

Bulletin d'information

Amélioration continue de la qualité dans les GMF-U du Québec



JANVIER 2021
VOLUME 4 NUMÉRO 7

Sujets présentés dans ce numéro :

- 1) Bon coup au GMF-U Laurier du CIUSSS de la Capitale-Nationale
- 2) Résultat du monitoring annuel des activités d'ACQ dans les GMF-U du Québec
- 3) Discutons Santé
- 4) Informations et nouvelles publications
- 5) Suivis et communications

1. Bon coup au GMF-U Laurier du CIUSSS de la Capitale-Nationale



Article rédigé par M^{me} Hava Biba, agente d'ACQ au GMF-U Laurier

Optimiser l'accessibilité et la continuité des soins pour les usagers suivis par les médecins résidents au GMF-U Laurier

Les groupes de médecine de famille universitaire (GMF-U) ont pour mission non seulement d'offrir des soins de santé et des services de première ligne à la population, mais aussi d'accueillir et de former des médecins résidents en médecine de famille.

Les médecins résidents sont des acteurs à part entière des GMF-U et contribuent grandement à l'amélioration de l'offre de service. Grâce à leurs connaissances, leurs compétences, leur savoir-être et à la supervision dont ils bénéficient, les médecins résidents offrent aux usagers une qualité de soin comparable aux médecins en pratique. Cependant, les enjeux liés à leur contexte de résidence, à la poursuite de leur formation académique ainsi qu'au rôle qu'ils assurent au sein de nos milieux restent souvent méconnus.

Le GMF-U Laurier est un des cinq GMF-U du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Il accueille chaque année un maximum de 12 médecins résidents, majoritairement de la faculté de médecine de l'Université Laval. L'ensemble de ces médecins résidents, de première (R1) et de deuxième année (R2), assure le suivi d'environ 3 000 usagers inscrits au GMF-U. Selon un sondage que nous avons réalisé en 2019 auprès des usagers suivis par les résidents, seulement 20 % des répondants connaissaient le rôle et la contribution des médecins résidents. Certains usagers pensaient que les médecins résidents étaient de simples « étudiants » alors que d'autres exprimaient une certaine déception liée au fait que leur médecin résident changeait trop souvent.

Compte tenu du fait que ces derniers doivent être exposés à différentes activités de première et de deuxième ligne afin de répondre aux exigences requises dans le cursus de la faculté de médecine (formation, hôpital ou changement de région), leur présence en GMF-U se fait par période de trois mois en alternance, ce qui signifie qu'ils sont présents dans le milieu à la hauteur d'environ 50 % du temps. Durant leur présence en « bloc stage », ils ont en moyenne trois demi-journées par semaine d'attitrées aux consultations de suivi en plus de contribuer à l'offre de service de dépannage à près de 41 % de leur temps. Un tel contexte affecte l'accessibilité et la continuité des soins offerts aux usagers inscrits auprès d'eux. À cet effet, nous avons effectué un sondage de satisfaction auprès des usagers où le niveau de satisfaction était de l'ordre de 75 % chez les usagers suivis par les médecins résidents contrairement à 96 % pour ceux suivis par les médecins.

De leur côté, les **médecins résidents** sont également confrontés à plusieurs enjeux importants. Dès leur arrivée au GMF-U, ces derniers sont appelés à prendre en charge une cohorte d'usagers ayant de multiples pathologies et problématiques de santé, tant psychologiques que physiques.

Une telle exposition leur permet de développer leurs connaissances et compétences, mais apporte plusieurs défis hors de leur contrôle, dont un horaire chargé, des délais d'attente associés à la fluctuation de la demande de rendez-vous de leurs patients, le temps de validation auprès du médecin superviseur, attente également pour la réception des résultats de laboratoire, etc.

