



**Cadre de référence en lien
avec l'amélioration continue
de la qualité dans les groupes
de médecine de famille
universitaires du Québec**



Version 1
Octobre 2017

Document rédigé sous la responsabilité de :

Jean-Luc Tremblay Conseiller cadre à l'amélioration continue pour les GMF-U du Québec au CIUSSS de la Capitale-Nationale

Comité de rédaction

Benoît Lord, médecin résident Médecin résident au GMF-U Charles-Lemoyne
Christian Chabot Usager partenaire
Jean-Luc Tremblay Conseiller cadre à l'amélioration continue pour les GMF-U du Québec au CIUSSS de la Capitale-Nationale
Josée Bourassa Infirmière au GMF-U de Trois-Rivières
Martin Lemieux, M.D. Directeur médical du GMF-U de Chicoutimi

Comité de révision

Alain Vanasse, M.D. Chercheur et directeur de la composante de l'accès aux données de l'Unité de soutien SRAP Québec
Annie Leblanc, M.D. Chercheure et coresponsable de la composante de l'application des connaissances à l'Unité de soutien SRAP Québec
Benoît Lord, médecin résident Médecin résident au GMF-U Charles-Lemoyne
Christian Chabot Usager partenaire
François Giroux Directeur adjoint de la performance, du partenariat avec l'utilisateur et de l'éthique au CIUSSS de la Capitale-Nationale
Guy Béland, M.D. Directeur du département de médecine familiale et d'urgence de l'Université Laval
Geneviève Landry Directrice à la Direction de l'organisation des services de première ligne intégrés du ministère de la Santé et des Services sociaux
Isabelle Malo Présidente-directrice générale au CISSS du Bas-Saint-Laurent
Jean-Luc Tremblay Conseiller cadre à l'amélioration continue pour les GMF-U du Québec au CIUSSS de la Capitale-Nationale
Jean-Yves Boutet, M.D. Chef de département régional de médecine générale de l'Abitibi-Témiscamingue
Josée Bourassa Infirmière au GMF-U de Trois-Rivières
Martin Lemieux, M.D. Directeur médical du GMF-U de Chicoutimi
Nebobsa Kovacina, M.D. Directeur en amélioration de la qualité du département de médecine de famille de l'Université McGill

Table des matières

Liste des abréviations.....	5
Sommaire	7
Introduction	9
1. Mise en contexte.....	11
2. Assises théoriques et conceptuelles	13
2.1 Définition et évaluation de la qualité	13
2.2 Différentes dimensions de la qualité	14
2.3 Concept d'amélioration continue de la qualité.....	15
2.4 Culture d'amélioration continue de la qualité	15
2.5 Concept de partenariat avec l'utilisateur dans les activités d'amélioration continue de la qualité.	16
2.6 Complémentarité et distinction des approches de la recherche et de l'amélioration continue de la qualité.....	17
2.7 Amélioration continue de la qualité et enseignement	18
3. Rôles et responsabilités des différents acteurs en matière d'amélioration continue de la qualité dans les GMF-U	20
3.1 Acteurs ayant une portée locale sur les travaux d'amélioration continue de la qualité d'un GMF-U	20
3.1.1 Agents d'amélioration continue de la qualité	20
3.1.2 Personnel d'encadrement du GMF-U.....	21
3.1.3 Comité local d'amélioration continue de la qualité du GMF-U.....	21
3.1.4 Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique du CISSS ou du CIUSSS.....	23
3.2 Acteurs ayant une portée provinciale sur les travaux d'amélioration continue de la qualité dans les GMF-U	24
3.2.1 Conseiller cadre à l'amélioration continue de la qualité	24
3.2.2 Comité aviseur du conseiller cadre à l'amélioration continue de la qualité	25
3.3 Organigramme	26
4. Programme local d'amélioration continue de la qualité	26
5. Cartographie du processus d'amélioration continue de la qualité en GMF-U	29

6. Modèles de référence en amélioration continue de la qualité	30
6.1 Approche <i>Lean</i>	30
6.2 Modèle pour l'amélioration.....	33
Conclusion	37
Références	39
Annexe 1 – Distinctions entre les approches de recherche et d'amélioration continue de la qualité ...	45
Annexe 2 - Expression des différentes autorités (hiérarchique et fonctionnelle) qui encadrent les agents d'amélioration continue de la qualité en GMF-U.....	47
Annexe 3 – Matrice effort impact.....	49

Liste des abréviations

AACQ :	Agent d'amélioration continue de la qualité
ACQ :	Amélioration continue de la qualité
CanMEDS-MF :	CanMEDS – Médecine familiale
CCACQ :	Conseiller cadre à l'amélioration continue de la qualité
CISSS :	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS :	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CMF :	Centre de médecine de famille
CMFC :	Collège des médecins de famille du Canada
DMAIC :	Définir, mesurer, analyser, innover/implanter et contrôler
DMÉ :	Dossier médical électronique
DQEPE :	Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique
GMF-U :	Groupe de médecine de famille universitaire
INESSS :	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IRSC :	Instituts de recherche en santé du Canada
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PLACQ :	Programme local d'amélioration continue de la qualité
PDCA :	<i>Plan Do Check Act</i>
RRAPPL :	Réseau de recherche axé sur les pratiques de première ligne
SMART :	Spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et avec un temps défini
SRAP :	Stratégie de recherche axée sur le patient

Sommaire

Le cadre de gestion des groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), qui a pris effet le 1^{er} avril 2017, prévoit l'intégration de nouveaux professionnels dans ces milieux, soit des agents d'amélioration continue de la qualité (AACQ). De par leurs activités, ces agents pourront consolider l'adéquation des pratiques de ces milieux avec le modèle probant pour l'organisation des soins et services de première ligne préconisé par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC, 2011).

L'amélioration continue de la qualité (ACQ) est l'effort continu et combiné de toutes les parties prenantes d'une organisation à faire des changements qui mèneront à de meilleurs résultats de santé pour les usagers, de meilleurs soins et services et un meilleur développement continu des compétences professionnelles. L'approche d'ACQ se caractérise par le développement d'une culture qui amène tous les acteurs impliqués à faire preuve d'une approche systémique et réflexive pour repérer des opportunités d'amélioration. Ces opportunités peuvent concerner une ou plusieurs dimensions de la qualité des soins et services, soit l'efficacité, l'efficience, l'accès, la sécurité, l'équité, la continuité, la réactivité et la viabilité. Les AACQ agiront à titre de facilitateurs de la pratique dans les différents domaines d'activité du GMF-U en considérant les priorités identifiées par le milieu.

Les projets d'ACQ, qui seront coordonnés par les AACQ dans les GMF-U, pourront avoir des impacts et des avantages concrets pour les différents acteurs concernés par les soins primaires :

- Les **usagers** pourront bénéficier de soins et services qui sont continuellement améliorés afin d'être en phase avec les meilleures pratiques reconnues. De plus, par la richesse de leurs savoirs expérientiels, ils pourront contribuer aux différents projets d'ACQ;
- L'expérience et les connaissances des **cliniciens** seront valorisées dans l'ensemble des pratiques d'ACQ. Les projets d'ACQ permettront d'optimiser le recours à leurs compétences professionnelles et consolideront le travail d'équipe dans un esprit de collaboration interprofessionnelle. Ils bénéficieront également de facilitateurs de pratique pour les soutenir en ce qui a trait à la dimension humaine du changement et la pérennité des solutions mises en place;
- Le **personnel d'encadrement**, composé des directeurs médicaux des GMF-U et des cadres intermédiaires, pourra faire preuve de leadership dans l'identification et la priorisation des opportunités d'ACQ et bénéficiera d'une plus grande capacité à réaliser des projets d'ACQ. Le soutien des AACQ les aidera également à consolider la culture d'ACQ au sein de leurs équipes;
- Les **apprenants** bénéficieront de milieux cliniques d'enseignement facilitant le développement de certaines compétences des rôles d'expert et de leader associés à leur champ professionnel;

- Les **chercheurs** pourront bénéficier d'un soutien pour certaines activités de leurs projets de recherche lorsque l'essai est jugé comme étant fortement axé sur l'utilisateur et que le sujet du projet de recherche est directement lié à une des priorités d'ACQ d'un GMF-U;
- Les **centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS)** et les **centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS)** ainsi que leurs différentes directions pourront notamment compter sur les AACQ pour les soutenir dans la consolidation de leur culture d'ACQ.

Cette approche prévoit également l'utilisation d'outils basés sur les sciences de l'amélioration. Ces outils permettent de bien planifier et de réaliser des projets visant à optimiser des résultats en améliorant les processus et les flux de travail. Pour permettre d'avoir un impact sur la qualité des soins et services, les AACQ doivent avoir les compétences requises pour utiliser ces outils. Il s'avère également essentiel que les acteurs concernés par les changements adhèrent à ceux-ci et participent à la réalisation des projets.

De grandes améliorations de la qualité peuvent être constatées par l'introduction de petits changements fondamentaux. Les défis sont toutefois de repérer les opportunités d'amélioration, d'identifier et mesurer les indicateurs pertinents, d'expérimenter des solutions, de les implanter graduellement avec succès, de pérenniser les changements et d'assurer la diffusion des améliorations constatées. Différentes méthodes sont proposées dans la littérature pour soutenir la réalisation de ces activités.

Afin de permettre une intégration des différents projets d'amélioration continue de la qualité en vue d'optimiser l'impact des soins et services sur les usagers, un GMF-U a avantage à travailler en partenariat avec les différentes directions du CISSS ou du CIUSSS de son territoire, notamment la direction clinique d'appartenance des professionnels déployés dans le milieu. Les AACQ sont également invités à solliciter le soutien des directions de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique de leurs établissements.

De par l'intégration des AACQ et leurs partenariats avec les milieux universitaires et de la recherche, les GMF-U ont le potentiel d'être des milieux phares en soins primaires dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux pour l'organisation des services de première ligne, la formation clinique des apprenants ainsi que la recherche axée sur les besoins des usagers.

Introduction

Le présent cadre se veut la pierre d'assise à partir de laquelle la culture et les pratiques d'ACQ pourront être consolidées dans les GMF-U. Il vise à jeter les bases conceptuelles nécessaires pour permettre une compréhension commune de ce qu'est l'ACQ et donner des indications précises quant aux rôles et responsabilités attendus des acteurs impliqués dans ce type d'activité.

La mise en contexte de ce cadre de référence sera dans un premier temps décrite. Des assises théoriques et conceptuelles seront ensuite présentées, avant de clarifier les rôles et responsabilités des acteurs locaux et provinciaux dans les activités d'ACQ des GMF-U. La notion de programme local d'amélioration continue de la qualité (PLACQ) ainsi que la cartographie du processus d'ACQ en GMF-U seront proposées à titre indicatif, puis des modèles de référence en ACQ fréquemment utilisés dans le milieu des soins primaires seront sommairement décrits. Enfin, un modèle logique sera présenté permettant de dégager une vue d'ensemble des différentes composantes traitées à l'intérieur de ce document.

Pour faciliter la lecture, il est implicite que lorsqu'on se réfère à l'usager, nous considérons la famille, les proches ou le représentant légal, le cas échéant.

Ce cadre de référence est une première version, entérinée le 28 septembre 2017 par le comité aviseur du conseiller cadre à l'amélioration continue de la qualité (CCACQ) pour les GMF-U du Québec. Une évaluation de ce cadre par les différentes parties prenantes sera à prévoir pour s'assurer que celui-ci soit en adéquation avec les attentes et besoins.

