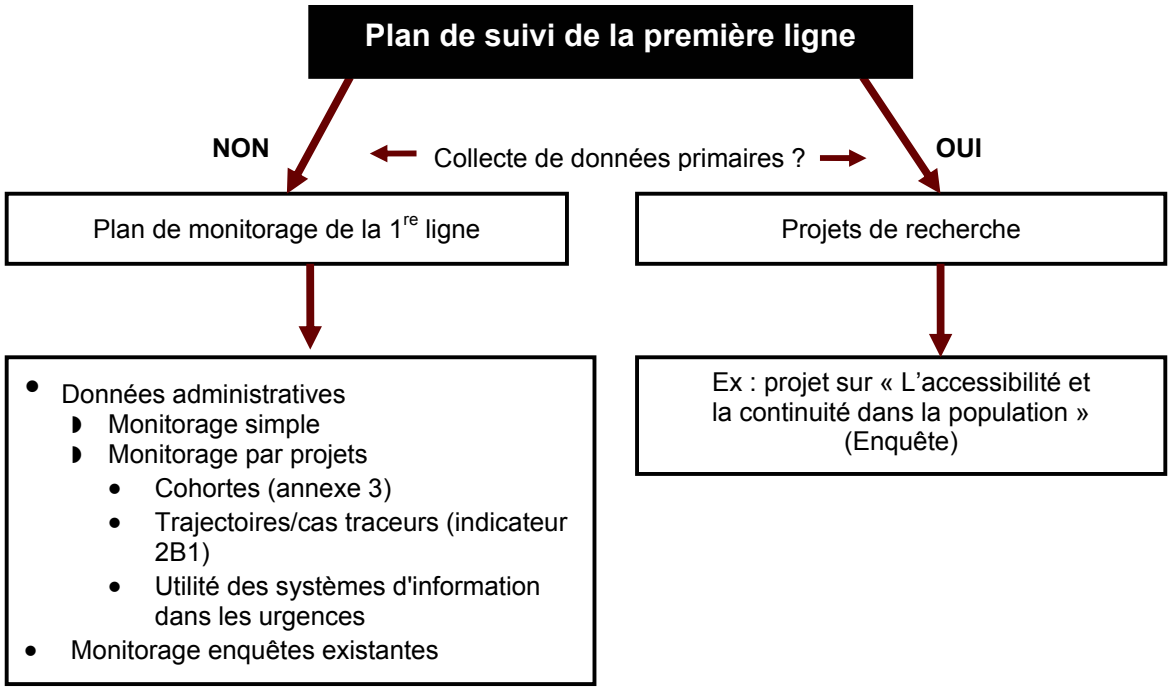
Les transformations de la première ligne envisagées par les décideurs viennent modifier les modes d'organisation de cette première ligne. Notre regard analytique cible bien entendu les transformations prévues et les modes d'organisation qui en résulteront. Il inclut aussi la coexistence de différents modèles d'organisation des services de première ligne sur un territoire donné et son effet sur la couverture plus complète des besoins de la population. Chacun des 12 territoires de Montréal est desservi par un centre de santé et de services sociaux. Plusieurs de nos analyses utiliseront les populations de ces territoires comme dénominateurs.

À quelques reprises nous identifierons des indicateurs qui pourraient provenir de systèmes d'information clinique qui ne sont pas encore en place. Nous les identifierons tout de même dans l'espoir que nous puissions les mesurer aussitôt que ces systèmes seront disponibles.

6.1 Sources des données et leur utilisation

Au-delà de cent indicateurs résultent de notre démarche et de nos orientations (voir l'annexe 2). Selon que la mesure de ces indicateurs nécessite une collecte de données primaire ou non, ils feront partie du plan de monitorage de la première ligne ou de projets de recherche réalisés par l'ESPSS, en particulier l'enquête sur l'accessibilité et la continuité dans la population. Les indicateurs identifiés par notre démarche et qui seront mesurés par cette dernière enquête, illustrent bien que la démarche utilisée contribue au-delà de son objectif premier qui était d'identifier les indicateurs pertinents pour le monitorage.

Graphique 3 : Sources des données et leur utilisation



Dans la section qui suit, nous décrivons les modes de présentation et les sources principales que nous prévoyons utiliser pour mesurer les indicateurs.

6.1.1 Indicateurs n'exigeant pas de collecte de données primaires (plan de monitorage)

Notre démarche n'imposait pas de contrainte quant à la source des données requises pour produire les indicateurs. Parmi ceux-ci, plusieurs peuvent être produits à partir de données disponibles dans les banques de données administratives ou rendues disponibles par des enquêtes réalisées de façon statutaire (périodique) par divers organismes (Statistique Canada, Institut de la statistique du Québec, Agence). Ce sont les indicateurs qui n'exigent pas de collecte de données de notre part, donc qui n'exigent pas de collecte de données

primaires. Ces indicateurs sont particulièrement pertinents pour notre plan de monitorage et nous en parlons dans les paragraphes qui suivent.

La plupart des indicateurs provenant des banques de données administratives n'exigent pas d'effort de programmation complexe ou d'approche analytique sophistiquée (monitorage simple). Cependant, certains exigent une programmation et une approche analytique beaucoup plus complexe et ont été préparés sous forme de projets : le projet de cohortes est décrit à l'annexe 3, le projet sur les trajectoires/cas traceurs est en cours pour mesurer l'indicateur b1 du tableau A2, le projet sur les systèmes d'information dans les urgences évalue leur utilité pour fin de monitorage ou recherche.

6.1.2 Indicateurs servant à mesurer le degré d'implantation des transformations

Le tableau A1 de l'annexe 2 énumère la vingtaine d'indicateurs que nous nous proposons de suivre pour déterminer jusqu'à quel point les transformations envisagées se réalisent. Ces indicateurs sont présentés selon les mêmes regroupements que nous avons utilisé pour présenter les hypothèses de recherche (mécanismes organisationnels).

Nous allons donc tenter de suivre l'évolution des **heures d'ouverture** dans le réseau montréalais à partir de données qui nous proviendront de l'une ou l'autre de ces sources : Info-Santé, la Direction Régionale de Médecine Générale (DRMG) de l'Agence montréalaise, la Direction des Affaires Médicales (DAM) de l'Agence montréalaise.

Un aspect important des transformations est la mise en place des **ressources informationnelles** dans chaque point de service ainsi que des **liens électroniques** entre les points de service et les services de soutien du réseau. Aussi, les décideurs veulent augmenter la disponibilité de ressources **diagnostiques de base** pour les cas urgents sans qu'ils soient toujours forcés de recourir aux urgences. Ils veulent influencer également le profil de **pratique des médecins** pour s'assurer que les activités médicales particulières rencontrent les besoins de la population. Nous allons suivre l'évolution de toutes ces ressources et de ces profils à partir de données provenant d'Info-Santé ou de l'agence DRMG.

Comme **les inscriptions** des clientèles pour les GMF et des clientèles vulnérables en général se feront par la RAMQ, il sera possible de suivre, par sa banque de données, l'évolution de ces groupes dans le temps.

L'ajout d'infirmières aux GMF ou de gestionnaires de cas dans les CMA et la clarification des rôles respectifs des professionnels et points de services devant contribuer à la **coordination des services** seront décrits dans des ententes contractuelles entre partenaires Agence/CSS/CMA. L'Agence aura accès à cette information.

6.1.3 Les indicateurs fournissant de l'information sur l'accessibilité, la continuité…

Le tableau A2 (de l'annexe 2) identifie une soixantaine d'indicateurs nous permettant de suivre les effets des transformations au niveau des paramètres particulièrement pertinents

pour les services de première ligne : la continuité, la globalité, l'adéquation, l'accessibilité et la réactivité. Ils sont regroupés sous chacun de ces paramètres. Toutefois, bien qu'ils aient été classés dans une seule catégorie, plusieurs indicateurs nous informent au sujet de plus d'un paramètre.