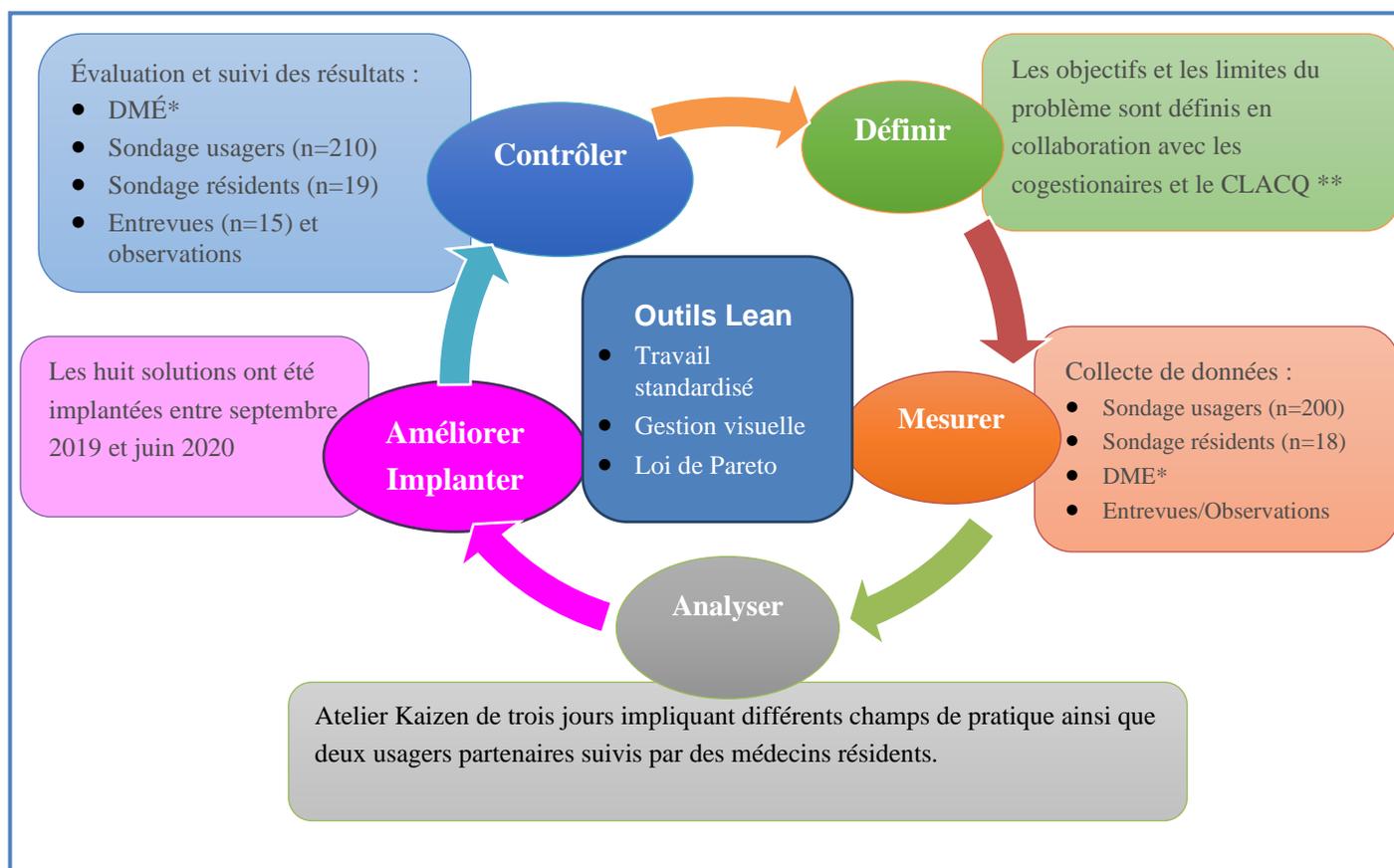
Dans ce contexte, l'équipe de cogestion a choisi de prioriser un projet visant à améliorer la continuité des soins offerts aux usagers suivis par un médecin résident. Ce projet a d'ailleurs été intégré dans le programme local d'amélioration continue de la qualité 2019-2020 du GMF-U Laurier.