1. Mise en contexte

Le cadre de gestion des groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U) a pris effet le 1^{er} avril 2017, venant déterminer les balises d'une organisation de services de première ligne modèle et probante, propice à soutenir adéquatement et équitablement les GMF-U.

Ce cadre de gestion définit ainsi les missions d'un GMF-U :

1. De façon exemplaire et innovatrice, prodiguer, en collaboration interprofessionnelle, des soins de santé et des services de première ligne intégrés dans un souci de contribuer à la mission de responsabilité populationnelle de l'établissement.
2. Enseigner à prodiguer des soins de santé et des services de première ligne intégrés.
3. Participer à l'application des connaissances, notamment par la recherche et l'érudition.

Ces trois missions ne se subordonnent pas les unes aux autres et sont interdépendantes.

Ce cadre de gestion vient également positionner les GMF-U comme de puissants leviers de maturation des lieux de dispensation de soins et de services de première ligne en cohérence avec le modèle du Centre de médecine de famille, vision prônée par le CMFC. Dix piliers définissent les assises de ce modèle lesquels sont les suivants :

- Le patient centrisme;
- Le médecin de famille, premier prestataire responsable de ses patients;
- La collaboration interprofessionnelle;
- L'accès opportun et coordonné;
- Une gamme complète de services;
- La continuité des services et de l'information;
- L'informatisation;
- L'enseignement et la recherche;
- L'évaluation et l'amélioration continue de la qualité;
- La gouvernance.

Les soins primaires constituent un fondement important d'un système de santé (Starfield et coll., 2005). Pour Breton et coll. (2011), il s'agit de la principale porte d'entrée du système, ce qui fait en sorte que ces milieux occupent une position de coordination stratégique qui a un effet d'entraînement sur toutes ses autres composantes. Ces auteurs ajoutent que les groupes de médecine de famille « pourraient s'avérer un milieu propice pour l'instauration d'outils d'amélioration continue de la qualité ».

Selon le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS, 2016) :

La surveillance continue de l'efficacité des services, des résultats pour la santé des [usagers] ainsi que de la satisfaction des [usagers] et de l'équipe de base des GMF-U permettent à la fois de déterminer des défis existants, d'améliorer les résultats et de mener encore plus loin les forces de chacun. L'approche réflexive doit également être privilégiée, tant sur le plan clinique ou individuel que sur celui de la responsabilité populationnelle.

De par leur collaboration et leur proximité avec les milieux universitaires et de la recherche, le MSSS reconnaît le potentiel de faire des GMF-U des milieux phares sur l'amélioration continue de la qualité (ACQ) dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux.

C'est dans cette perspective que le cadre de gestion des GMF-U prévoit l'intégration de nouveaux professionnels dans ces milieux pour soutenir l'ACQ des soins et services cliniques, soit les AACQ. Ces agents pourront notamment stimuler les réflexions, soutenir le changement et s'impliquer dans l'amélioration des différentes dimensions de la qualité afin que les soins et services soient accessibles, efficaces, sécuritaires, efficaces, équitables ainsi que centrés sur les besoins des usagers et leurs proches.

À l'échelle de la province, un CCACQ est nommé. Soutenu par différents critères objectifs, le CIUSSS de la Capitale-Nationale a été retenu à titre d'établissement de rattachement du CCACQ, et ce, sous l'autorité de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE) de cet établissement. Le CCACQ est appelé à coordonner l'action des AACQ dans l'ensemble des GMF-U situés sur le territoire du Québec et à exercer une autorité fonctionnelle sur ces agents. En collaboration avec les CISSS et CIUSSS du Québec, il est responsable de la mise en place d'une culture d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité au sein des GMF-U, de même que de soutenir la réflexion stratégique, l'action et la prise de décision ayant des impacts concrets dans les milieux. Un comité aviseur est mis en place, notamment afin de déterminer les priorités du CCACQ et participer à la consolidation d'une culture d'ACQ dans le réseau des GMF-U. Il est composé de représentants du réseau, de cliniciens, de chercheurs et d'usagers partenaires.

2. Assises théoriques et conceptuelles

2.1 Définition et évaluation de la qualité

La qualité est un concept vaste considéré comme étant multiforme et multidimensionnel (Pomey et Safianik, 2007). Pour Brunelle (1993), la qualité est contingente de son environnement et « sa mesure doit tenir compte de son caractère contextuel ». Donabedian (1982), qui a particulièrement fait évoluer la recherche sur le concept de qualité des soins, ajoute que :

[La qualité] est avant tout un jugement de valeur sur une unité spécifique de soins qui a des répercussions sur l'état de santé au niveau individuel et collectif. [...] Le jugement de la qualité de cette unité doit prendre en compte les bénéfices et les risques escomptés ainsi que les coûts directs et indirects engendrés.

Dans son rapport *Crossing the Quality Chasm*, l'*Institute of medicine* (2001) définit la qualité des soins comme le « degré auquel les services de santé pour les individus et les populations augmentent la probabilité d'atteindre des résultats de santé désirés et correspondent aux connaissances professionnelles actuelles » (traduit librement par l'INESSS, 2012).

Pour Pomey et Safianik (2007), la qualité se décline en quatre types qui intègrent différents mécanismes et structures : la qualité voulue, la qualité attendue, la qualité rendue et la qualité perçue. Le tableau suivant présente quelques exemples de mécanismes et structures en GMF-U pour chacun de ces types de qualité.

Définition de la qualité des soins et services	Qualité voulue	Qualité attendue
	Normes administratives Normes cliniques Normes professionnelles Normes d'agrément Guide de pratique Données probantes Politiques et procédures Cadre de gestion Code d'éthique	Attentes des usagers Attentes des médecins Attentes de l'équipe interprofessionnelle Attentes des principaux acteurs du réseau territorial ou local de services de santé et de services sociaux
Évaluation de la qualité des soins et services	Qualité rendue	Qualité perçue
	Rapports des organismes d'agrément Inspections professionnelles Évaluations de l'acte médical Tableaux de bord Audits Étalonnage Examen des déclarations d'événements indésirables	Examen des plaintes Voix des usagers Voix des employés Voix des partenaires Sondage de satisfaction Groupes de discussion

Les acteurs des GMF-U auront ainsi avantage à intégrer différents mécanismes et structures pour définir et évaluer la qualité de leurs soins et services pour identifier des opportunités d'ACQ.

2.2 Différentes dimensions de la qualité

La qualité dans le réseau de la santé et des services sociaux est multidimensionnelle. Selon le cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion (MSSS, 2012) :

La [Loi sur les services de santé et les services sociaux] permet d'identifier les principales caractéristiques que les services de santé et les services sociaux doivent présenter : efficacité, efficience, accessibilité, continuité, sécurité, réactivité, équité et viabilité. En voici une définition, qui se veut conforme à ce qui se trouve dans les cadres conceptuels des principaux organismes nationaux et internationaux intéressés par l'évaluation de la performance des systèmes de santé :

- L'**efficacité** désigne la capacité d'améliorer la santé et le bien-être;
- L'**efficience** désigne la capacité d'utiliser les ressources disponibles (humaines, matérielles, financières, technologiques et informationnelles) de façon optimale;
- L'**accessibilité** désigne la capacité de fournir les soins et les services requis, à l'endroit et au moment opportun;
- La **continuité** désigne la capacité de fournir les soins et les services requis, de façon intégrée et coordonnée [...];
- La **sécurité** désigne la capacité de minimiser les risques associés aux interventions et aux milieux de soins et de services eux-mêmes pour les usagers, le personnel et la population;
- La **réactivité** désigne la capacité de s'adapter aux attentes, aux valeurs et aux droits des usagers;
- L'**équité** d'accès désigne la capacité de fournir les soins et les services en fonction des besoins et sans égard aux caractéristiques personnelles non reliées aux besoins, comme le revenu, l'éducation, le lieu de résidence, etc.;
- La **viabilité** désigne la capacité, considérée sous l'angle des ressources humaines, matérielles, financières, technologiques et informationnelles, de répondre aux besoins présents et futurs de la population.

Toutes ces caractéristiques ne sont pas nécessairement indépendantes. En effet, des lacunes quant à l'accessibilité, la continuité et la sécurité des services de santé et [des services] sociaux ne peuvent que se répercuter négativement sur leur efficacité. De même, des pertes d'efficience peuvent nuire à la viabilité du système. À l'inverse, un système qui n'est pas viable éprouve vraisemblablement des problèmes d'efficience.

L'ensemble de ces caractéristiques sont des dimensions de la qualité sur lesquelles peuvent porter des travaux d'ACQ en GMF-U.

Des travaux d'amélioration sur une de ces dimensions permettront ultimement aux GMF-U de consolider leurs impacts sur les trois finalités des systèmes de santé (Roy et coll., 2010), soit :

1. L'amélioration de l'expérience des soins et services;
2. L'optimisation de l'utilisation des ressources;
3. L'amélioration de la santé de toute la population;

Une quatrième finalité des systèmes de santé et services sociaux émerge également selon Reid (2017) :

4. La satisfaction et la mobilisation des prestataires de soins et de services.

2.3 Concept d'amélioration continue de la qualité

Batalden et Davidoff (2007) définissent l'ACQ par l'effort continu et combiné de toutes les parties prenantes d'une organisation (professionnels, usagers, chercheurs, agents payeurs, gestionnaires, administrateurs et enseignants) à faire des changements qui mèneront à de meilleurs résultats de santé pour les usagers, de meilleurs soins et un meilleur développement continu des compétences professionnelles.

2.4 Culture d'amélioration continue de la qualité

Au-delà de l'utilisation d'outils d'ACQ par quelques acteurs, un effort important doit être mis sur le développement d'une culture d'ACQ par l'ensemble des parties prenantes en GMF-U. La notion de culture organisationnelle réfère à « l'ensemble des postulats, des valeurs et des croyances partagées qui régissent la manière de réfléchir et de se comporter dans une organisation » (McShane et coll., 2013). Toussaint et Ehrlich (2017, traduit librement) identifient à cet effet cinq comportements que les leaders d'un milieu devraient adopter pour développer une culture d'amélioration continue :

- Admettre que des changements sont requis et avoir la volonté de réaliser ceux-ci;
- Avoir l'humilité de reconnaître que les différents membres de l'équipe et les usagers ont des connaissances, compétences et expériences qui peuvent alimenter les travaux des leaders;
- Faire preuve de curiosité en expérimentant des changements;
- Demeurer persévérant malgré des difficultés pouvant être rencontrées;
- Avoir une discipline personnelle et une rigueur dans les pratiques d'ACQ.

2.5 Concept de partenariat avec l'utilisateur dans les activités d'amélioration continue de la qualité

Selon le Réseau universitaire intégré de santé de l'Université de Montréal (2014) qui a développé un guide d'implantation et du partenariat de soins et de services, la représentation de la perspective des usagers mérite d'être intégrée aux pratiques d'amélioration continue de la qualité. Ces auteurs ajoutent que les usagers partenaires « désignés pour ces comités auront été sélectionnés et formés à agir avec un esprit de coconstruction avec les gestionnaires et les cliniciens de ces comités ».