L'énoncé des hypothèses associait plusieurs effets aux transformations que nous venons d'identifier. Plusieurs données concernant des événements d'utilisation reflétant ces effets se manifestent dans les banques de données administratives gérées soit par le ministère de la santé (Med-Écho, décès), la RAMQ (fichier des bénéficiaires, services médicaux, médicaments, inscription dans les GMF, inscription comme clientèle vulnérable), les CLSC (SIC-CLSC), les Techno-Centres des Agences régionales (SIC-CLSC) et les établissements eux-mêmes (Med-Écho, dans certains cas SIURGE[1]). Dans la plupart des cas, ces systèmes d'information contiennent des données sur l'utilisation d'un service par un bénéficiaire. On peut penser aux visites en salles d'urgence, aux visites en cabinet privé, aux hospitalisations, au nombre de prescriptions ou à la prescription de médicaments impliquant un risque d'interaction.

Par jumelage entre banques de données, pour chacun des individus ayant utilisé au moins un service, il possible d'ajouter d'autres éléments comme un diagnostic, une raison de consultation, un acte thérapeutique. Il est alors possible de construire une trajectoire d'utilisation de services au cours d'une période donnée, de déterminer le taux d'hospitalisations pour certaines causes évitables, le taux de visites à l'urgence après une hospitalisation, le taux de ré-hospitalisations, le taux de visites aux médecins après hospitalisation, les consultations auprès des spécialistes là où elles sont indiquées.

Ces banques de données peuvent aussi fournir de l'information sociodémographique qui permet d'analyser ces phénomènes selon le genre, les territoires de résidences, le type d'institution utilisé et le niveau socio-économique.

Les transformations ne seront pas implantées également partout et pour tous. Certains points de services sont ciblés comme points d'implantation privilégiés (GMF, CMA) et certains groupes de patients sont particulièrement ciblés comme bénéficiaires (patients vulnérables). Le fait que la RAMQ gère l'inscription des clientèles dans les GMF et celle des clientèles vulnérables pour des fins d'ajustement de revenu des médecins omnipraticiens, rend possible le suivi de ces inscriptions selon le lieu du service ou selon le type de patient.

Pour plusieurs des indicateurs décrit au tableau A2, l'information proviendra d'enquêtes que nous appelons statutaires car elles sont réalisées périodiquement. Nous parlons surtout de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC : incluant la sous-enquête sur l'accessibilité aux services de santé EASS) qui est réalisée par Statistique Canada aux deux ans, la dernière ayant eu lieu en 2003. Nous parlons aussi de l'enquête Omnibus réalisée par la Direction de santé publique de Montréal en 2002 qui sera répétée en 2005 et en 2009. Cette dernière enquête peut avoir un contenu variable d'une fois à l'autre. Nous

[1] SIURGE : Système d'Information des Urgences.

devrons donc nous assurer que les éléments nécessaires à notre suivi s'y retrouvent toutes les fois.

6.1.4 Les indicateurs nous informant sur l'impact des transformations sur la santé

Le tableau A3 de l'annexe 2 décrit une quinzaine d'indicateurs qui nous aideront à évaluer spécifiquement l'impact des transformations sur la santé. Ce sont ces indicateurs qui résultent de notre perspective de santé publique.

6.1.5 Indicateurs exigeant une collecte de données primaires

Parmi les indicateurs identifiés dans notre démarche, il y a ceux dont la production nécessite des données qui ne sont disponibles ni dans les banques de données administratives, ni dans les enquêtes périodiques. Si nous voulons produire ces indicateurs, nous devons réaliser nous-même une enquête, qui constitue une collecte de données primaires.

Ces indicateurs sont particulièrement intéressants à considérer à l'intérieur de notre stratégie complémentaire de recherche. Ils devraient nourrir notre réflexion dans l'identification de l'information à recueillir à l'intérieur de l'enquête que nous réaliserons.

Le tableau A4 de l'annexe 2 identifie les indicateurs qu'il nous faudrait mesurer pour mieux étayer le niveau d'implantation des transformations. Encore une fois, nous regroupons les indicateurs de la même façon que dans le tableau A1 (les mécanismes organisationnels).

Le tableaux A5 de l'annexe 2 identifie une quinzaine d'indicateurs nous permettant de suivre les effets des transformations au niveau des paramètres particulièrement pertinents pour les services de première ligne : continuité, globalité, adéquation, accessibilité et réactivité. Le tableau A6 identifie trois indicateurs suivant les effets sur la santé.

Chapitre 7 - Comment choisir les indicateurs pertinents pour le monitorage

Les indicateurs apparaissant à l'annexe 2 n'ont pas tous la même pertinence pour la réalisation de nos objectifs et plusieurs d'entre eux n'ont pas la validité requise ou même ne peuvent pas être mesurés faute de données appropriées. Il nous faut donc procéder à une sélection.

La première étape consiste à conserver dans les indicateurs à suivre tous ceux nous informant sur l'implantation des transformations (les indicateurs apparaissant dans les tableaux A1 et A4 de l'annexe 2).

La deuxième étape de la priorisation consiste à classer chacun des indicateurs des tableaux A2, A3, A5, A6 de l'annexe 2 (indicateurs sur l'expérience de soins et la santé) en leur attribuant la cote suggérée par l'algorithme illustré dans le graphique 4. Le trajet dans l'algorithme menant au chiffre approprié est suggéré en répondant en séquence oui ou non à chacune des questions suivantes. Pour illustrer notre propos, nous utiliserons l'exemple d'un des indicateurs (TA2:d1) apparaissant à l'annexe 2.

Indicateur : Temps moyen s'écoulant entre le moment de la demande de consultation par le médecin de famille (moment de la visite précédant la visite chez spécialiste) et la première visite chez le médecin spécialiste.

Questions permettant de faire cheminer l'indicateur dans l'algorithme

A : Le **concept** sous-jacent à l'indicateur est-il associé à l'état de santé ou à une des caractéristiques des soins primaires porteuses de santé ?
Ex. : Est-ce que le **délai** entre la demande de consultation et le rendez-vous auprès du spécialiste peut avoir une influence sur l'état de santé ou sur une des caractéristiques des soins primaires porteuses de santé (ex. accessibilité, continuité…) ?

Réponse :

Oui, l'algorithme nous suggère de passer à la question B.

B : Les services de santé expliquent-ils une partie de la variation au niveau du concept ?
Ex : Est-ce que la façon de fonctionner des services de santé peut avoir une influence sur le délai entre la demande de consultation et le rendez-vous auprès du spécialiste ?

Réponse :

Oui, l'algorithme nous suggère de passer à la question C.

C : La partie de la variation du concept attribuable aux services de santé peut-elle avoir un effet cliniquement important sur l'état de santé de la population ?
Ex **:** Est-ce que l'influence des services de santé sur le **délai** est suffisamment importante pour qu'elle se traduise en un effet significatif sur la santé de la population ?

Réponse :

Oui, l'algorithme nous suggère de passer à la question D.

D : Le concept est-il sensible à des influences extérieures au système des soins de première ligne ?

Ex **:** Est-ce que le **délai** entre la demande de consultation et le rendez-vous auprès du spécialiste peut résulter de facteurs autres que ceux liés à la façon de fonctionner des services de santé ?

Réponse :

Oui, l'algorithme nous suggère de passer à la question E.

E : Peut-on contrôler l'effet de ces influences extérieures au système des soins de première ligne ?

Ex **:** Par rapport aux influences extérieures, est-il possible d'identifier la contribution des services de santé dans une variation au niveau du **délai** entre la demande de consultation et le rendez-vous auprès du spécialiste ?