Objectifs et démarche

Le projet est réalisé dans le cadre de la certification Ceinture verte Lean Six Sigma de l'agente d'ACQ. **Il visait à améliorer l'accessibilité et la continuité des soins des usagers suivis par les médecins résidents.**

La démarche retenue tout au long de la réalisation du projet reposait sur l'approche DMAIIC (*Définir, Mesurer, Analyser, Innover, Implanter, Contrôler*) et les outils d'une démarche Lean (figure 1).

Figure 1. Démarche et outil utilisés



* DMÉ = Dossier médical électronique

** CLACQ = Comité local d'amélioration continue de qualité

Les données pré et post implantation des solutions ont été collectées et analysées en lien avec :

- La voix du client (VOC), incluant seulement les usagers suivis par des résidents. Deux sondages ont été réalisés en collaboration avec le Bureau du partenariat avec l'utilisateur et de l'éthique du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Ils ont eu lieu du 29 avril au 14 mai 2019 auprès de 200 répondants (temps 0) et du 16 novembre au 16 décembre 2020 auprès de 212 répondants (temps 1).

- La voix des employés (VOE) comprend les sondages pré et post auprès de tous les médecins résidents du GMF-U ainsi que des entrevues/échanges avec les autres membres de l'équipe clinico-administrative.
- La voix du processus (VOP) résulte surtout des statistiques extraites du dossier médical électronique (ex. : nombre d'inscriptions, diversité des cas cliniques, profil de la patientèle, offre et demande de consultation, délais d'attente et de consultations, collaboration interprofessionnelle, etc.) ainsi que des observations au niveau de la pratique quotidienne.

L'atelier Kaizen de trois jours s'est tenu en septembre 2019. Il a réuni toutes les parties prenantes touchées par la pratique des médecins résidents, dont des médecins, professionnels, agentes administratives, gestionnaires, usagers et résidents. Ce Kaizen a permis d'identifier le processus actuel, d'analyser les causes fondamentales, de proposer des solutions et d'élaborer les plans d'action et de contrôle.