Les pratiques d'ACQ sont une opportunité pour les GMF-U de consolider ce partenariat. La perspective de l'utilisateur est tout aussi pertinente dans la définition de la qualité, l'évaluation de celle-ci et la recherche de solutions dans une perspective d'ACQ. Selon l'Équipe d'action engagement patient (2017) de l'Institut canadien pour la sécurité des patients :

La recherche en matière d'engagement des [usagers] accuse encore du retard en pratique, y compris les approches les plus novatrices. Même sans données probantes de recherche, un nombre croissant de Canadiens s'attendent à ce que la prise de décisions relatives aux soins de santé reflète les priorités des [usagers] et soit basée sur un partenariat de collaboration à tous les niveaux. Il est tout à fait logique de s'associer aux [usagers] pour mieux comprendre leur expérience et leurs besoins. Cette meilleure compréhension avise les personnes qui conçoivent et fournissent les soins de concentrer leurs efforts sur l'amélioration du bien-être et de la qualité de vie des [usagers].

Pour Pomey et coll. (2015), l'implication de l'utilisateur peut se faire selon un continuum de participation autant dans la prestation que l'organisation des soins et services. Le tableau suivant propose une adaptation de ce continuum avec quelques exemples de stratégies afin de faciliter l'intégration d'utilisateurs partenaires dans les pratiques d'ACQ en GMF-U :

Continuum de participation	Exemples de stratégies pour consolider le partenariat avec les usagers
Information	Informar les usagers sur les changements en cours; Rendre disponible une synthèse du programme local d'ACQ du GMF-U pour consultation par les usagers.
Consultation	Solliciter des usagers pour connaître leur satisfaction sur des soins et services reçus; Demeurer attentif aux suggestions d'ACQ soulevées par les usagers lors la prestation des soins et services.
Collaboration	Échanger avec des usagers impliqués dans l'expérimentation d'un changement.
Partenariat	Intégrer un ou des usagers au comité local d'ACQ du GMF-U; Intégrer un ou des usagers à des ateliers d'ACQ.

Plusieurs établissements sont engagés dans des démarches de partenariat avec les usagers et ont développé des approches et des moyens afin de faciliter l'intégration d'usagers partenaires au sein des travaux d'ACQ. Les milieux intéressés à intégrer des usagers partenaires dans leurs travaux d'ACQ sont invités à communiquer avec la direction responsable de ce dossier au sein de leur établissement. Un soutien peut également être donné par des ressources prévues à cet effet à l'intérieur de certains départements universitaires de médecine familiale.

2.6 Complémentarité et distinction des approches de la recherche et de l'amélioration continue de la qualité

Le cadre de gestion des GMF-U (MSSS, 2016) rappelle le rôle de prédilection des GMF-U comme point d'ancrage de la recherche en première ligne. Il est ainsi attendu des GMF-U qu'ils « s'impliquent dans des projets préalablement approuvés par un comité d'éthique de la recherche du réseau de la santé et des services sociaux, qu'ils établissent un arrimage entre les activités de recherche et les activités cliniques, de même qu'avec les partenaires en recherche, dont les Instituts universitaires de première ligne, et qu'ils participent à la Stratégie de recherche axée sur le patient (SRAP) », notamment en collaboration avec l'Unité soutien SRAP-Québec.

La SRAP du Canada vise à « faire en sorte que le bon usager reçoive les bons soins au bon moment » (Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), 2014). Cette recherche valorise un continuum scientifique dans lequel les chercheurs mobilisent les usagers, les cliniciens et les décideurs à titre de partenaires, se concentre sur les priorités établies par les usagers et améliore les résultats de recherche pour ces derniers : elle vise à appliquer les connaissances qui en sont issues afin d'améliorer les systèmes et pratiques de soins de santé.

À noter que l'on parle d'engagement des usagers en recherche lorsque ceux-ci « collaborent véritablement et activement à la gouvernance, à l'établissement de priorités et au processus de recherche, ainsi qu'au compte rendu, à la diffusion, à la communication et à l'application des connaissances qui en sont issues » (IRSC, site consulté le 10 août 2017). Par ailleurs, l'engagement et la participation des usagers sont reconnus comme une composante essentielle d'un système de soins primaires à haut rendement (Aggarwal et Hutchison, 2012).

Il s'avère essentiel de se rappeler que l'ACQ et la recherche dans le domaine de la santé et des services sociaux sont deux approches qui visent à avoir un impact sur les différentes finalités des systèmes de santé.

Par ailleurs, ces deux approches mettent de l'avant le partenariat avec l'utilisateur au sein de leurs continuums d'activités respectives et présentent également un intérêt pour l'accès aux données.

Toutes deux ont également un souci particulier pour le transfert de connaissances, qui lui nécessite un partenariat entre les acteurs de la recherche et les acteurs de l'ACQ en GMF-U. Le milieu de la recherche produit différentes connaissances qu'il souhaite transférer, tandis que le milieu clinique souhaite que l'ACQ de ses soins et services soit en adéquation avec les données probantes les plus récentes.

La distinction entre les approches de recherche et d'ACQ peut être difficile par moment, car leurs activités respectives impliquent généralement l'identification d'un problème, le développement et la mise en œuvre d'une intervention ou d'un changement pour résoudre ce problème, et enfin l'évaluation de l'impact de cette intervention ou changement sur le problème d'intérêt. Cependant, cette distinction demeure essentielle. Principalement, un projet est considéré de type recherche s'il y a déviation des pratiques cliniques établies, les usagers sont les sujets de recherche et ces sujets sont soumis à des risques ou un fardeau supplémentaire au-delà de la pratique clinique habituelle (afin de rendre les résultats de ce projet généralisables). Ainsi, ces deux approches présentent plusieurs distinctions, notamment en ce qui concerne leurs objectifs, les collectes de données, les méthodes, etc. (Provost et coll., 2014, Solberg et coll., 1997, Fraser Health, 2011). Vous trouverez quelques-unes de ces distinctions dans le tableau à l'annexe 1.

Lorsque l'essai est jugé comme étant fortement axé sur l'utilisateur et que le sujet du projet de recherche est directement lié à une des priorités d'ACQ inscrites au PLACQ du GMF-U, la collaboration de l'AACQ pour certaines activités du projet de recherche peut être envisagée. Le directeur médical du GMF-U et le cadre intermédiaire demeurent toutefois responsables de décider des priorités d'action des AACQ, en cohérence avec leur PLACQ. Les demandes de collaboration de l'AACQ à un projet de recherche devraient être autorisées en cogestion médico-administrative et inscrites au PLACQ.

Il est important de préciser que l'AACQ n'est pas un assistant de recherche ni un facilitateur de la recherche, mais plutôt un facilitateur de la pratique. En aucun temps il ne devrait être sollicité pour certaines tâches spécifiques à la recherche, telles que préparer des demandes de subventions ou d'approbation éthique pour un projet de recherche. Il est toutefois possible que certains de ses travaux, comme le développement de mesures à partir du dossier médical électronique (DMÉ), soient bénéfiques à un projet de recherche.

2.7 Amélioration continue de la qualité et enseignement

Le cadre de gestion des GMF-U (MSSS, 2016) souligne le rôle essentiel des GMF-U dans les activités d'enseignement.

Les résidents en médecine de famille doivent recevoir leur formation dans des lieux représentatifs de leur pratique future. À ce titre, les GMF-U ont la mission d'enseigner aux apprenants à prodiguer des soins de santé et des services de première ligne exemplaires. Il est attendu, tant du corps professoral que des apprenants, que leur approche des soins et services de santé s'inspire de données scientifiques probantes, qu'ils contribuent à des activités d'érudition, notamment la publication d'articles scientifiques et la réalisation d'activités de transfert de connaissances, incluant celles sur les meilleures pratiques de collaboration interprofessionnelle.

Dans son guide portant sur les rôles et responsabilités de l'apprenant et du superviseur, le Collège des médecins du Québec (2016) précise que ces deux acteurs doivent contribuer de façon constructive à l'amélioration des pratiques dans les milieux.

Pour sa part, le CMFC a élaboré en 2009 le cadre de compétences pour les médecins de famille : les rôles CanMEDS-Médecine familiale (CanMEDS-MF). Le CMFC y indique certaines compétences attendues en matière d'ACQ. Il y précise qu'en « tant qu'experts en médecine familiale, les médecins de famille cumulent tous les rôles CanMEDS-MF dans leur travail quotidien ». Le tableau suivant regroupe quelques extraits de cet ouvrage qui adressent plus spécifiquement le concept d'ACQ.

Rôle d'expert en médecine familiale	Rôle de leader
Contribuer à l'amélioration de la qualité des soins dans leur pratique en tenant compte des données probantes disponibles et des pratiques exemplaires.	Participer aux processus systémiques d'évaluation et d'amélioration de la qualité de l'exercice professionnel, tels que les initiatives relatives à la sécurité des usagers. Participer à des activités d'amélioration continue de la qualité au sein de leur propre milieu de pratique, notamment les évaluations de la pratique. Mettre en œuvre des processus afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité dans leur cabinet.

Les activités d'ACQ en GMF-U proposées dans ce cadre de référence sont une bonne occasion pour permettre aux apprenants en médecine familiale de développer ces compétences. Ces activités peuvent également soutenir le développement de compétences en ACQ pour des apprenants dans d'autres disciplines (soins infirmiers, travail social, etc.).

Wong (2015) a rédigé un ouvrage destiné aux éducateurs qui s'intéressent à l'ACQ et qui œuvrent auprès de médecins généralistes et spécialistes de toutes disciplines : Enseigner l'amélioration de la qualité aux résidents en médecine. Le lecteur plus spécifiquement intéressé sur ce sujet pourra se référer à celui-ci.

3. Rôles et responsabilités des différents acteurs en matière d'amélioration continue de la qualité dans les GMF-U

Les rôles et responsabilités des différents acteurs en matière d'ACQ s'inspirent des travaux de Knox et coll. (2011) qui ont développé un guide sur le développement et le fonctionnement d'un programme d'amélioration continue de la qualité pour les soins primaires.

3.1 Acteurs ayant une portée locale sur les travaux d'amélioration continue de la qualité d'un GMF-U

3.1.1 Agents d'amélioration continue de la qualité

Selon le MSSS (2016), l'AACQ assume des fonctions liées principalement à la mise en place d'une culture d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité au sein des GMF-U. À cet égard, il assure la réalisation continue d'activités de promotion, de prévention, d'analyse, de recherche de solutions et de gestion de projet d'ACQ pour le GMF-U. Une dyade composée du directeur médical du GMF-U et du cadre intermédiaire convient des activités qu'il doit réaliser. Afin d'améliorer les pratiques cliniques du GMF-U et les services rendus à la population, l'AACQ peut être amené à effectuer les activités suivantes :

- Soutenir l'ensemble des membres de l'équipe multidisciplinaire du GMF-U dans la gestion des changements;
- Introduire et soutenir l'utilisation de l'accès adapté dans le GMF-U;
- Introduire et soutenir l'utilisation du DMÉ dans le GMF-U;
- Faciliter le recours à des usagers partenaires dans le cadre des pratiques d'ACQ;
- Participer à l'application des orientations de l'établissement d'appartenance du GMF-U en matière d'ACQ et de gestion des risques;
- Soutenir l'élaboration et l'actualisation du PLACQ, en collaboration avec le personnel d'encadrement et le comité local d'ACQ du GMF-U;
- S'assurer du suivi et de la mise à jour des plans d'action élaborés lors d'ateliers quant à l'amélioration de la qualité des pratiques cliniques, professionnelles et administratives et à la gestion des risques;
- Informer, accompagner et mobiliser les gestionnaires et l'équipe du GMF-U dans leurs activités d'amélioration de la prestation des soins et services et de gestion des risques;
- Promouvoir et participer à la mise en place des activités et des stratégies entourant l'amélioration continue et la sécurité des soins et des services et s'assurer des suivis et de la mise en place des mesures correctives;

- Développer des indicateurs de la gestion de la qualité et assurer le suivi ainsi que la pérennité de l'implantation du tableau de bord, notamment grâce à l'utilisation des données extraites des dossiers médicaux électroniques;
- Surveiller l'émergence des meilleures pratiques cliniques et organisationnelles, transmettre aux membres de l'équipe du GMF-U les informations qui leur sont relatives et faciliter leur implantation;
- Faciliter la coordination des volets clinique, pédagogique et recherche du GMF-U;
- Soutenir les chercheurs dans la réalisation de projets de recherche;
- Soutenir l'érudition et le professionnalisme des apprenants en les sensibilisant à l'ACQ.