Réponse :

Oui, l'algorithme nous suggère de passer à la question G.

F : Le concept est-il suffisamment important pour qu'on élabore de nouvelles mesures visant à contrôler les influences extérieures ?

Ex **:** Advenant le cas où ce ne soit pas possible de connaître la contribution des services de santé au niveau du **délai** entre la demande de consultation et le rendez-vous auprès du spécialiste, l'information concernant l'évolution de ce délai est-elle suffisamment importante pour justifier un effort de recherche dans le but d'identifier de meilleures mesures ?

Note : Cette question n'est pas pertinente pour notre exemple.

G : Est-ce que le concept est en relation avec les changements envisagés ou répond-il aux objectifs des décideurs ?

Ex **:** Est-ce que le **délai** entre la demande de consultation et le rendez-vous auprès du spécialiste est susceptible de changer à la suite des changements envisagés dans l'organisation des services de santé ?

Réponse :

Oui, l'algorithme nous suggère de passer à la question H.

H : Peut-on mesurer le concept en utilisant l'indicateur suggéré (information disponible) sans introduire d'erreur grave (les données sont-elles de bonne qualité) ?

Ex **:** Est-ce que l'information pour mesurer le **délai** entre la demande de consultation et le rendez-vous auprès du spécialiste est disponible et est-ce qu'elle donne une estimation valide du délai ?

Réponse :

Non, l'algorithme nous suggère une cote finale de 7.

I : Est-ce que l'indicateur ou son concept sous-jacent nous donne une information précise et spécifique au sujet de la caractéristique des soins primaires ou de l'aspect particulier de l'état de santé au sujet de laquelle l'indicateur devrait nous informer d'après nos hypothèses (sinon, il nous donne une information plus diffuse en rapport avec plusieurs des effets qui peuvent être d'intérêt pour nous) ?
Ex **:** Est-ce que l'indicateur tel que formulé ou le concept sous-jacent (délai) nous donne de l'information spécifiquement au sujet de l'accessibilité (caractéristique des soins primaires au sujet de laquelle l'indicateur devrait nous informer selon nos hypothèses) ? Une réponse "non" indiquerait que l'indicateur nous donne de l'information mais pas seulement au sujet de l'accessibilité, ce qu'il sera important de garder à l'esprit lorsque viendra le moment d'interpréter tout changement dans l'indicateur (attribution prudente).

Note : Cette question n'est pas pertinente pour notre exemple.

L'action qui découle de la cote appropriée telle que suggérée par l'algorithme peut se résumer comme suit :

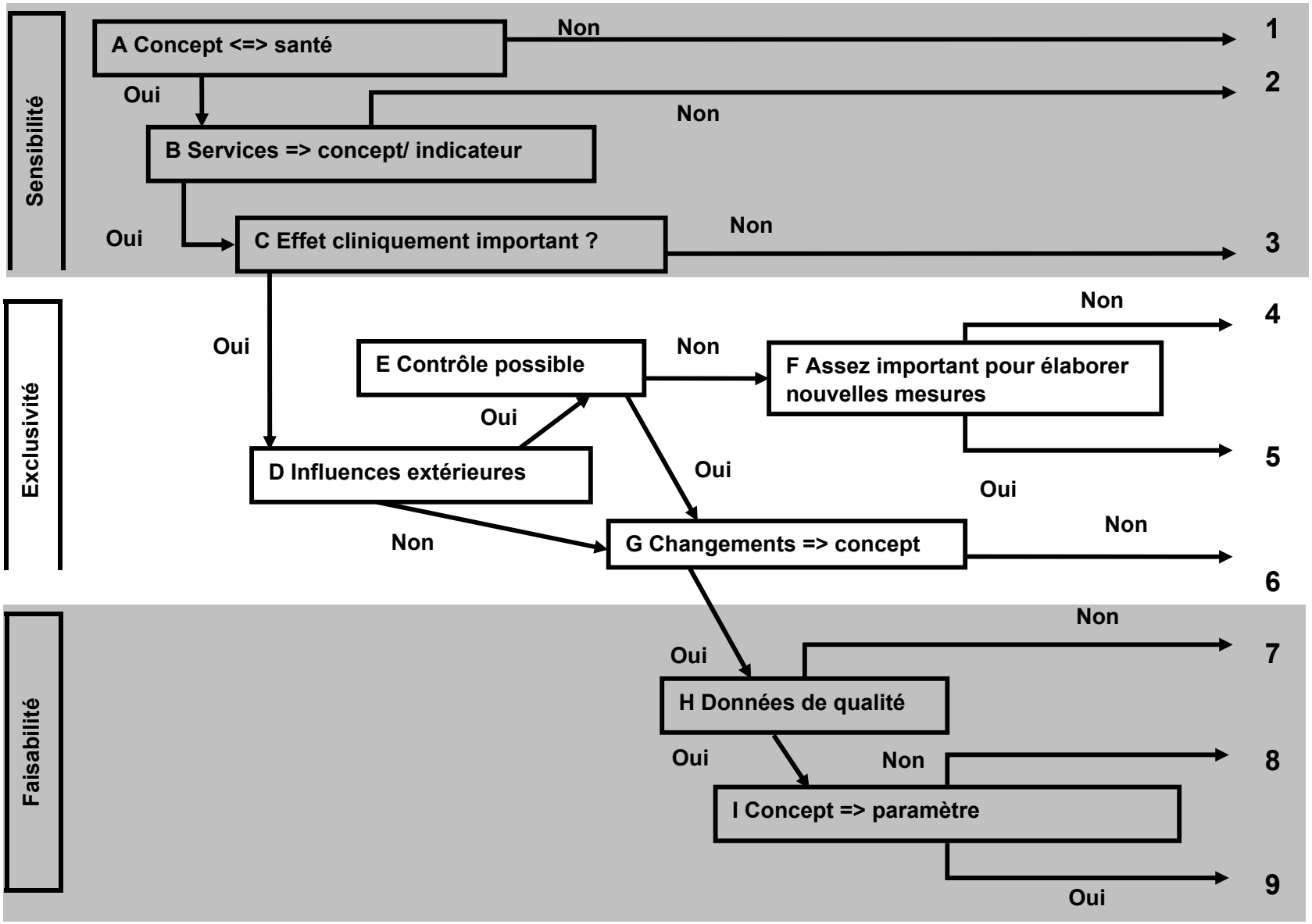
1, 2, 3, 4, 6 **=>**	Ne pas utiliser
5, 7 **=>**	Demande recherche
8 **=>**	Attribuer prudemment
9 **=>**	Utiliser

La troisième étape consiste à s'assurer qu'il y a au moins un indicateur retenu par sous-section (correspondant aux paramètres qui nous intéressent) de chacun des tableaux.

Finalement, il importera de réviser les indicateurs non sélectionnés pour déterminer jusqu'à quel point ils peuvent aider à l'analyse de contexte.

Les neuf questions dont les réponses aident à cheminer dans l'algorithme peuvent être regroupées en trois blocs se rapportant à l'un des concepts suivants : sensibilité, exclusivité/spécificité, faisabilité. Les trois premières questions orientent notre réflexion sur la capacité de l'indicateur considéré à varier avec un changement dans l'état de santé et dans les services de santé (sensibilité). Les quatre questions suivantes orientent notre réflexion sur notre capacité d'attribuer un changement dans l'indicateur considéré aux changements en cours dans l'organisation des services de santé (spécificité/exclusivité). Finalement, les dernières questions nous permettent de préciser jusqu'à quel point les données disponibles permettent de mesurer l'indicateur avec validité et précision et jusqu'à quel point l'information fournie par l'indicateur se rapporte à l'aspect de l'état de santé ou à la caractéristique des soins primaires au sujet desquels l'indicateur devait nous informer.

