

Le monitoring interprétatif de la première ligne :

un exemple d'utilisation de bases de données
populationnelles pour influencer
l'action et les politiques

Présenté par Pierre Tousignant

Équipe santé des populations et services de santé

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec
Montreal
Santé publique

Institut national
de santé publique

Québec
Services de santé et sociaux

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

Résumé exécutif

www.greas.ca

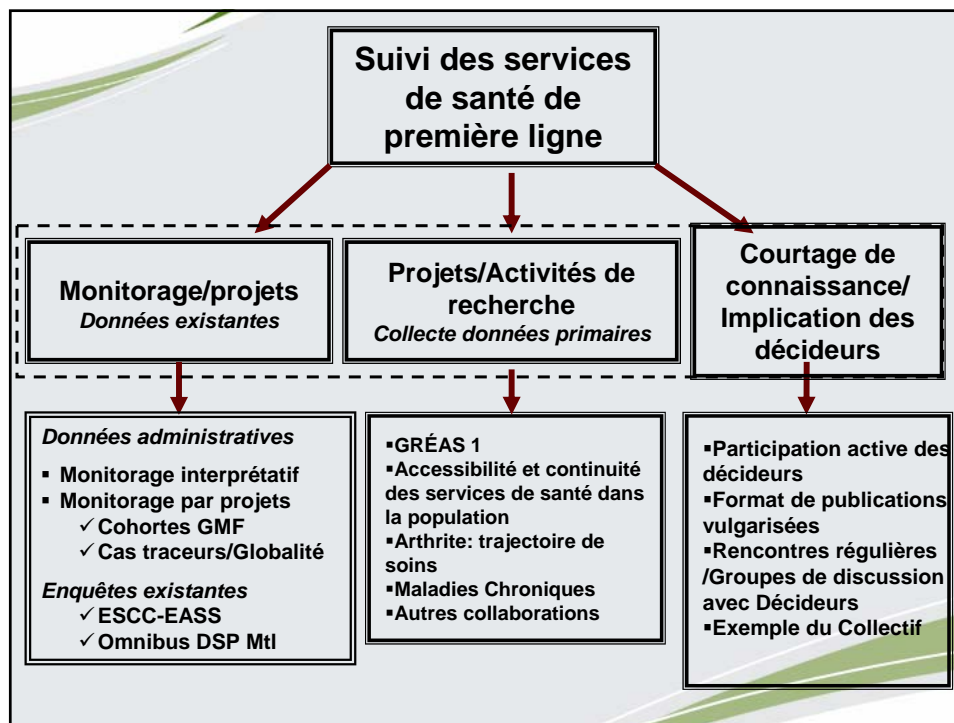
AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES
DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL - DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE
INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Québec

Cette présentation a été effectuée le 24 octobre 2006, au cours du Symposium "La recherche et la formation comme fondements des actions efficaces en santé publique - Les expériences nationales et internationales" dans le cadre des Journées annuelles de santé publique (JASP) 2006. L'ensemble des présentations est disponible sur le site Web des JASP, à l'adresse <http://www.inspq.qc.ca/jasp>.

Membres de l'équipe de monitoring interprétatif

- Tousignant Pierre
- Lemoine Odette
- Leroux Cristine
- Roy Yves
- Simard Brigitte
- Lesage Dominique
- Beaulne Ginette

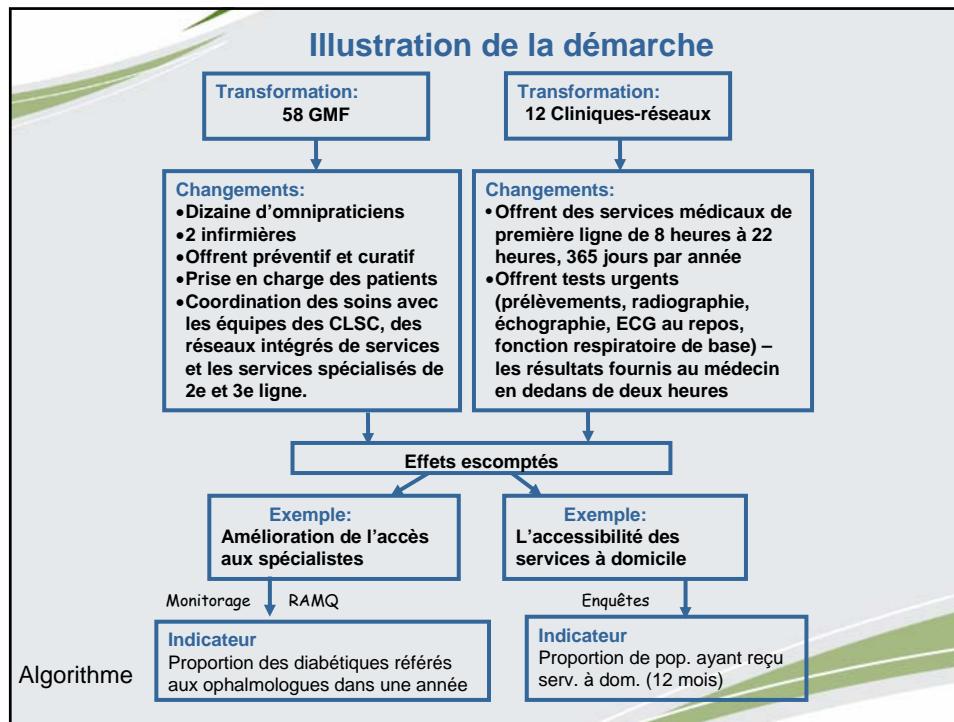


Monitoring interprétatif

- Analyse logique des transformations avec experts et informateurs-clés
- Lien entre transformations et indicateurs
- Durée limitée
- Processus systématique de triangulation nourrissant l'interprétation (retour aux experts, vérifications des explications alternatives, interprétations dans contexte)