3.1.2 Personnel d'encadrement du GMF-U

Pour permettre aux pratiques d'ACQ de se développer et de se consolider dans les GMF-U, la gouvernance de ces milieux doit fortement s'inscrire en cogestion médico-administrative. L'identification des opportunités d'ACQ et le suivi des projets qui se réalisent au niveau local doivent respecter ce principe de cogestion. Le directeur médical du GMF-U, ainsi que le cadre intermédiaire qui représente l'établissement, doit participer à la mobilisation de l'équipe et mettre en place les conditions nécessaires à la réalisation des travaux d'ACQ dans leur milieu.

Comme le directeur médical du GMF-U et le cadre intermédiaire sont responsables de déterminer les activités d'ACQ, ils développent, en collaboration avec l'AACQ, leur PLACQ. La dyade composée du directeur médical du GMF-U et du cadre intermédiaire détermine ainsi ce sur quoi porteront les travaux de l'AACQ. Cette dyade dispose ainsi d'une autorité fonctionnelle sur l'AACQ. S'il y a lieu, les directeurs adjoints (clinique ou pédagogique) du directeur médical sont également impliqués dans cette cogestion.

Le cadre de gestion des GMF-U (MSSS, 2016) précise que le cadre intermédiaire demeure en autorité hiérarchique sur l'AACQ.

L'autorité hiérarchique « est un pouvoir délégué au gestionnaire pour lui permettre d'intervenir auprès d'un employé » (Maletto, 2015) tandis que l'autorité fonctionnelle « consiste dans la coordination de l'expertise dont sont investis les professionnels impliqués et vise à assurer le bon fonctionnement des activités quotidiennes [...], tout en misant sur la collaboration interprofessionnelle » (MSSS, 2015).

3.1.3 Comité local d'amélioration continue de la qualité du GMF-U

Selon Knox et Brach (2013), des travaux d'amélioration continue de la qualité impliquent nécessairement un travail de collaboration avec les différentes parties prenantes d'un système. Pour

Lemire et Litvak (2011), une « organisation apprenante et innovante est ouverte aux idées de tous – y compris celles de ses [usagers] – et la provenance des idées importe moins que leur apport potentiel à l'atteinte des objectifs de l'organisation ».

Ainsi, afin de soutenir l'ACQ et le personnel d'encadrement du GMF-U dans l'identification et le suivi des opportunités d'amélioration continue, la consultation des détenteurs d'enjeux locaux est fortement recommandée. Ces différentes parties prenantes des soins et services en GMF-U sont susceptibles d'apporter une expertise ou une expérience permettant d'améliorer les soins et services vers une qualité attendue ou voulue. Les travaux et échanges de ce comité permettent également de s'assurer que les travaux d'ACQ demeurent en cohérence avec les trois missions interdépendantes de ces milieux et intégrés aux autres pratiques d'ACQ dans les CISSS et CIUSSS.

La liste suivante représente une composition possible de ce comité local. Cette proposition est fournie à titre indicatif plutôt que prescriptif et a pour seul but de fournir un modèle de comité parmi d'autres possibilités.

Composition d'un comité local d'amélioration continue de la qualité en GMF-U
Agent d'amélioration continue de la qualité
Directeur médical
Cadre intermédiaire
Deux usagers partenaires
Représentant des médecins
Représentant des professionnels en soins infirmiers
Représentant des autres professionnels en GMF-U (ex. : travailleur social)
Représentant des apprenants (ex. : médecin résident ou stagiaire)
Représentant du personnel de soutien clérical et administratif

Au besoin, des invités ou des experts sur un sujet donné pourraient participer à un comité local d'amélioration continue de la qualité. Ces facilitateurs peuvent provenir des différentes directions-conseils du CISSS ou du CIUSSS telles que la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique, la Direction des soins infirmiers, la Direction des services multidisciplinaires, la Direction des services professionnels, etc. Un représentant du Réseau de recherche axé sur les pratiques de première ligne (RRAPPL) auquel le GMF-U est associé, tel qu'un facilitateur de la recherche ou un clinicien responsable de la recherche pour le milieu¹, peut également aider le comité à identifier de tels experts provenant du milieu de la recherche en soins primaires. Également, en fonction des opportunités d'ACQ retenues pour les GMF-U en établissement, des représentants de directions de soutien du CISSS ou du CIUSSS, tels que les directions des services techniques, de la

¹ Pour les GMF-U qui ne sont pas associés à un RRAPPL, le RRAPPL du secteur ou encore l'Unité de soutien SRAP peut venir en soutien à l'identification d'un représentant de la recherche.

logistique ou des ressources informationnelles, pourraient être invités à certaines rencontres du comité.

La composition du comité peut évoluer dans le temps en fonction des opportunités d'ACQ qui sont retenues pour le GMF-U. L'animation et la coordination des rencontres peuvent faire partie des activités prévues pour l'AACQ.

Certains GMF-U ont déjà des rencontres régulières avec les parties prenantes de leur milieu pour assurer le suivi des activités courantes de gestion. À ce moment, l'ACQ pourrait être un point statutaire à ces rencontres pour répondre aux objectifs prévus par l'animation d'un comité local d'ACQ.

Il est important de distinguer la nature du comité local d'ACQ en GMF-U de celle d'un atelier d'ACQ. Les ateliers d'ACQ regroupent habituellement un petit groupe d'individus, dont les efforts sont concentrés afin de résoudre un problème précis. L'action des membres de l'atelier d'ACQ a donc une visée à court terme et leur composition ne change pas tout au long de l'atelier. Le résultat des travaux d'un atelier d'ACQ est habituellement un plan d'action découlant de l'analyse d'une problématique.

Le comité local d'ACQ a pour sa part une visée à plus long terme en collaborant au développement et à l'actualisation du PLACQ. La composition de ce comité présente une certaine stabilité dans le temps. Ce comité analyse différents indicateurs de qualité en vue de déterminer les bons coups de l'équipe tout comme les opportunités d'amélioration. Les membres sont également invités à donner leur avis sur la priorisation des projets d'ACQ. Ce comité a un rôle clé dans l'adoption d'une culture d'ACQ au sein du GMF-U.

3.1.4 Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique du CISSS ou du CIUSSS

Une collaboration entre les AACQ et les DQEPE de leur établissement respectif est essentielle. Celle-ci permettra d'assurer une cohérence entre les travaux d'ACQ du GMF-U et les projets organisationnels de l'établissement ainsi qu'un partenariat dans la réalisation des projets. À cet égard, le soutien des DQEPE peut se traduire par différentes activités :

- Permettre à l'AACQ de comprendre et d'utiliser la méthodologie et les outils en ACQ préconisés par le CISSS ou le CIUSSS;
- Contribuer au déploiement des salles de pilotage et des stations visuelles;
- Contribuer à la formation continue des AACQ;
- Intégrer les AACQ des GMF-U aux initiatives des établissements au regard du partage des connaissances et au développement des compétences en ACQ;

- Permettre à l'AACQ de s'inscrire dans le développement de la culture d'ACQ de son GMF-U et de son établissement.

3.2 Acteurs ayant une portée provinciale sur les travaux d'amélioration continue de la qualité dans les GMF-U

3.2.1 Conseiller cadre à l'amélioration continue de la qualité

Le CCACQ est appelé à coordonner l'action des AACQ dans l'ensemble des GMF-U situés sur le territoire du Québec. Il exerce également une autorité fonctionnelle sur ces agents.

Son mandat porte sur la réalisation d'activités de coordination et de support-conseil liées à la promotion, la prévention, l'analyse, la révision des processus et la recherche de solutions dans un objectif d'assurer la sécurité des usagers et l'ACQ des soins et services pour l'ensemble des GMF-U du territoire québécois. Son action porte notamment sur l'identification des enjeux prioritaires et l'élaboration d'orientations pour l'ensemble des acteurs en vue d'améliorer les pratiques. De façon plus spécifique, il a entre autres à :

- Coordonner des dossiers majeurs et stratégiques auprès de cadres supérieurs et de gestionnaires afin d'assurer le développement optimal de la culture de l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité au sein des GMF-U;
- Développer et actualiser le cadre de référence en lien avec l'amélioration continue de la qualité pour les GMF-U;
- Agir à titre d'expert en matière d'ACQ;
- Collaborer, en partenariat avec les directeurs médicaux et les cadres intermédiaires, à l'implantation et la pérennisation de la culture d'ACQ au sein des GMF-U;
- Assurer une veille sur l'évolution des meilleures pratiques en amélioration continue de la qualité, particulièrement dans le secteur de la santé et des services sociaux;
- Favoriser la communication et le partage des meilleures pratiques en ACQ avec les AACQ et leurs milieux;
- Développer et actualiser les compétences des AACQ, notamment par la réalisation de rencontres d'accompagnement, l'animation de communautés de pratique, la préparation de formations ou la diffusion d'outils et de guides.

3.2.2 Comité aviseur du conseiller cadre à l'amélioration continue de la qualité

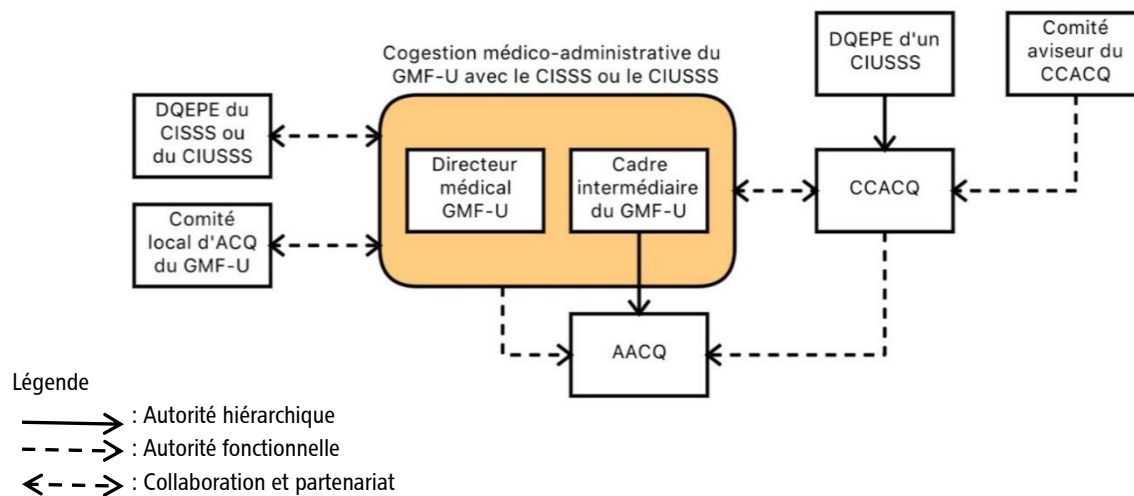
L'animation d'un comité aviseur est un atout incontestable pour le CCACQ en vue de parvenir à consolider le développement d'une culture d'amélioration continue dans les GMF-U, leur permettant d'être des milieux phares de pratique exemplaire et innovatrice de la médecine familiale. Ce comité, composé d'une quinzaine de parties prenantes en GMF-U provenant de différentes régions du Québec, a les mandats suivants :