Graphique 4 : Algorithme servant à prioriser les indicateurs pour le monitorage



Chapitre 8 - Indicateurs retenus pour le plan de monitorage

Nous avons vu qu'une centaine d'indicateurs résultent de notre démarche et de nos orientations (voir l'annexe 2). Nous avons aussi vu que plusieurs d'entre eux ne peuvent être mesurés que par des projets de recherche donc par cueillette de données primaires (voir chapitre 6 et les indicateurs dans les tableaux A4, A5 et A6). Bien qu'ils soient pertinents pour notre plan de suivi de la première ligne, nous ne les décrivons pas dans cette section qui se limite à une description des indicateurs faisant partie du plan de monitorage. Ils seront repris dans les différents projets de recherche qui composeront notre plan de suivi de la première ligne.

Le tableau 5 présente la liste des indicateurs du plan de monitorage qui décrivent les **effets** des transformations et qui, parmi tous ceux décrits aux tableaux A2 et A3 de l'annexe 2, ont obtenu une cote 8 ou 9 à la suite de l'application des critères illustrés dans le graphique 4. Cependant, il ne décrit pas d'autres indicateurs jugés pertinents pour le plan de monitorage. C'est le cas de ceux permettant de suivre le degré d'implantation des transformations qui sont énumérés au tableau A1 de l'annexe 2 et des indicateurs d'effets qui n'ont pas obtenue une cote 8 ou 9 mais qui offre un intérêt pour mieux connaître le contexte dans lequel se sont réalisées les transformations (voir tableaux A2 et A3 de l'annexe 2, les indicateurs avec le mot "contexte" dans la dernière colonne du tableau). L'information fournie par ces indicateurs enrichira l'interprétation des résultats découlant des indicateurs d'effets.

Tel que mentionné dans le graphique 3, les indicateurs du plan de monitorage proviennent soit des banques de données administratives soit d'enquêtes statutaires réalisées par des équipes autres que ESPSS. L'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) est un exemple important.

Dans le tableau 5, les indicateurs d'effets sont regroupés selon le concept d'intérêt principal au sujet duquel ils nous fournissent de l'information. Cependant, plusieurs d'entre eux nous fournissent de l'information aussi au sujet d'autres concepts d'intérêt. On peut avoir une idée de ce chevauchement de concept pour tous les indicateurs qui ont une cote 8, en regardant la dernière colonne des tableaux A2 et A3 de l'annexe 2. Sous cette cote 8, on trouve le concept autre que celui où l'indicateur en question est regroupé. C'est ainsi que plusieurs des indicateurs regroupés sous des concepts autres que la continuité fournissent aussi de l'information sur la continuité et viennent améliorer la mesure de ce concept pour lequel le Tableau 5 n'identifie que deux indicateurs tirés d'enquêtes.

Tableau 5 : Liste des indicateurs pour le plan de monitorage

Indicateurs pour suivre les effets des transformations			
Tableau : № indicateurs - Effets			**Dénominateur**
Continuité			
1	TA2: a1[1]	• Taux d'inscription de patients vulnérables • Proportion des vulnérables inscrits qui ont plus d'une visite par année • Proportion des visites suivant la première au médecin auprès duquel le patient vulnérable est inscrit	1- population de Montréal; 2- population de chaque réseau local; 3- patients vulnérables inscrits auprès d'un médecin de famille
2	TA2: a5	Proportion de la population qui dit avoir un médecin de famille	Population âgée de 18 ans et plus résidant à Montréal
3	TA2: a7	Nombre moyen de visites et d'appels téléphoniques faits à un médecin de famille ou omnipraticien au cours des 12 derniers mois	Population âgée de 18 ans et plus résidant à Montréal et ayant visité ou appelé au moins 1 fois un médecin de famille ou omnipraticien au cours de l'année
Globalité			
4	TA2: b1	Taux de consultations aux spécialistes pour des patients avec diabète, insuffisance cardiaque, arthrite rhumatoïde, asthme (chez les 5-18 ans)	1- population de Montréal; 2- population de chaque réseau local; 3- patients vulnérables inscrits en GMF[2]; 4- patients vulnérables non inscrits en GMF
5	TA2: b3	Proportion de femmes (15 à 49 ans) qui font au moins une visite durant la grossesse a) à un omnipraticien; b) à un spécialiste	Population féminine 15 à 49 ans enceinte au cours de la période de référence 1- Montréal; 2- population de chaque réseau local; 3- patients vulnérables inscrits en GMF; 4- patients vulnérables non inscrits en GMF
6	TA2: b5	Proportion des patients de 65 ans et plus qui sont immunisés pour l'influenza	Personnes de 65 ans et plus connues des CLSC
7	TA2: b6	Proportion de femmes (âgées de 50 ans et plus) qui disent avoir eu un examen clinique des seins fait par un professionnel de la santé	Population féminine de 50 ans et plus résidant à Montréal
8	TA2: b7	Proportion de femmes âgées de 20 ans et plus qui ont passé un Pap Test	Population féminine de 20 ans et plus résidant à Montréal
9	TA2: b8	Proportion de fumeurs qui disent avoir reçu du soutien de leur médecin pour cesser de fumer	Population de 15 ans et plus résidant à Montréal déclarant fumer régulièrement la cigarette

[1] Les indicateurs retenus sont décrits plus en détail dans les tableaux A2 et A3 de l'annexe 2.

[2] Tous les indicateurs fournissant de l'information au sujet des GMF (mention de GMF dans le dénominateur) seront produits à l'intérieur de l'analyse de cohortes décrite à l'annexe 3.

Indicateurs pour suivre les effets des transformations			
Tableau : № indicateurs - Effets			**Dénominateur**
10	TA2: b11	Taux de couverture à la mammographie chez les femmes de 50-69 ans	Population féminine de 50 à 69 ans : 1- résidant à Montréal; 2- résidant dans chaque réseau local; 3- patientes vulnérables inscrites en GMF; 4- patientes vulnérables non inscrites en GMF
11	TA2: b12	Taux de participation PQDCS des femmes de 50 à 69 ans	Population féminine de 50 à 69 ans : 1- résidant à Montréal; 2- résidant dans chaque réseau local; 3- patientes vulnérables inscrites en GMF; 4- patientes vulnérables non inscrites en GMF
Adéquation			
12	TA2: c1	Taux de prescriptions de médicaments impliquant un risque d'interaction chez les personnes de 65 ans et plus (prescripteurs multiples ou pas)	Pour les 65 ans et plus :1- population de Montréal; 2- population de chaque réseau local; 3- patients vulnérables inscrits en GMF; 4- patients vulnérables non inscrits en GMF
13	TA2: c4	Taux d'hospitalisations pour certaines causes évitables : • insuffisance cardiaque • pneumonie bactérienne • MPOC • asthme • infections des reins/urinaire • diabète • déshydratation • cellulite • convulsions • angine	1- population de Montréal; 2- population de chaque réseau local; 3- patients vulnérables inscrits en GMF; 4- patients vulnérables non inscrits en GMF
14	TA2: c6	Taux de visites à l'urgence pour soins de première ligne pour des conditions aiguës sentinelles : • infections aiguës des oreilles, nez et gorge • infections des reins ou urinaires	1- population de Montréal; 2- population de chaque réseau local; 3- patients vulnérables inscrits en GMF; 4- patients vulnérables non inscrits en GMF
15	TA2: c7	Taux de visites à l'urgence pour soins de première ligne pour des conditions chroniques sentinelles : • asthme • diabète • insuffisance cardiaque • MPOC • maux de dos	1- population de Montréal; 2- population de chaque réseau local; 3- patients vulnérables inscrits en GMF; 4- patients vulnérables non inscrits en GMF