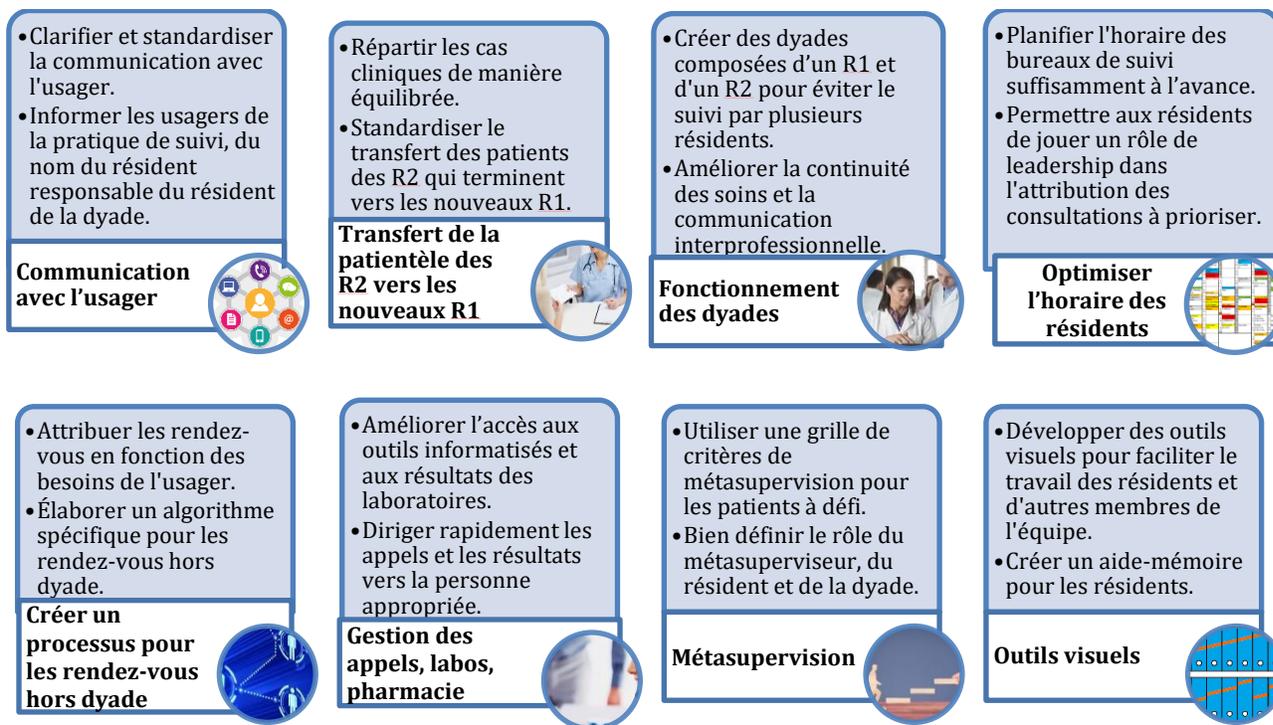


Équipe Kaizen : De gauche à droite, 1^{re} rangée assise : Denise Quessy (usagère partenaire), Annie Saint-Pierre (médecin), Sophie Boivin (sentinelle), Manon Milord (agente à l'enseignement). 2^e rangée : Lucie de Halleux (résidente), Rebecca Bourgeault (résidente), Jany Monasterios (infirmière clinicienne), Ghislaine Gagnon (usagère partenaire), Sandra Lavigne (coach). 3^e rangée : Soufiane Bensaidane (médecin), Hélène Landry (directrice médicale), Charline Néron (chef de service), Hava Biba (agente d'amélioration continue de la qualité).

Les solutions

L'équipe Kaizen a identifié et priorisé par consensus huit solutions (figure 2) qui ont été présentées et acceptées par l'ensemble de l'équipe du GMF-U. Chacune des solutions retenues était accompagnée d'actions à mettre en place, lesquelles ont été définies dans un plan d'action.