- Élaborer un langage commun en matière d'amélioration continue de la qualité pour les GMF-U qui est cohérent avec les trois missions interdépendantes de ces milieux (clinique, pédagogique et recherche) et le partenariat avec les usagers;
- Favoriser une compréhension commune des enjeux liés à l'intégration des AACQ et du CCACQ;
- Réfléchir, discuter et prendre position sur des questions stratégiques du CCACQ;
- Proposer des pistes de solution afin d'optimiser les stratégies d'évaluation et d'amélioration continue;
- Donner des conseils, formuler des avis ou faire des recommandations quant aux rôles du CCACQ et des AACQ;
- Repérer des problématiques, poser des questions sur leurs conséquences, réfléchir sur les éléments de solutions, discuter des possibilités et donner des avis sur ce qui semble être la meilleure position pour le CCACQ et les AACQ concernant les sujets décelés;
- Participer à la consolidation d'une culture d'amélioration continue de la qualité dans le réseau des GMF-U;
- Encourager le recours aux usagers partenaires dans les projets d'ACQ;
- Promouvoir le rôle de facilitation de la pratique des AACQ;
- Assurer une vigie sur la cohérence des activités des AACQ et du CCACQ avec les enjeux et les orientations préconisées dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Au besoin, des groupes de travail peuvent être mis en place pour la réalisation de certaines activités pour le comité aviseur du CCACQ.

3.3 Organigramme

L'organigramme suivant permet de voir les différents liens hiérarchiques et fonctionnels des acteurs présentés dans ce cadre de référence.



En complément de cet organigramme, l'annexe 2 présente différents exemples d'expression des autorités hiérarchique et fonctionnelle qui encadrent le travail des AACQ.

4. Programme local d'amélioration continue de la qualité

Les pratiques locales d'ACQ d'un GMF-U devraient s'articuler autour d'un PLACQ.

Selon le CMFC (2011) :

Le Centre de médecine de famille évalue régulièrement l'efficacité de ses services dans le cadre de son adhésion à un programme d'amélioration continue de la qualité (PACQ). Chaque [centre de médecine de famille (CMF)] doit s'engager à suivre un PACQ. Il est important d'assurer la surveillance continue de l'efficacité des services, des résultats pour la santé des patients et de la satisfaction des patients, des professionnels de la santé et des autres prestataires qui composent l'équipe de soins afin de remédier aux lacunes et d'améliorer les résultats. Les indicateurs choisis devraient être propres à chaque cabinet et à chaque milieu communautaire. Le processus d'ACQ pourrait se présenter sous la forme d'un programme d'autoévaluation de l'amélioration de la pratique ou d'un programme d'évaluation effectué par un groupe externe. Bien qu'il soit possible d'utiliser des dossiers papier traditionnels, le suivi des indicateurs cliniques est plus efficace pour évaluer la qualité des soins si on utilise des [dossiers médicaux électroniques] pour normaliser la collecte de données. Le processus d'ACQ de chaque cabinet, qui comprend notamment la définition des indicateurs, le processus d'évaluation, l'analyse et l'examen des résultats et les recommandations découlant du processus, devrait être supervisé par un groupe composé de tous les principaux intervenants du CMF : les médecins de famille, les autres professionnels de la santé membres de l'équipe du CMF et les [usagers].

Le Collège des médecins du Québec, le CMFC et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ont d'ailleurs intégré l'engagement dans un tel PLACQ dans leurs normes d'agrément pour la formation postdoctorale (Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2007) :

Tous les centres participants doivent être activement engagés dans un programme formel d'amélioration de la qualité continue (AQC), incluant l'analyse régulière des décès et des complications. Les activités d'AQC devraient faire partie d'un programme intégré qui permet une interaction entre tous les membres de l'équipe de soins de santé centrés sur le patient. La qualité de la sécurité des patients et des soins aux patients et le recours aux procédures diagnostiques dans les services d'enseignement, qu'elles soient médicales, chirurgicales ou en laboratoire, devraient faire l'objet d'une révision constante.

Pour le *Project Management Institute* (2008), « un programme est défini comme un groupe de projets apparentés dont le management est coordonné afin d'en tirer des avantages et une maîtrise que n'apporterait pas un management individuel ».

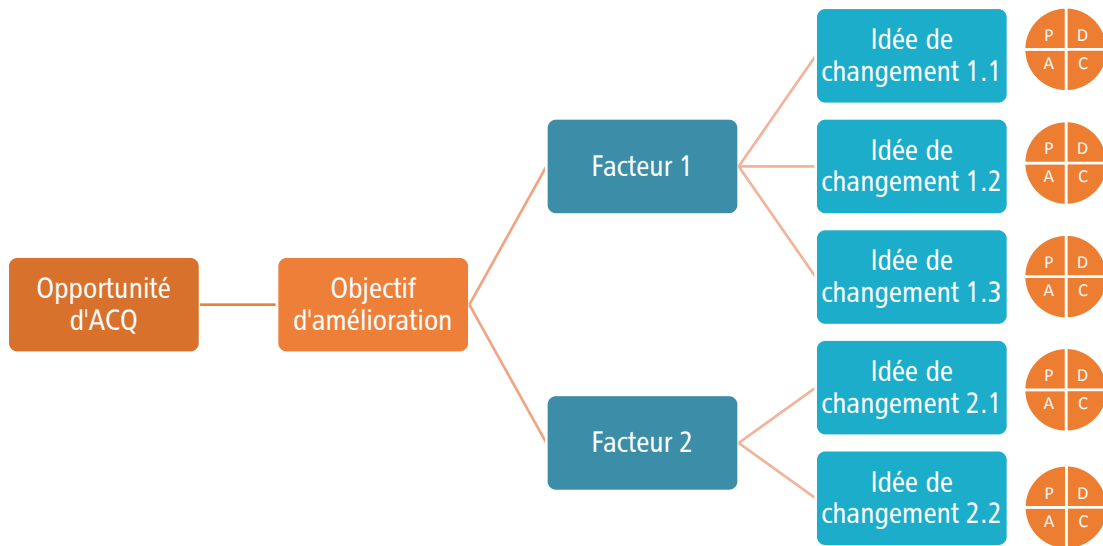
Ce programme devrait inclure ces différents éléments (Knox et Brach, 2013) :

- Énoncé de la vision de la qualité pour le GMF-U;
- Description de la structure du programme;
- Rôle et composition du comité local d'ACQ;
- Calendrier des rencontres du comité local d'ACQ;
- Processus décrivant la conduite des activités d'ACQ;
- Liste des priorités et des objectifs d'ACQ qui sont spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes et avec un temps défini (SMART);
- Planification de l'évaluation des pratiques d'ACQ;
- Planification de l'obtention de la donnée et de sa présentation sous forme de mesures.

L'ACQ est invité à soutenir le personnel d'encadrement dans l'élaboration et la révision de ce PLACQ. Le présent cadre de référence propose différentes bases conceptuelles pouvant guider l'élaboration des PLACQ en GMF-U.

La matrice effort impact à l'annexe 3 peut aider le directeur médical et le cadre intermédiaire à prioriser les projets d'ACQ.

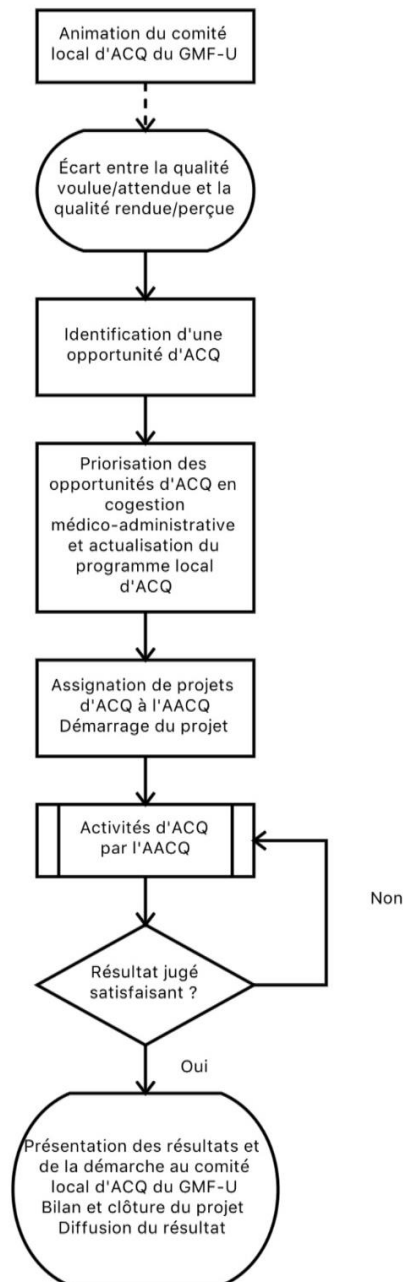
La réalisation d'un diagramme de forces mobilisatrices (Handyside, 2016, Knox et Brach, 2013) facilite la communication du PLACQ et la compréhension commune de celui-ci. Ce diagramme, tel qu'illustré à la page suivante, permet de mettre en lumière les différentes théories émises par le comité local d'ACQ du GMF-U sur les changements qui mèneront à une amélioration. Ces théories sont alors traduites en facteurs permettant d'identifier des idées de changement. Ces changements pourront ensuite être priorisés et testés pour voir s'ils ont bel et bien l'impact souhaité sur le résultat.



Enfin, pour consolider les apprentissages réalisés dans le cadre des activités d'ACQ, les milieux sont invités à conserver tous les documents produits. Ils pourront ainsi s'y référer au besoin et faciliter, s'il y a lieu, le transfert de connaissances vers d'autres milieux.

5. Cartographie du processus d'amélioration continue de la qualité en GMF-U

La cartographie ci-dessous présente un exemple de processus d'amélioration continue de la qualité en GMF-U. Cette proposition est fournie à titre indicatif plutôt que prescriptif. L'équipe d'un GMF-U peut s'inspirer de celui-ci pour développer leur propre processus afin que leurs pratiques demeurent cohérentes et intégrées avec celles du CISSS ou du CIUSSS de son territoire.



6. Modèles de référence en amélioration continue de la qualité

Les AACQ devraient utiliser une approche et des outils qui sont cohérents avec les pratiques d'ACQ qui ont été développées dans leur établissement d'appartenance. À cet effet, ils sont invités à se référer à la DQEPE de leur CISSS ou CIUSSS.

Une fois qu'une opportunité d'ACQ a été ciblée pour une ou plusieurs dimensions de la qualité, la littérature nous propose différentes méthodologies. Deux modèles de référence en ACQ émergent dans la littérature pour l'ACQ dans les soins primaires, soit l'approche *Lean* et le Modèle pour l'amélioration continue de l'*Institute of Healthcare Improvement*.

Après avoir fait une comparaison critique des origines, des principes clés, des méthodologies et des outils proposés par ces deux modèles, Scoville et Little (2014) concluent que ceux-ci sont harmonieux dans leurs conceptions et leurs philosophies. Ils ajoutent que ces modèles sont complémentaires dans la pratique.