Indicateurs pour suivre les effets des transformations			
Tableau : № indicateurs - Effets			**Dénominateur**
Accessibilité			
16	TA2: d3	Proportion de patients hospitalisés pour des conditions chroniques sentinelles, qui auront un examen de suivi dans un délai de 30 ou 60 jours après leur congé de l'hôpital : • quel que soit le médecin • chez un médecin qui a traité le patient au cours de l'épisode de soins index • chez un médecin qui n'a traité le patient au cours de l'année précédant l'épisode de soins index en cabinet privé ou clinique externe Proportion des patients hospitalisés pour maladie pulmonaire obstructive chronique qui sont contactés par un programme de soins à domicile dans un délai d'une semaine après leur congé de l'hôpital.	Patients ayant reçus leur congé de l'hôpital pour les conditions suivantes : MPOC, insuffisance cardiaque, asthme, diabète, durant la période de référence: 1- population de Montréal; 2- population de chaque réseau local; 3- patients vulnérables inscrits en GMF; 4- patients vulnérables non inscrits en GMF Patients ayant reçu leur congé de l'hôpital pour traitement de MPOC
17	TA2: d4	Taux d'utilisation des soins de première ligne selon l'indice de défavorisation (nombre d'utilisateurs et nombre moyen de visites par utilisateur auprès d'un médecin omnipraticien)	1- population de Montréal; 2- population de chaque réseau local; 3- patients vulnérables inscrits en GMF; 4- patients vulnérables non inscrits en GMF
18	TA2: d10	Proportion de la population qui a consulté une infirmière pour sa santé ou pour celle d'un membre de sa famille	Population de 18 ans et plus résidant à Montréal
19	TA2: d11	Proportion de la population jugeant trop longs les délais pour obtenir un rendez-vous avec un médecin généraliste	Population de 18 ans et plus résidant à Montréal
20	TA2: d12	Proportion de la population jugeant trop longs les délais pour obtenir un rendez-vous avec un médecin spécialiste	Population de 18 ans et plus résidant à Montréal
21	TA2: d13	Proportion de la population jugeant trop longs les délais pour obtenir un rendez-vous pour passer une radiographie	Population de 18 ans et plus résidant à Montréal
22	TA2: d14	Proportion de la population jugeant trop longs les délais pour obtenir un rendez-vous pour passer des analyses de sang	Population de 18 ans et plus résidant à Montréal
23	TA2: d15	Proportion de la population jugeant trop longs les délais pour obtenir des résultats de radiographie ou d'analyse	Population de 18 ans et plus résidant à Montréal
Réactivité			
24	TA2: e5	Proportion des usagers se disant insatisfaits de la qualité des soins de santé fournis par leur médecin de famille (référence à la dernière visite)	Ensemble des personnes qui ont dit avoir reçu des soins de santé de leur médecin de famille
25	TA2: e6	Proportion des usagers se disant insatisfaits de la qualité des soins de santé fournis par leur médecin de famille régulier	Population de 15 ans et plus résidant à Montréal et ayant reçu des soins de leur médecin de famille au cours des 12 derniers mois

Indicateurs pour suivre les effets des transformations			
Tableau : № indicateurs - Effets			**Dénominateur**
26	TA2: e7	Proportion des usagers se disant insatisfaits de la façon dont les soins ont été donnés par leur médecin de famille (référence à la dernière visite)	Population de 18 ans et plus résidant à Montréal et ayant reçu des soins de leur médecin de famille au cours des 12 derniers mois
Morbidité			
27	TA3: b1	Voir 2C4	
28	TA3: b2	Taux de réadmission en CHSGS dans un délai de 42 jours suivant un accouchement (post partum)	*Femmes admises en CHSGS pour un accouchement:* 1- population de Montréal; 2- population de chaque réseau local; 3- patients vulnérables inscrits en GMF; 4- patients vulnérables non inscrits en GMF
29	TA3: b3	Taux de retour aux salles d'urgence hospitalière des personnes âgées de 75 ans et plus à l'intérieur d'un délai de 1 mois à 3 mois	*Personnes âgées 75 ans et plus :* 1- population de Montréal; 2- population de chaque réseau local; 3- patients vulnérables inscrits en GMF; 4- patients vulnérables non inscrits en GMF
30	TA: b4	Taux de retour aux urgences psychiatriques (Douglas; Louis Hippolyte Lafontaine ; Allen Memorial- RVH ; Albert Prévost) à l'intérieur d'un délai de 3 ou 6 mois	1- population de Montréal; 2- population de chaque réseau local; 3- patients vulnérables inscrits en GMF; 4- patients vulnérables non inscrits en GMF

Chapitre 9 - Plan de collecte de données et d'analyse

Le tableau 6 résume très globalement la chronologie des principales transformations envisagées pour Montréal, et celle des collectes de données nourrissant notre effort de monitorage.

Généralement, nous observons les variations dans le temps de chacun des paramètres d'intérêt en distinguant trois périodes par rapport aux changements : avant (2000 à 2003), pendant (2003 à 2006) et après (2006 à 2009).

Une telle approche sérielle fournit un cadre général qui influencera toutes les analyses et les interprétations des différentes activités de recherche. Elle n'empêche aucunement que les approches analytiques auront des spécificités et varieront dépendant des activités de recherche qui seront entreprises.

Tableau 6 : Chronologie des transformations et des collectes de données

Transformations						Réseaux locaux[a] →				
							CMA[b] →			
						Réseaux intégrés par maladie (MPOC[c]) →				
							GMF[d] →			
		2000			**2003**			**2006**		**2009**
Plan de suivi	Banques	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	ESCC[1]		X		X		X		X	
	Omnibus[2]			X			X			X
	DSP[3]						X		X	
	Diffusion					[4]		[5]		[6]

[a] Réseaux locaux de services de santé et de services sociaux implantés par le ministère de la santé.
[b] Centres médicaux Associés prévus par l'Agence de Montréal.
[c] Réseau intégré de services pour le traitement des patients avec maladie pulmonaire obstructive chronique.
[d] Groupes de médecine de famille prévus par le ministère de la santé.
Plan de monitorage.

[1] Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.
[2] Enquête Omnibus réalisée périodiquement par la Direction de santé publique de Montréal.
[3] Enquête réalisée par l'équipe SPSS spécifiquement pour la réalisation du plan de suivi.
[4] Court rapport portant sur un aspect spécifique du plan de monitorage.
[5] Rapport intérimaire sur le monitorage.
[6] Rapport final sur le monitorage.

9.1 Stratégies de recherche/monitorage

Nous avons décrit en détail comment nous avons choisi les indicateurs à inclure dans notre plan de monitorage. Le processus systématique suivi pour en arriver à ces choix est porteur d'une validité certaine qui influencera certes l'interprétation de tout changement capté par leur mesure sérielle.

Le graphique 3 de la page 28 distingue trois stratégies de recherche/monitorage : une enquête réalisée par l'ESPSS, principal projet de recherche fournissant des données par collecte de données primaires; du monitorage utilisant des banques de données administratives (monitorage simple ou monitorage par projets) et du monitorage par enquêtes existantes. Nous ne décrivons pas ici l'enquête réalisée par ESPSS.

9.1.1 Monitorage à partir des banques de données administratives

Plusieurs des données n'exigent pas de collecte de données primaires et font partie de notre plan de monitorage. Parmi ces données, une grande partie provient des banques de données administratives et ne requiert pas de programmation complexe ou d'analyse sophistiquée. Les indicateurs en résultant font partie du **monitorage simple**. L'élément essentiel de ce monitorage simple vient de l'utilisation d'un grand nombre d'indicateurs identifiés par des experts comme sensibles aux effets découlant des transformations.