Figure 2. Solutions retenues lors du Kaizen

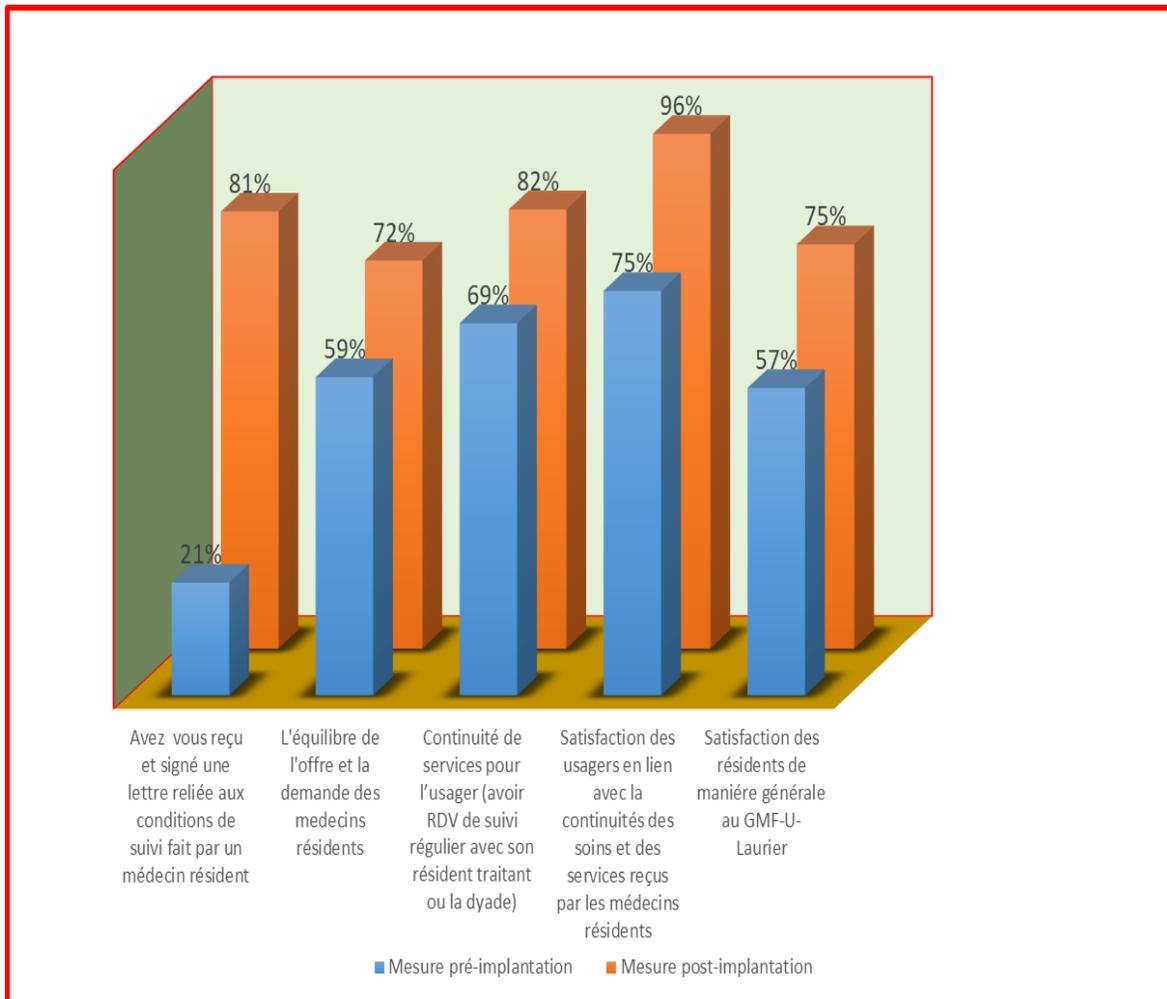


Conformément au plan d'action, l'implantation des solutions s'est faite entre octobre 2019 et juin 2020. Ce délai était un peu plus long que pour un projet standard compte tenu de l'arrivée des nouveaux R1 et du départ des R2 qui terminaient leur stage aux mois de juin et juillet. Malgré le contexte de la pandémie, l'équipe GMF-U est demeurée très mobilisée pour implanter efficacement chacune des solutions. Les médecins résidents, les médecins et les gestionnaires ont assuré un rôle de leadership admirable qui s'est aussi répercuté de manière positive sur d'autres projets d'amélioration continue de la qualité au sein de notre milieu.

Les résultats

Les principaux indicateurs du projet ont porté sur : (i) l'accessibilité; (ii) la continuité; (iii) l'information aux usagers et (iv) le niveau de satisfaction des usagers et des médecins résidents. Le graphique 1 montre l'évolution de ces indicateurs avant et après l'implantation des solutions.