6.1 Approche *Lean*

Propulsée par le MSSS, l'approche *Lean* s'est amorcée en 2011 dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux (Houle et coll., 2015). Le déploiement de cette approche atteint aujourd'hui la majorité des établissements. Les informations présentées dans cette section sont adaptées du cursus de formation sur l'approche *Lean* qui a été préparé par la Chaire interdisciplinaire de recherche et d'intervention dans les services de santé (2015) de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

L'approche *Lean* est une conception managériale qui place l'amélioration continue des processus ainsi que le souci constant de motivation et de formation des membres d'une équipe au cœur de sa culture. L'objectif principal du *Lean* est de satisfaire l'utilisateur par la création de valeurs. Le *Lean* a également comme objectifs d'éliminer les gaspillages, de réduire le temps d'attente et d'améliorer la qualité des soins et services.

La valeur du service se retrouve ainsi au cœur de cette approche. Cette valeur dans le domaine des soins primaires réfère aux activités qui sont essentielles en vue d'améliorer l'état de santé des usagers. Les différentes activités d'un processus peuvent ainsi être classées en fonction de leur contribution à la valeur du service. Le tableau suivant dresse la synthèse des trois types d'activité avec des exemples adaptés au milieu GMF-U.

Types d'activité	Exemples en GMF-U
Activité à valeur ajoutée	Évaluation de la condition de l'utilisateur Recommandations pour améliorer l'état de santé Donner les soins et services
Activité à non-valeur ajoutée essentielle au processus	Rédaction des notes au dossier Complétion de formulaires Réapprovisionnement de matériel
Activité à non-valeur ajoutée (gaspillages)	Effectuer la pesée d'un usager alors que la connaissance de son poids n'est pas requise pour évaluer sa condition et répondre à son besoin Délais d'attente Déplacements entre différentes salles

Pour soutenir les milieux dans l'identification d'activités à non-valeur ajoutée, cette approche propose ces huit sources de gaspillage :

Sources de gaspillage	Exemples en GMF-U
Surproduction	Tout travail qui est fait trop à l'avance ou en trop grande quantité par rapport au besoin. On parle donc d'un gaspillage de l'énergie des personnes qui font ces tâches.
Attente et délais	Toute forme d'attente, soit l'attente de formulaire, l'attente pour un rendez-vous, etc., est considérée comme un gaspillage de temps, que ce soit pour l'utilisateur ou pour les personnes travaillant dans le processus.
Déplacements et mouvements non nécessaires	Tout déplacement qui a lieu lors de la recherche d'information ou de la recherche d'outils est considéré comme un gaspillage de temps.
Transferts et transports	Tout déplacement de personnes ou de ressources pour la poursuite de leurs activités. Le temps de transport d'un point à l'autre est considéré comme un déplacement.
Processus et opérations inefficaces	Répétition de tâches qui n'apportent pas de valeur pour la qualité du soin ou du service donné à l'utilisateur, telles que le surdiagnostic et le surtraitement.
Défauts	Toute erreur est considérée comme un gaspillage, que ce soit un gaspillage d'énergie (produire la mauvaise chose) ou gaspillage de temps (pour réparer l'erreur). Toute activité découlant d'erreurs ou d'évitement d'erreurs est considérée comme un gaspillage.
Inventaire	Un trop grand inventaire qui cache des produits périmés ou inutilisés est le symptôme de gaspillage d'espace et un gaspillage des ressources qui ont été utilisées pour créer l'inventaire.
Ne pas bénéficier du potentiel de l'équipe	Ne pas impliquer les personnes, écouter leurs idées et les soutenir dans leurs parcours est un gaspillage du potentiel de création.

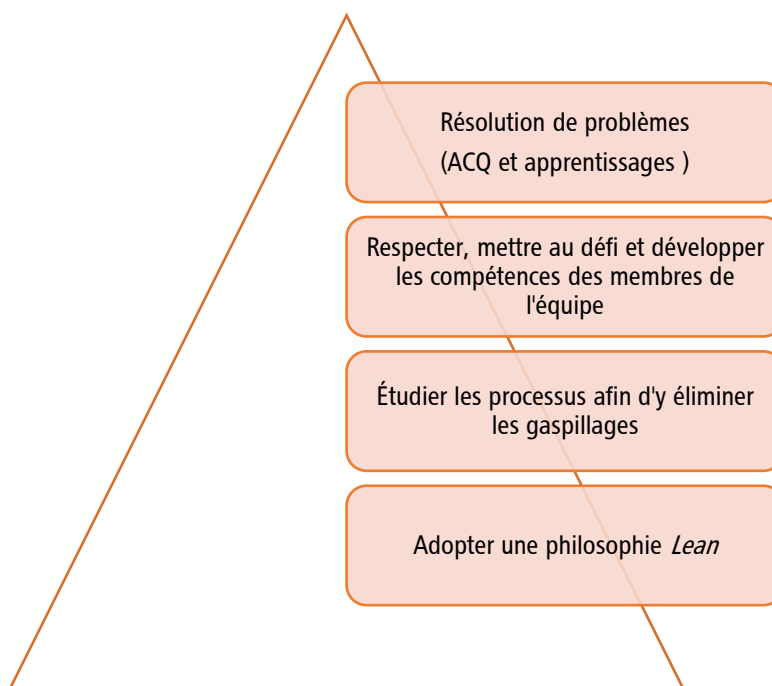
Cette méthodologie reprend les quatorze principes du modèle Toyota. Vous trouvez ceux-ci dans le tableau suivant avec des exemples adaptés au milieu GMF-U.

Principes	Exemples en GMF-U
1. Fonder les décisions sur une philosophie à long terme au détriment des objectifs financiers à court terme	GMF-U projetant d'adopter totalement une culture <i>Lean</i> en partenariat avec le CISSS ou le CIUSSS de son territoire.
2. Organiser les processus en flux unitaire pour identifier les problèmes	Complétion des notes au dossier immédiatement après la consultation plutôt que réaliser celles-ci en lot en fin de journée.
3. Utiliser des systèmes tirés pour éviter la surproduction	Mettre en place un système d'accès adapté permettant aux usagers d'avoir rapidement un rendez-vous lorsque des besoins de soins ou de services se manifestent.
4. Lisser la charge de travail	Profiter des occasions de collaboration interprofessionnelle pour équilibrer les charges de travail.
5. Inculquer une culture de résolution immédiate des problèmes et d'obtention de la qualité au premier coup	Inscrire une donnée à l'endroit prévu d'un formulaire dans le DMÉ.
6. La standardisation des tâches est la base de l'amélioration continue et de la responsabilisation des employés	Application d'une règle de soins infirmiers. Harmonisation des notes de suivi au dossier.
7. Utiliser des contrôles visuels pour qu'aucun problème ne reste caché	Indicateur visuel dans le DMÉ lorsqu'une posologie inscrite sur une prescription dépasse largement celle recommandée dans la littérature.
8. Utiliser uniquement des technologies fiables, longuement éprouvées, qui servent vos collaborateurs et vos processus	Utilisation d'un DMÉ accrédité par le MSSS.
9. Former des responsables qui maîtrisent parfaitement le travail, qui sont imprégnés de la philosophie et l'enseignent aux autres	Formations de l'AACQ à la méthodologie <i>Lean</i> en partenariat avec la DQEPE de l'établissement du territoire.
10. Former des individus et des équipes exceptionnels qui appliquent la philosophie de l'organisation	Promouvoir la formation continue dans les différents corps professionnels retrouvés dans le GMF-U.
11. Respecter le réseau de partenaires en les encourageant et en les aidant à progresser	Collaborer aux travaux d'ACQ des différentes directions de l'établissement (ex. : collaborer avec un agent <i>Lean</i> de la Direction du soutien à l'autonomie des personnes âgées qui assume un projet visant à diminuer le nombre de transitions chez cette clientèle fragile).
12. Aller sur le terrain pour bien comprendre la situation	Le directeur médical, le cadre intermédiaire ainsi que l'AACQ visitent les membres de leurs équipes sur leur milieu de travail et échangent avec eux sur les opportunités d'ACQ.
13. Décider en prenant le temps nécessaire, par consensus, en examinant en détail toutes les options. Appliquez rapidement les décisions	Avoir recours à un atelier <i>Kaizen</i> afin d'analyser une problématique, identifier les meilleures solutions et produire un plan d'action.
14. Devenir une organisation apprenante grâce à la réflexion systématique et à l'ACQ	Discuter des apprentissages réalisés dans le cadre d'un projet au sein du comité local d'ACQ. Participer à des forums d'échange.

Cette approche dispose d'un important coffre à outils pour saisir les opportunités d'ACQ issues des problèmes rencontrés (DMAIIC, A3, Kata, atelier Kaizen, etc.). Pour plus de détails sur ceux-ci, l'ACQ peut se référer à la DQEPE de son établissement.

L'approche *Lean* propose également l'adoption d'un système intégré de gestion de l'ACQ, permettant à une organisation de lier ses projets stratégiques, tactiques et opérationnels. Les principes de cascade et d'escalade de l'information permettent une communication fluide entre les différents membres d'une organisation pour faciliter la réalisation des projets.

Enfin, la figure ci-dessous, adaptée de Liker (2004), permet de présenter les bases du modèle *Lean* :



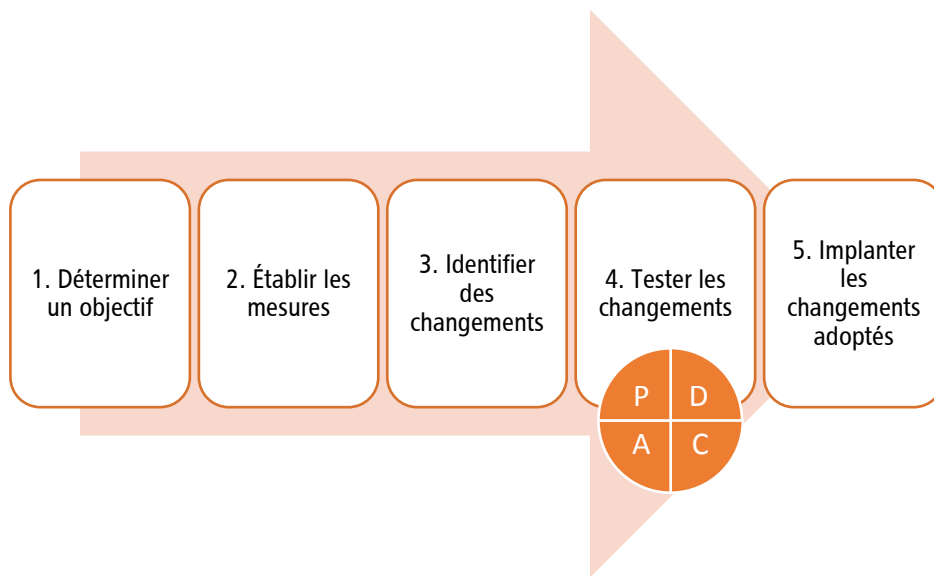
6.2 Modèle pour l'amélioration

Le Modèle pour l'amélioration de l'*Institute of Healthcare Improvement* s'inspire des travaux de Walter A. Stewart et W. Edwards Deming. Les théories développées au 20^e siècle par ces deux ingénieurs ont eu un impact significatif en occident.