Pour la production de certains indicateurs, les données doivent être soumises à une programmation importante et complexe et l'analyse prévue est beaucoup plus sophistiquée. Pour mieux préparer les données pour ces indicateurs et pour mieux en planifier leur traitement nous les avons organisées en projets. La partie **monitorage par projet** comprend trois différents projets : une analyse de cohortes pour évaluer les effets des groupes de médecins de famille, une analyse de trajectoires de soins/cas traceurs pour mesurer un des indicateurs (TA2:b1), un projet visant à évaluer l'utilité des systèmes d'information dans les urgences pour des fins de monitorage ou recherche.

Analyse de cohortes : D'abord, pour évaluer les effets d'une transformation comme les GMF, nous avons prévu mesurer plusieurs des indicateurs retenus en suivant dans le temps les patients inscrits dans les GMF et en contrastant les résultats avec ceux obtenus auprès de patients semblables non inscrit dans une GMF. Pour réaliser cet objectif, nous avons préparé une analyse de cohortes qui est décrite à l'annexe 3. Cette analyse de cohortes résulte des activités du groupe de travail provincial chargé de l'évaluation de la réorganisation des services de première ligne. Ce groupe est composé de représentants du ministère de la santé et des services sociaux, des universités, de l'Institut national de santé publique du Québec, de la Régie d'assurance maladie et de huit régions différentes du Québec. Selon les approches utilisées pour implanter les CMA, il est possible que nous puissions utiliser une approche semblable pour en évaluer les effets.

Analyse de trajectoires/cas traceurs : Certains des indicateurs retenus sont compatibles avec une analyse par cas traceurs[7]. L'analyse par cas traceurs vise un nombre restreint de conditions médicales qui répondent aux critères suivants : il s'agit de conditions médicales à forte prévalence pour lesquelles un diagnostic est relativement facile à poser et pour lesquelles la nécessité et le choix du traitement (ou l'utilisation du dépistage) font l'objet d'un consensus professionnel. De plus, dans le contexte spécifique de ce plan de monitorage, pour parvenir à ses fins, le traitement en question mise de façon importante sur une des fonctions reconnues comme distinctives des services de première ligne (accessibilité, continuité, globalité). L'insuffisance cardiaque, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, le diabète, l'asthme, la grossesse, le cancer du sein et le cancer du col sont des exemples de telles conditions. Le recours à l'approche des cas traceurs influencera aussi l'interprétation des résultats en ce qu'il permettra de traduire une succession d'événements (visites, consultations, hospitalisations) chez des personnes aux prises avec l'une de ces conditions en un indicateur de fonction de services de première ligne pour la population.

Utilité des systèmes d'information des urgences : les salles d'urgence forment une porte d'entrée dans le système de santé pour tous les problèmes de santé qui demandent une intervention rapide. Cependant elles sont aussi utilisées pour des problèmes qui ne sont pas toujours urgents comme une alternative aux services de première ligne souffrant de problèmes d'accessibilité. Plusieurs des effets attendus des transformations touchent les clientèles des salles d'urgence. Malheureusement, les systèmes d'information disponibles dans les urgences souffrent de problèmes importants de validité et ils sont relativement peu connus. De plus, de nouveaux systèmes d'information à vocation administrative sont implantés ou en cours d'implantation dans plusieurs hôpitaux. Ces nouveaux systèmes sont encore moins connus surtout pour une utilisation en recherche. Devant cet état de fait, avec l'aide d'une subvention du Groupe interuniversitaire de recherche sur les urgences, nous avons entrepris une étude pour décrire le niveau d'implantation de ces systèmes et pour en évaluer l'utilité pour des fins de recherche/monitorage.

9.1.2 Monitorage par enquêtes existantes

Plusieurs des indicateurs retenus proviennent d'enquêtes (enquêtes existantes) et reflètent ce que la population ou les usagers pensent de leur besoins ou de leur expérience de soins. Ces indicateurs basés sur les enquêtes, outre l'enquête réalisée par ESPSS, sont la seule source d'information pour plusieurs des aspects du processus de soins particulièrement pertinents pour les services de première ligne. Plusieurs de ces indicateurs reflète la perception des répondants, une perspective cruciale quand on parle de besoins non comblés ou de barrières aux services.

9.2 Plan d'analyse

Les calculs seront effectués à l'aide des logiciels SAS. Nous observerons les variations de chacune des variables d'intérêt afin d'en voir les effets et de suivre leur évolution dans le

[7] Kessner, D.M. Assessing Health Quality - The Case For Tracers. The New England Journal of Medicine 1973; 288(4):189-194.

temps (études sérielles). Pour ce faire, nous analyserons ce qui s'est passé « avant, pendant et après » l'implantation des transformations prévues. Pour les analyses statistiques, nous combinerons les taux des exercices financiers 2000-01, 2001-02 et 2002-03 pour former un taux que nous appellerons taux de référence car il décrit la situation qui précède les transformations apportées au réseau. Nous comparerons six périodes : chacun des six exercices financiers qui suivent la période de référence (2003-04, 2004-05, 2005-06, 2006-07, 2007-08 et 2008-09) vs la période de référence. Nous comparerons les taux en calculant leur différence et nous vérifierons, en présentant les intervalles de confiance autour de ces différences, si celles-ci sont statistiquement significatives, auquel cas elles apparaîtront sur un fond ombragé dans les tableaux. L'approche analytique implique un très grand nombre de comparaisons, ce qui entraîne une plus grande probabilité d'identifier des résultats significatifs ; les paramètres utilisés pour faire nos analyses tiennent compte de ce fait (α=0,01). Bien que, pour les analyses statistiques, les années 2000-01, 2001-02 et 2002-03 aient été regroupées, les résultats seront présentés séparément pour chacune de ces années dans les graphiques. Cela nous permettra de fournir une information plus précise.

Lorsqu'une des variables descriptives clés changera au cours de la période d'observation, nous procéderons à une analyse par régression multiple qui nous permettra d'éliminer toute influence confondante de cette variable et ainsi nous permettra de mieux évaluer les changements dans l'indicateur d'intérêt au cours de la période d'observation. Pour réaliser ces analyses, nous utiliserons l'analyse de régression multiple avec distribution binomiale et nous codifierons comme variables indicatrices ("dummy variables") les années 2003-04, 2004-05, 2005-06, 2006-07, 2007-08 et 2008-09. Par défaut, les années 2000-01, 2001-02 et 2002-03 seront ainsi considérées comme les années de référence. Cette approche nous permettra aussi de calculer les taux ajustés pour toute influence de la variable descriptive confondante.

Pour la plupart des indicateurs, nous étudierons la population de la région administrative de Montréal-Centre, laquelle s'élève à environ un million huit cent mille personnes. Pour certains indicateurs, les populations à l'étude seront des sous-groupes de la population montréalaise : les personnes hospitalisés pour certaines conditions spécifiques, les femmes de 50 à 69 ans, la population des 12 réseaux locaux envisagés, la population inscrite dans les GMF. Ces populations seront plus petites mais seront rarement moindre que 1 000 personnes par année.

Pour l'analyse de cohortes (voir annexe 3), l'analyse utilisera des approches différentes selon le type de données : des analyses de survie pour les indicateurs relevant de la loi binomiale, des analyse de régression binomiale négative pour les indicateurs reflétant l'utilisation des services.

9.3 Interprétation des données

De la même manière qu'il est impossible d'évaluer les effets spécifiques découlant de chacune des transformations, il est impossible de discerner ces effets sur chacune des conditions médicales. C'est pourquoi nous avons retenu plusieurs indicateurs portant sur des

conditions médicales pour lesquelles un lien entre l'utilisation des services de première ligne et l'amélioration de l'état de santé est généralement admis.