Graphique 1. Mesure des principaux indicateurs pré et post implantation

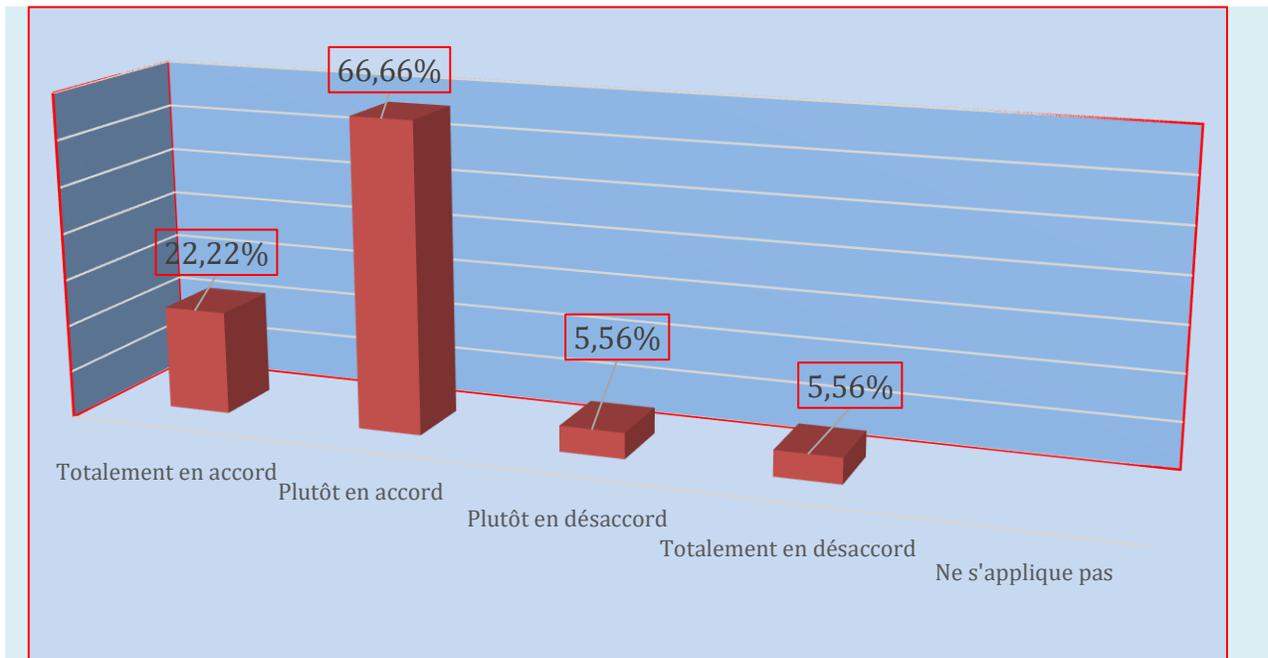


Les mesures post-implantation montrent qu'environ 81 % des usagers sont bien informés de la pratique de suivi par les médecins résidents. La lettre d'information que nous transmettons à tous les usagers suivis par ces derniers ainsi que les renseignements qu'ils reçoivent par le personnel de l'accueil lors de leur visite au GMF-U ont grandement contribué à augmenter le niveau d'information aux usagers concernés (augmentation de 60 %). De plus, lors de consultation, le résident responsable informe l'utilisateur en lien avec ses absences le cas échéant (stages hors GMF-U), en plus de lui réitérer le nom du résident de sa dyade qui assurera le suivi en cas de besoin.

Grâce aux changements liés à la gestion des horaires des médecins résidents (figure 2) et d'une meilleure communication avec les usagers, l'accessibilité s'est améliorée de 13 %. La continuité des soins et des services s'est aussi améliorée de 12,5 %, notamment par un meilleur fonctionnement des dyades (ex. : jumelage d'un R1 avec un R2 par l'utilisation d'outils visuels, par la diversification des moyens de communication interprofessionnelle). Le niveau de satisfaction des usagers est ainsi passé de 75 % à 95,5 % et celui des médecins résidents de 57 % à 75 %.

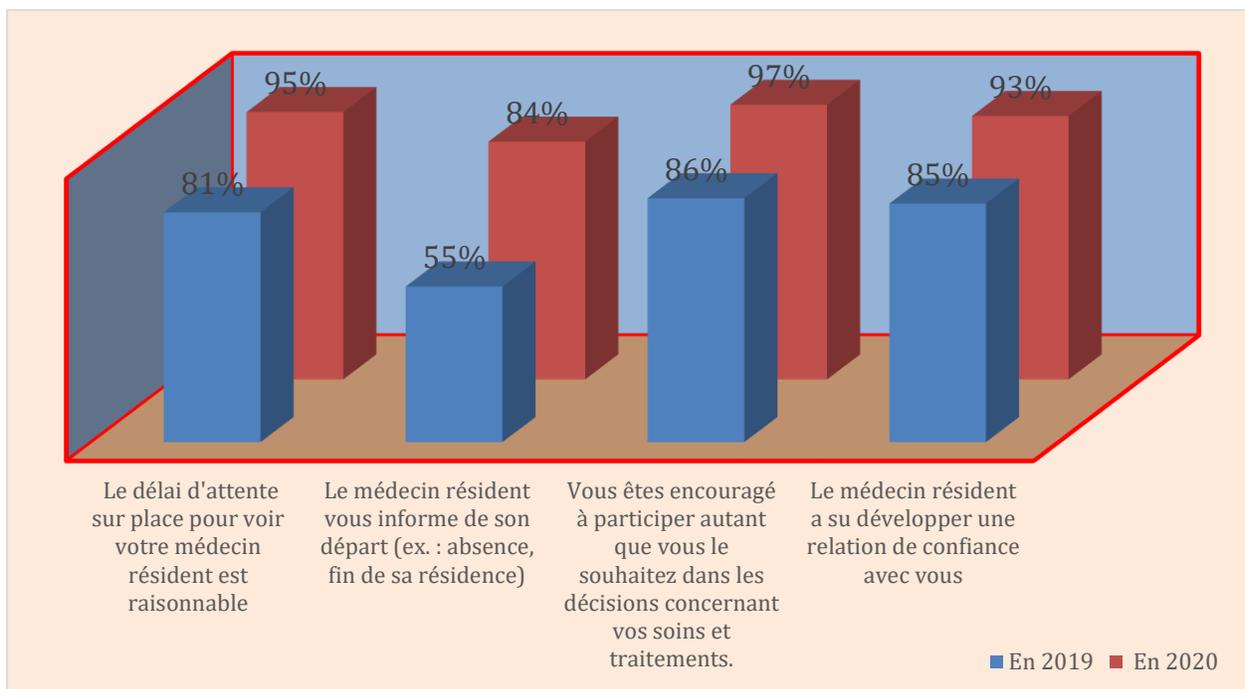
Le graphique 2 ci-dessous représente le niveau de satisfaction des médecins résidents lié à la gestion de plages horaires ouvertes au-delà du délai standard de trois semaines.