Pour Deming (2000), afin d'améliorer continuellement la qualité, il faut porter notre attention sur quatre aspects inséparables d'un système avant d'introduire un changement :

- **Apprécier un système** : un système est un ensemble coordonné d'éléments qui assurent une fonction, qui encourent un but. Apprécier un système, c'est porter notre attention tout autant sur ces éléments que sur les interactions entre eux-ci. C'est également reconnaître que les réussites et les difficultés rencontrées dans les soins et services sont le résultat d'un ensemble de processus, et non la responsabilité d'une seule des composantes du système.
- **Comprendre les variations** : Distinguer les variations intrinsèques du système de celles qui résultent d'un événement particulier, tel que l'implantation d'un changement.
- **Connaissance** : La connaissance est basée sur des théories. Ces théories requièrent d'être développées, appliquées et testées afin de faire évoluer la connaissance.
- **Comportement humain** : Les gens sont tous fondamentalement différents, avec une variété de forces, de croyances et de motivation. Comme ces gens sont une composante essentielle du système dans lequel ils travaillent, ils en influencent directement les résultats.

Le Modèle pour l'amélioration est constitué de cinq grandes étapes :



- 1. Déterminer un objectif** : Celui-ci doit être spécifique, mesurable, atteignable, réaliste et avec un temps défini (objectif SMART).
- 2. Établir les mesures** : Des indicateurs doivent permettre de suivre l'évolution de l'atteinte de l'objectif et l'évolution des processus dans lesquels des changements sont implantés. La mesure doit également permettre de suivre l'impact des changements sur d'autres indicateurs (ex. : impact du changement introduit sur la satisfaction des usagers).
- 3. Identifier des changements** : Faire appel à la créativité et utiliser des outils pour faciliter l'identification des changements.

4. Tester les changements : Intégrer graduellement les changements retenus selon les cycles PDCA, c'est-à-dire :

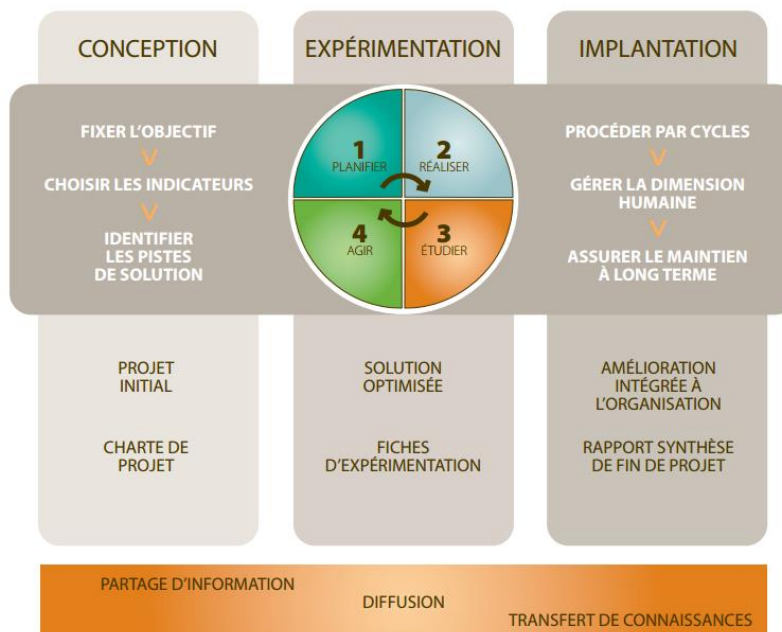
- ✓ Planifier (*Plan*): Planifier le changement, incluant le plan pour recueillir les données;
- ✓ Réaliser (*Do*): Réaliser le test d'abord à petite échelle, puis éventuellement à plus grande envergure dépendamment des apprentissages tirés des cycles PDSA antérieurs;
- ✓ Étudier (*Check*): Analyser les données et étudier les résultats;
- ✓ Agir (*Act*): Tirer des apprentissages sur le changement et choisir s'il y a lieu d'abandonner, d'adapter, de répéter ou d'adopter celui-ci.

Les changements nécessitent d'être testés pour être améliorés à chaque cycle avant d'être implantés.

5. Implanter les changements adoptés : Une fois que les changements qui ont été testés ont démontré les résultats escomptés, standardiser ceux-ci dans le système et les différents processus.

Lemire et Litvak (2011) ont élaboré un guide et des outils de travail qui sont basés sur cette approche. Le lecteur intéressé par celui-ci peut se référer à leurs travaux.

Voici l'adaptation que ces auteurs ont faite du Modèle pour l'amélioration continue :



Tiré de Lemire et Litvak (2011), reproduit avec l'autorisation du CISSS de la Montérégie-Centre

7. Modèle logique de l'amélioration continue de la qualité en GMF-U

Fournisseurs	Intrants	Activités	Résultats (court terme)	Résultats (moyen terme)	Impacts	Clients
Usagers Médecins regroupés en GMF-U CISSS et CIUSSS MSSS Universités Chercheurs	Besoins de santé et de services sociaux Qualité voulue (ex. : norme) Qualité attendue (ex. : focus group) Personnel d'encadrement ² Personnel de soutien administratif AACQ soutenu par CCACQ Équipe interprofessionnelle Autres parties prenantes ³ Cadre de gestion GMF-U Apprenants avec besoins d'apprentissages	Cogestion médico-administrative du PLACQ Animation d'un comité local d'ACQ Identification des opportunités d'ACQ Identification d'indicateurs et suivi de la mesure Utilisation d'une méthodologie d'ACQ Expérimentations sous la forme de cycles PDCA Implantation de changements expérimentés Partenariat avec des usagers et apprenants dans les travaux d'ACQ	Améliorer l'adéquation entre les qualités rendues/perçues et les qualités voulues/attendues Développement d'une culture d'ACQ Développement et consolidation des compétences en ACQ chez les cliniciens et les apprenants Amélioration du flux de travail et des processus cliniques Partage des bonnes pratiques en ACQ entre GMF-U et transfert d'apprentissages	Améliorer l' efficacité des soins et services Améliorer l' efficience des soins et services Améliorer l' accessibilité aux soins et services Améliorer la continuité des soins et services Améliorer la sécurité des soins et services Améliorer la réactivité des soins et services Améliorer l' équité des soins et services Contribuer à la viabilité des soins et services	Améliorer la santé de toute la population Améliorer l'expérience des soins et services Optimiser l'utilisation des ressources Satisfaire et mobiliser les prestataires de soins et de services	Usagers Médecins regroupés en GMF-U Équipes interprofessionnelles Apprenants Partenaires dans la prestation des soins et services Chercheurs

² Directeur médical (et ses adjoints s'il y a lieu) ainsi que le cadre intermédiaire

³ Représentant de la DQEPE du CISSS ou du CIUSSS, détenteurs d'expertise, usagers partenaires, etc.

Conclusion

Ce cadre de référence a permis de définir les bases conceptuelles nécessaires pour permettre une compréhension commune de ce qu'est l'ACQ et donner des indications précises quant aux rôles et responsabilités attendus des acteurs impliqués dans ce type d'activité en GMF-U.

La consolidation de la culture et des pratiques d'ACQ dans les GMF-U demandera un leadership au niveau local, la mobilisation du personnel de ces milieux ainsi qu'un partenariat avec différents acteurs clés tels que les usagers, les apprenants, les chercheurs, le corps enseignant en médecine familiale, les DQEPE des CISSS ou CIUSSS et les autres directions des établissements pouvant apporter un soutien aux projets. Au niveau provincial, différentes modalités d'accompagnement des milieux, notamment pour les AACQ, devront être mises en place afin de les soutenir dans la consolidation de la culture et des pratiques d'ACQ.

Enfin, grâce aux connaissances générées par le milieu de la recherche ainsi que l'expérience des cliniciens, des apprenants et des usagers, les soins primaires sont un domaine en constante évolution, tout comme le sont les sciences de l'ACQ. Il s'avère ainsi essentiel que les apprentissages réalisés dans le cadre des projets d'ACQ soient diffusés entre les milieux, permettant d'apprécier les différentes innovations développées pour répondre aux défis rencontrés en GMF-U.

Références

Aggarwal, M. et B. Hutchison (2012). *Vers une stratégie des soins primaires pour le Canada*, Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, Ottawa.

Batalden, P. B. et F. Davidoff (2007). What is "quality improvement" and how can it transform healthcare?, *Quality and safety in healthcare*, vol. 16, no. 1, USA.

Breton, M., J.-F. Lévesque, R. Pineault et W. Hogg (2011). L'implantation du modèle des groupes de médecine de famille au Québec : potentiel et limites pour l'accroissement de la performance des soins de santé primaires, *Pratiques et Organisation des Soins*, vol. 42, no. 2, Canada.

Brunelle, Y. (1993). *La qualité des soins et services : un cadre conceptuel*, Collection Études et Analyses, planification évaluation santé services sociaux, Québec.

Chaire interdisciplinaire de recherche et d'intervention dans les services de santé (2015). *La gestion de la performance appliquée au système de santé et de services sociaux*, Université du Québec à Trois-Rivières.

Collège des médecins de famille du Canada (2009). *Rôles CanMEDS – Médecine familiale*, Canada.

Collège des médecins de famille du Canada (2011). *Une vision pour le Canada. La pratique de la médecine familiale : Le Centre de médecine de famille*, Canada.

Collège des médecins du Québec (2013). *L'évaluation de l'acte médical – Guide d'exercice*, Montréal.

Collège des médecins du Québec (2016). *Rôle et responsabilité de l'apprenant et du superviseur*, Montréal.

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (2007). Édition révisée et réimprimée, juillet 2011. *Normes générales applicables à l'université et aux centres affiliés – Normes A*, Canada.

Consortium canadien d'agrément des programmes de résidence (page consultée en juillet 2017). *Qu'est-ce que la réforme de l'agrément?* Disponible en ligne : <http://www.canrac.ca/canrac/home-f>

Deming W. E. (2000). *The New Economics for Industry, Government, Education*. 2nd ed. Cambridge, The MIT Press, Massachusetts.

Donabedian, A. (1982). *Explorations in quality assessment and monitoring: the criteria and standards of quality*, Health administration press, Ann Harbor (Michigan).

Équipe d'Action Engagement patient (2017). *Le Guide canadien de l'engagement des patients en matière de sécurité*, Institut canadien pour la sécurité des patients, Canada. Disponible en ligne : <http://www.patientsafetyinstitute.ca/EngagingPatients>

Fraser Health (2011). *Differentiation of Research, Quality Improvement and Program Evaluation*, Department of evaluation and research services, Canada.

Handyside, J. (2016). *Diagrammes de forces mobilisatrices : la théorie de l'amélioration*, Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, Ottawa. Mis en ligne sur *YouTube* le 29 avril 2016 : https://www.youtube.com/watch?v=RXNCMH_K-Q8&feature=youtu.be

Houle, L., C. Bareil, A. Gosselin et M.-H. Jobin (2015). Le déploiement du Lean santé au Québec en mode agile, *Question de management*, vol. 2, no. 10, p. 45-64, Canada.

Institut canadien pour la sécurité des patients (2015). *Cadre de travail de l'amélioration de la qualité, Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!*, Canada.

Instituts de recherche en santé du Canada (2014). *Stratégie de recherche axée sur le patient – Le patient d'abord*, Ottawa.