Les indicateurs ont été choisis parce qu'ils devraient être particulièrement sensibles aux transformations du réseau de la santé et parce que leur évolution pourrait refléter les effets de ces transformations. Leur interprétation nécessite cependant une grande prudence car d'autres facteurs que les transformations du réseau peuvent également influencer l'évolution de ces indicateurs. Aussi les utiliserons-nous dans un but de **repérage**. Dans ce contexte, si nous prenons comme exemple les indicateurs reflétant des événements indésirables (ex. hospitalisations), si leur valeur diminue avec le temps, la tendance sera positive et encourageante. Si la tendance est la stabilité, on présumera que les transformations n'auront pas généré d'effets négatifs mais qu'il faudra continuer à surveiller. S'il y a augmentation, la tendance sera négative. Il faut alors faire des analyses complémentaires avant d'attribuer ce résultat aux changements effectués dans le réseau, surtout si la tendance a débuté avant que n'aient été amorcées les transformations (2004-05).

La portée clinique des changements observés joue aussi un rôle important dans l'interprétation : les analyses statistiques portant sur un grand nombre d'observations peuvent être si sensibles que les différences statistiquement significatives peuvent avoir peu d'importance cliniquement parce que très petites en valeur absolue. De la même façon, les analyses statistiques portant sur un petit nombre d'observations peuvent être si peu sensibles que de grandes différences n'apparaissent pas statistiquement significatives. Bien qu'essentielle dans de telles situations, la détermination de l'importance clinique n'est pas simple car il s'agit d'un jugement d'abord subjectif. Il est possible de lui donner une valeur un peu moins subjective mais cela doit être fait de façon systématique: avant toute analyse, des experts cliniciens devraient considérer chacune des conditions étudiées et déterminer le niveau de différence qui devrait être considéré cliniquement significatif. Il s'agit là d'un effort gigantesque qui n'a pas été fait dans ce projet. Le jugement clinique devra donc demeurer en grande partie subjectif. Néanmoins, comme nos indicateurs sont des séries temporelles sur neuf ans, sans recourir à des analyses statistiques spécifiques, nous proposons de tenir compte des tendances observées pour aider le jugement clinique. Ainsi, un changement constant serait plus important qu'un changement qui varie avec l'année, par exemple une augmentation suivie d'une baisse. En effet, le contexte de repérage rend difficile toute interprétation d'un changement qui ne se maintiendrait pas au cours de plusieurs années.

Un facteur de complication s'ajoute pour ce plan de monitorage. La banque de données des décès utilise la nouvelle classification internationale des maladies CIM10 à partir de 2000. Les indicateurs que nous avions déjà développés antérieurement avec CIM9 devront être modifié en conséquence et devront être validés pour s'assurer que l'interprétation qu'on prévoit en tirer demeure la même avec ce changement.

La complication est encore plus importante avec la banque de données Med-Écho car le changement vers CIM10 doit se faire au milieu de notre période de suivi, en 2005. Pour les indicateurs basés sur ces données, non seulement il nous faudra faire des vérifications similaires, mais il faudra aussi s'assurer que les indicateurs développés avec CIM10 puissent être comparés avec leur version CIM9.

9.4 Variables confondantes

Nous présentons aussi certaines variables descriptives clés qui pourraient jouer le rôle de variable confondante dans nos analyses : répartition des effectifs par genre, âge moyen et le pourcentage des patients avec gravité clinique élevée ou extrême (pour des événements qui ont lieu à l'hôpital). L'indice de gravité clinique est une variable du fichier Med-Écho dérivée des APR-DRG (All Patient Refined Diagnostic Related Groups) (3M Health Information Systems 1995) qui indique « l'étendue de la dégradation physiologique ou de la perte de fonction d'un système organique » au cours de l'hospitalisation index. Cet indice comprend quatre niveaux : 1) faible, 2) modéré, 3) élevé et 4) extrême. Ainsi un patient admis avec diabète aura un indice faible s'il n'a aucune complication, un indice moyen si sa maladie est associée à des manifestations rénales, un indice élevé s'il se présente avec une acidose diabétique et extrême s'il se présente en coma hyperosmolaire.

Certains indicateurs sont ventilés par niveau socio-économique. Pour mesurer cette variable, nous allons utiliser l'indice de défavorisation de Pampalon[8] que les gestionnaires de banques de données peuvent joindre aux autres variables demandées. Cette variable est basée sur l'information socio-économique disponible dans le recensement, agrégée au niveau des secteurs de dénombrement (environ 750 personnes) et assignée à chaque utilisateur sur la base du code postal à 6 positions (variable disponible aux gestionnaires des banques de données mais non disponible aux chercheurs).

9.5 Considérations éthiques relatives au monitorage

Le plan de monitorage fera l'objet d'une évaluation par le Comité d'éthique de la Direction de santé publique. La Commission d'accès à l'information du Québec (CAIQ) sera sollicité pour obtenir l'autorisation à utiliser les banques de données mentionnées ci-haut et ce, de façon à permettre le jumelage entre elles. La demande sera formulée de façon à répondre aux critères éthiques courants concernant les aspects de la protection de la vie privée des citoyens.

Le plan de monitorage ne comporte aucun contact direct ou indirect avec les patients, aucune revue des dossiers médicaux ; seule une extraction des données à partir des fichiers d'origine est effectuée. Pour ces indicateurs, il s'avère impossible de demander le consentement de tous les usagers des services de santé à chaque année. Cependant, avec l'encryptage du numéro d'assurance-maladie (NAM), on préserve l'anonymat des patients et le caractère non nominal des renseignements personnels demandés, tout en assurant le jumelage des diverses banques de données.

Outre l'encryptage du NAM, pour assurer un maximum de sécurité et éviter l'apparition de profils uniques dans les analyses, on a réduit la précision de certaines variables (codes

[8] Pampalon R, Raymond G. Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être au Québec. Maladies chroniques au Canada 2000;21(3):113-122.

postaux à trois positions, l'âge du patient plutôt que la date de naissance par exemple), ce qui rend impossible l'identification des patients.

9.6 Sécurité des données

L'accès aux données nécessaires au monitorage est complexe à assurer pour diverses raisons. Les sources de données sont d'abord multiples ce qui implique des communications et ententes avec de multiples gestionnaires de données. La plupart de ces données sont personnelles et doivent donc être traitées dans un environnement très sécuritaire et de façon strictement confidentielle. La valeur des informations provenant de ces différentes sources augmente grandement lorsqu'il est possible de combiner toutes les données se rapportant à un individu quel que soit la source de données (processus de jumelage des données). Ce processus de jumelage est très complexe et nécessite d'assurer la plus grande sécurité et confidentialité de l'information.

Conformément aux critères de la CAIQ, un très grand nombre de précautions ont été prises pour assurer la sécurité des données dont le contrôle de l'accès à l'édifice et au local où se trouvent les données, l'accès aux supports informatiques et aux papiers des banques de données, l'accès aux banques de données sur l'ordinateur.

9.7 Limites de l'étude

Bien que le mandat de la DSP DE MONTRÉAL porte principalement sur l'état de santé de la population, il faut aussi tenir compte de ce qui se passe au niveau du processus des services et soins de santé pour comprendre et interpréter correctement les mesures de résultats. Toutefois l'impact de la reconfiguration sur l'état de la santé de la population risque d'être difficile à déceler à cause des autres déterminants (facteurs liés à la biologie humaine, à l'environnement et aux habitudes de vie) qui interviennent sur celui-ci — problème de spécificité des mesures. De plus, cet impact risque de n'être perceptible que sur une période de temps assez longue — problème de sensibilité des mesures. Par ailleurs, l'utilisation de banques de données administratives pour l'évaluation de composantes du système telles que les services de première ligne présente des limites importantes – plusieurs indicateurs intéressants n'ont pu être utilisés car l'information requise pour les mesurer n'était pas disponible dans les banques de données.