Principales transformations

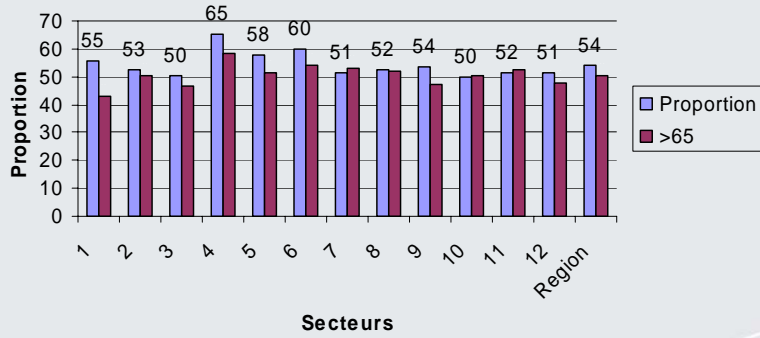
- Groupes de médecine de famille
- Centres médicaux associés (CMA)
- Réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
- Système de garde infirmière et médicale
- Réseaux intégrés de services (ex. MPOC, santé mentale)
- Systèmes d'information
- Accès aux spécialistes
- Intégration des pratiques préventives efficaces
- Ajustement de la rémunération des médecins omnipraticiens
- Activités médicales particulières



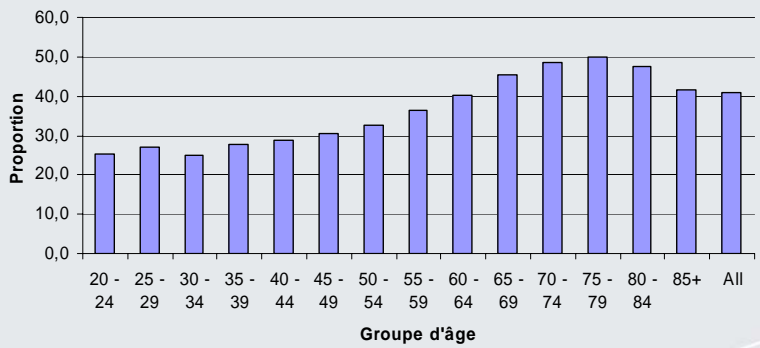
Une histoire de collaboration

- L'identification d'indicateurs sensibles exige la contribution des **décideurs** (gestionnaires et cliniciens)
- L'interprétation judicieuse des résultats exige la contribution des **décideurs** (gestionnaires et cliniciens)
- L'ampleur de la tâche exige une collaboration importante avec des **chercheurs** des milieux universitaires

Proportion des patients diabétiques visitant un ophtalmologue au cours d'une période de deux ans



Proportion des patients diabétiques visitant un ophtalmologue, par groupe d'âge



Information nécessaire pour la production de l'indicateur

- Identification des diabétiques (Méthode proposée par Blanchard et al.)
- Identification des visites pour dépistage de rétinopathie (indicateur: visites aux ophtalmologues)
- Taux cible de visites de dépistage pour rétinopathie selon les règles cliniques: environ 70% des diabétiques devrait avoir un dépistage annuel de rétinopathie

Menaces pour la validité

- Il y a sous-estimation possible du nombre de diabétiques pendant les premières années de suivi
- Il y a sur-estimation possible du nombre de dépistages en présumant qu'une visite à l'ophtalmologue = un test de dépistage
- Il y a sous-estimation possible du nombre de dépistages car les optométristes peuvent en faire => pas de trace dans les banques de données
 - En 2003-2004: probablement minime
 - Devrait augmenter avec les années

Information contextuelle aidant l'interprétation

- Le dépistage de la rétinopathie n'est pas fait par les omnipraticiens et les endocrinologues
- Les optométristes feront probablement plus de dépistage même sans référence d'un médecin et même sans être rémunéré spécifiquement par la RAMQ pour le faire (impossible à mesurer sans enquête)
- Quand le dépistage est fait (par ophtalmologue ou optométriste), un rapport est envoyé au médecin traitant seulement s'il y a une demande de consultation (première visite)
- Un suivi annuel est laissé à la discrétion du spécialiste qui a fait le premier dépistage et il n'est pas clair qu'il y ait relance (le retour annuel peut être laissé à la discrétion du patient); s'il y a une visite additionnelle, il n'y a pas de rapport acheminé au médecin traitant

Interprétation des résultats

- Le taux de dépistage est invariablement moindre que le taux recommandé
- La précision de l'indicateur diminuera probablement au cours des ans si un tarif spécifique n'est pas accordé aux optométristes par la RAMQ (ce qui implique des traces dans les banques de données)
- Même quand un patient diabétique est dépisté régulièrement, son médecin de famille peut très bien ne pas le savoir et, selon toute probabilité, n'en connaîtra pas le résultat
- Si un patient diabétique n'est pas dépisté régulièrement, il n'y a pas d'assurance que son médecin pourra le savoir et pourra corriger la situation
- Ces deux derniers points illustrent un manque de coordination dans les soins donnés aux patients diabétiques

Conclusion

Le monitoring interprétatif améliore grandement la richesse de l'information tirée des données:

- Analyse logique des transformations et de leurs effets
- Liens logiques *a priori* entre les effets et les transformations
- Vérification des explications possibles
- L'utilisation de l'information contextuelle

L'information enrichie par le monitoring interprétatif peut être fournie aux décideurs en temps opportun

Par leur participation au processus les décideurs s'approprient l'information et par ce fait même, sont plus susceptibles de la traduire en action ou politique