Institut de recherche en santé du Canada (page consultée le 10 août 2017), *Engagement des patients*. Disponible en ligne : <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/45851.html>

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (2012). *Des indicateurs de qualité à l'intention des professionnels et des gestionnaires des services de première ligne*. Rapport rédigé par Marie L., Dominique Beaulieu, Pascale Pomey, Brigitte Côté, Claudio Del Grande, Monia Ghorbel, Phuong Hua et Éric Tremblay. *ETMIS*; 8(12) : 1L68.

Institute of medicine committee on quality of healthcare in America (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, National Academies Press, Washington.

Jancarik, A.-S. et L. Vermette (2013). *Recension des écrits sur des méthodes de types Lean*, Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Longueuil.

Knox, L., E. F. Taylor, K. Geonnotti, R. Machta, J. Kim, J. Nysenbaum et M. Parchman (2011). *Developing and running a primary care practice facilitation program: a how-to guide*, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville.

Knox, L. et C. Brach (2013). *The practice facilitation handbook: training modules for new facilitators and their trainers*, Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville.

Lemire, N. et E. Litvak (2011). *L'amélioration en santé; diriger réaliser diffuser*. Laboratoire d'expérimentation en gestion et en gouvernance de la santé et des services sociaux (LEGG) de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, Canada.

Liker, J. K. (2004). *The Toyota way*, McGraw-Hill, États-Unis, p. 6.

Lois annuelles du Québec : *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*, L.Q. 2015, c. 1.

Loudon K., S. Treweek, F. Sullivan, P. Donnan, K. Thorpe et E. Zwarenste in Merrick et coll. (2015). *The PRECIS-2 tool: designing trials that are fit for purpose*, BMJ, 350: h2147, London.

McShane, S. L., S. L. Steen et C. Benabou (2013). *Comportement organisationnel, Comportements humains et organisations dans un environnement complexe*, Chenelière éducation, Montréal.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). *Cadre de référence ministériel d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion*, Direction générale de la planification, de la performance et de la qualité du MSSS, Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). *Fiche explicative – Programme de financement et de soutien professionnel pour les groupes de médecine familiale*, Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2016). *Cadre de gestion des groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U)*, Publications du Québec, Québec.

Maletto, M. (2015). *Être gestionnaire, c'est une vocation!*, Ordre des conseillers en ressources humaines agréés (page consultée le 21 juin 2017) Disponible en ligne : <http://www.portailrh.org/expert/ficheSA.aspx?f=105754>, Québec.

Pomey, M. P. et C. Safianik (2007). « L'évaluation externe de la qualité des soins et des services au Québec : quels acteurs? quelles leçons? » dans *Le Point en administration de la santé et des services sociaux*, vol. 3, no. 1, p. 42-45.

Pomey, M. P., L. Flora, P. Karazivan, V. Dumez, P. Lebel, M. C. Vanier et coll. (2015). « Le « Montreal Model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé », *santé publique, (S1)* : 41-50.

Project Management Institute (2008). *Guide du Corpus de connaissances en management de projet (Guide PMBOK)*, 4^e édition, États-Unis.

Provost, L., R. Lloyd et S. Murray. (2014). « Lesson 3: Choosing Measures » dans *Q102: How to improve with the model of improvement*, Institute for Healthcare Improvement (Open School), Cambridge, Massachusetts.

Qualité des services de santé Ontario (document non publié). *Grille effort/effets des décisions*, Communauté d'apprentissage – Favoriser l'amélioration des soins primaires en Ontario (page consultée le 28 juin 2017). Disponible en ligne : <http://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/qi/learningcommunity/pc-impact-effort-decision-making-criteria-chronic-disease-roadmap-resource-fr-11202012.pdf>

Reid, R. (2017). *Innovations en soins de première ligne - Sur lesquelles repose la fondation de notre système de santé*, Trillium Health Partners, Mississauga (présentation faite le 24 mai 2017 lors du Symposium sur les innovations organisé par le Collège québécois des médecins de famille).

Rocheleau, L. et D. Grenier (2001). *L'amélioration continue de la qualité des services pour et avec l'utilisateur : évaluation des attentes et de la satisfaction des usagers : sondage 2000*, Rapport, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, Trois-Rivières.

RUIS de l'Université de Montréal (2014). *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services - Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient*, Université de Montréal, Montréal.

Roy, D. A., E. Litvak et F. Paccaud (2010). *Des réseaux responsables de leur population – Moderniser la gestion et la gouvernance en santé*, Le Point en administration de la santé et des services sociaux, Canada.

Scoville, R. et K. Little (2014). *Comparing Lean and Quality Improvement*, IHI White Paper, Institute for Healthcare Improvement; Cambridge, Massachusetts. (Disponible sur www.ihio.org).

Smith, S. R. et R. Bakshi (2015). *Promoting resident involvement in quality improvement initiatives through faculty involvement and curriculum*, *Journal of Graduate Medical Education*, 7(1), p. 119-120, Illinois: Chicago.

Solberg, L. I., G. Mosser et S. McDonald (1997). *The Three Faces of Performance Measurement: Improvement, Accountability, and Research*, Joint Commission Journal on Quality Improvement, États-Unis.

Starfield B., L. Shi et J. Macinko (2005). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health, *The Milbank Quarterly*, 83(3): 457-502.

Toussaint, J. S. et S. P. Ehrlich (2017). *Five changes great leaders make to develop an improvement culture*, Catalysis, Winconsin: Appleton.

Womack, J. P., A. P. Byrne, O. J. Fiume, G. S. Kaplan, J. Toussaint (2015). *Le Lean Management dans les soins de santé*, IHI White Paper, Institute of Healthcare Improvement, Massachusetts: Cambridge.

Wong, R. Y. M. (2015). *Enseigner l'amélioration de la qualité aux résidents en médecine*, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Ottawa.

Annexe 1 – Distinctions entre les approches de recherche et d'amélioration continue de la qualité

	Recherche	ACQ
Objectif	Améliorer l'état des connaissances pour développer ou prouver l'efficacité de nouvelles pratiques sur une population.	Assurer l'adéquation entre les qualités voulues/attendues et les qualités perçues/rendues en améliorant les processus et le flux de travail.
Point de départ	Tester une hypothèse avec l'intention de produire une nouvelle connaissance de grande portée.	Améliorer une dimension de la qualité au niveau local.
Collecte de données	Obtenir suffisamment de données sur un indicateur pour prouver l'efficacité d'une pratique. D'autres indicateurs sont mesurés pour assurer un contrôle sur les biais.	Obtenir juste suffisamment des données sur un indicateur pour permettre de suivre un projet d'amélioration. Quelques autres indicateurs peuvent être suivis pour tirer des apprentissages sur les projets d'amélioration.
Méthode	Un essai avec une hypothèse de départ et un contrôle des biais. Différents devis d'étude possible.	Plusieurs tests rapides et séquentiels avec une hypothèse qui peut changer au fur et à mesure que des apprentissages sont réalisés. Aucun effort requis pour le contrôle des biais.
Évaluation des résultats	Évaluation en amont et en aval de l'intervention.	Évaluation régulière pour suivre des indicateurs ciblés dans le temps.
Portée	La plus universelle possible tout en identifiant certaines limites.	Spécifique à un milieu et un processus. Les apprentissages tirés par les projets d'amélioration continue peuvent toutefois inspirer d'autres milieux.
Éthique	Approbaton du projet par un comité d'éthique requise. Le code d'éthique de l'établissement et les codes de déontologie professionnels doivent également être respectés.	L'approbaton du projet par un comité d'éthique n'est pas requise. Le code d'éthique de l'établissement et les codes de déontologie professionnels doivent être respectés.
Risque pour les usagers	Risques potentiels pour les usagers qui sont les sujets de recherche.	Aucun risque pour les usagers.
Financement	La majorité des projets de recherche sont financés par des fonds dédiés à cet effet.	Les activités d'ACQ sont habituellement prévues au budget opérationnel de l'organisation.

Annexe 2 - Expression des différentes autorités (hiérarchique et fonctionnelle) qui encadrent les agents d'amélioration continue de la qualité en GMF-U

Autorité hiérarchique du cadre intermédiaire du GMF-U sur l'AACQ	Autorité fonctionnelle en cogestion médico-administrative du cadre intermédiaire et du directeur médical du GMF-U sur l'AACQ	Autorité fonctionnelle du CCACQ sur l'ensemble des AACQ en GMF-U au Québec
<ul style="list-style-type: none"> • Assume la responsabilité du processus d'embauche de l'AACQ en collaboration avec le directeur médical du GMF-U; • Assure la gestion des vacances et des congés ainsi que le suivi des demandes de formations; • Apprécie la contribution de l'AACQ au rendement du GMF-U en collaboration avec le directeur médical; • Effectue au besoin la gestion des situations de relation de travail en collaboration avec la direction des ressources humaines de son établissement; • Effectue la gestion budgétaire liée au poste de l'AACQ; • S'assure que l'AACQ respecte les politiques, procédures et règlements du CISSS ou du CIUSSS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participent à la promotion du rôle de facilitateur de la pratique des AACQ; • Veillent au développement d'une culture d'ACQ auprès de l'ensemble des acteurs du GMF-U; • En collaboration avec le comité local d'ACQ, identifient et priorisent les opportunités d'ACQ pour le GMF-U; • S'assurent du développement et de l'actualisation du programme local d'ACQ pour le GMF-U; • Entérinent le programme local d'ACQ du GMF-U; • Facilitent le recours par l'AACQ à l'expertise de différents acteurs au sein du CISSS ou du CIUSSS; • S'assurent que l'AACQ comprend et utilise la méthodologie et les outils préconisés par le CISSS ou le CIUSSS. 	<ul style="list-style-type: none"> • Offre d'une expertise-conseil sur des dossiers complexes concernant le développement, l'implantation et l'harmonisation des pratiques des AACQ; • Dirige et coordonne des projets visant l'implantation et le développement des pratiques des AACQ; • Assume un rôle d'accompagnement et de coaching des AACQ pour un développement optimal de leurs compétences; • Soutient les cadres intermédiaires et directeurs médicaux des GMF-U dans des dossiers ou des situations de nature complexe au sujet de l'ACQ; • Veille à l'actualisation du rôle de l'AACQ en fonction des connaissances empiriques générées par les milieux et l'évolution des données probantes sur l'ACQ en soins primaires, et ce, en cohérence avec les trois missions interdépendantes des GMF-U.

Annexe 3 – Matrice effort impact

		Effort	
		Facile à faire	Difficile à faire
Impact	Amélioration importante	<p>Priorité 1</p> <p>Le projet est facile à faire et peut donner d'importantes améliorations. Les solutions sont à portée de main.</p>	<p>Priorité 3</p> <p>Le projet demande beaucoup d'efforts, mais peut donner d'importantes améliorations. Le projet doit faire l'objet d'une planification minutieuse et plusieurs parties prenantes doivent être considérées.</p>
	Amélioration mineure	<p>Priorité 2</p> <p>Le projet est facile à faire et peut donner de petites améliorations. Ces projets peuvent entraîner des succès rapides.</p>	<p>Priorité 4</p> <p>Le projet demande beaucoup d'effort pour peu d'amélioration. Le projet devrait être rejeté et considéré sans intérêt.</p>

Source : Cette matrice s'inspire de celle développée par la Communauté d'apprentissage de Qualité des services de santé Ontario (page consultée le 28 juin 2017). Disponible en ligne : <http://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/qi/learningcommunity/pc-impact-effort-decision-making-criteria-chronic-disease-roadmap-resource-fr-11202012.pdf>

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale**

Québec 