Chapitre 10 - Contribution du monitorage

10.1 Contribution spécifique du monitorage et de sa démarche

Les catégories de regroupement des indicateurs 1 à 30 décrits au chapitre 9 identifient le type d'information qui résultera du monitorage. Les décideurs pourront compter sur la production d'information concernant des paramètres reconnus comme importants pour que les services de première ligne contribuent à l'amélioration de l'état de santé de la population montréalaise : l'accessibilité, la continuité, la globalité, l'adéquation et la réactivité des services de première ligne. Les travaux de monitorage informeront également sur l'évolution concomitante de l'état de santé de la population montréalaise. Nous avons déjà mentionné les mesures de prudence à prendre dans l'interprétation de toute cette information.

La démarche que nous avons utilisée pour identifier les indicateurs pour le monitorage a aussi permis d'identifier des indicateurs qui ne peuvent être mesurés par monitorage et qui demeurent pertinents pour suivre les effets des transformations. L'information requise pour générer ces indicateurs sera en conséquence produite par les réponses à l'enquête populationnelle réalisée par ESPSS. Dans le présent document nous ne décrivons pas en détail cette enquête.

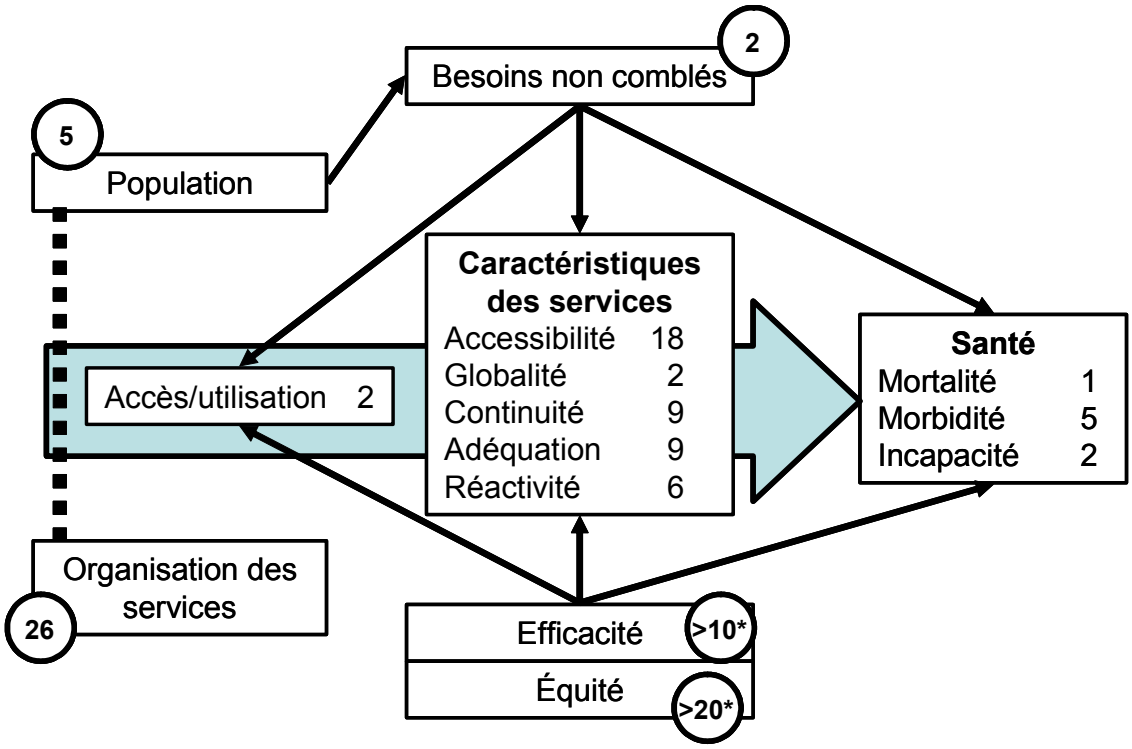
10.2 Synergie avec les autres éléments du plan de suivi

L'information produite par le monitorage pourra être combinée à l'information produite par l'enquête populationnelle sur l'accessibilité et la continuité dans la population montréalaise. Le graphique 5 décrit de façon sommaire et approximative le nombre d'indicateurs que nous aurons à notre disposition pour informer les décideurs concernant les différents objets d'attention (concept) du plan de suivi en regard des effets des transformations des services de première ligne. Nous utilisons le terme approximatif car, comme nous l'avons déjà mentionné, plusieurs indicateurs fournissent de l'information au sujet de plus d'un objet. Par exemple, plusieurs des indicateurs nous informant sur l'accessibilité des services, nous informent aussi sur l'utilisation outre les indicateurs sélectionnés à cet effet. Plusieurs indicateurs peuvent être ventilés par niveau socio-économique ou par niveau de défavorisation et ce faisant nous éclairent sur la répartition équitable des effets observés (d'où le signe > devant le chiffre associé à l'équité). Finalement, l'information sur l'efficacité viendra de la mise en relation des effets observés avec des caractéristiques spécifiques des services impliqués tout cela nécessitant un effort systématique de synthèse qui pourrait mener à des regroupements d'indicateurs (d'où le signe > devant le chiffre associé à l'efficacité).

De plus, à ces sources d'information s'ajoutent les renseignements provenant d'un collectif de recherche sur l'organisation des services de santé de première ligne au Québec. Ce collectif met à contribution des chercheurs et des décideurs de tout le Québec pour enrichir l'interprétation des résultats émergeant de l'ensemble de l'effort recherche, que cet effort soit

fait ou non en collaboration avec ESPSS[1]. Le fait de combiner les renseignements obtenus par le monitorage et la recherche permet de recueillir toute l'information disponible sur le sujet et de la transmettre aux décideurs au cours d'échanges tenues sur une base périodique.

Graphique 5 : Concepts et nombre d'indicateurs s'y rapportant



* Le signe « > » indique un nombre minimal tenant compte que l'efficacité et l'équité seront estimées à partir de regroupements de plusieurs indicateurs.

[1] ESPSS collabore déjà avec des chercheurs de l'Université McGill, de l'Université de Montréal, du ministère de la Santé et des groupes de recherche tel le Groupe Interuniversitaire de Recherche sur les Urgences (GIRU).

Chapitre 11 - Conditions de succès

La préparation d'un tel plan de monitorage se fait dans un contexte qui peut rendre difficile sa réalisation. Le bassin d'expertise disponible pour mener cette tâche complexe à bien est limité. Il est bien connu que la gouverne est habituellement impatiente d'obtenir des résultats souvent bien avant que la recherche puisse les lui fournir. Néanmoins, autant les chercheurs que les décideurs doivent garder à l'esprit les éléments suivants.

L'équipe travaillant sur le plan de monitorage doit :

- pouvoir établir et maintenir une collaboration importante avec des experts du réseau de la santé et des chercheurs universitaires ;
- travailler étroitement avec des décideurs du réseau de la santé (cliniciens, intervenants ou administrateurs) pour assurer une orientation judicieuse des travaux et une interprétation riche des résultats ;
- pouvoir compter sur une collaboration constante des décideurs de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal ;
- rendre disponible dès que possible et de façon vulgarisée l'information utile à la décision provenant des travaux en cours.

Les ressources humaines vouées à la réalisation de ce plan doivent :

- être assurées en nombre et en expertise pour une durée suffisamment longue pour pouvoir mesurer les effets ;
- avoir accès à l'information requise, en particulier aux banques de données administratives et ce de façon à ce qu'elles puissent être jumelées.