Graphique 2. Niveau de satisfaction des médecins résidents (en 2020) concernant l'utilisation des plages des bureaux gérés à 100 % par eux-mêmes



En ce qui concerne la satisfaction des usagers, le graphique 3 résume quelques principaux éléments tels que le délai d'attente, l'information lors de départ du résident traitant, l'implication dans la prise de décision et le lien de confiance. Il s'agit du pourcentage des usagers sondés qui ont répondu « totalement en accord » et « plutôt en accord » en 2019 et 2020.

Graphique 3. Évolution 2019-2020 de la satisfaction des usagers suivis par les médecins résidents
 (% de réponses « totalement en accord » et « plutôt en accord »)



Par ailleurs, le sondage 2020 montre que pour 95 % des usagers suivis par les résidents, le délai d'attente sur place est raisonnable. Le niveau de satisfaction relatif à l'implication de l'utilisateur dans la prise de décision, ainsi que son lien de confiance avec le résident traitant, a augmenté respectivement de 11 % et 8 %. Le pourcentage des usagers rapportant que le médecin résident les informe de son absence ou départ a augmenté de 29 %. Toutefois, il reste encore près de 16 % des usagers qui ne reçoivent pas cette information.

Il faut mentionner qu'avec la pandémie que nous vivons depuis mars 2020, les consultations téléphoniques et la téléconsultation sont de plus en plus utilisées par les médecins résidents. Nous suivrons de près l'évolution de ces nouvelles pratiques ainsi que ses impacts sur l'offre de service du GMF-U Laurier. Jusqu'à présent, les médecins résidents se sont très bien adaptés et sont satisfaits de ces modalités de suivi qui risque de perdurer même après la pandémie.

En guise de conclusion

Ce projet d'amélioration continue de la qualité avait pour objectif l'améliorer de la qualité des soins et des services offerts aux usagers par des médecins résidents du GMF-U Laurier.

En lien avec les usagers, les indicateurs mesurés entre six mois et un an après la mise en place des solutions montrent une nette amélioration de l'accessibilité (+13 %), de la continuité des soins et services (+12,5 %) ainsi que du niveau de satisfaction (+25,5 %) des répondants au sondage. Quant aux médecins résidents, leur niveau de satisfaction globale a augmenté d'environ 18 %. L'amélioration du fonctionnement des dyades (taux de satisfaction de 87 %); la diminution du délai d'attente pour validation auprès du médecin superviseur (taux de satisfaction de 96 %); une gestion plus efficace des horaires, l'accès aux résultats de laboratoire ainsi que le soutien administratif (taux de satisfaction de 92 %) sont les principaux indicateurs de réussite du projet chez nos médecins résidents.

Malgré les résultats très positifs, la pérennisation des changements demeure un enjeu important. L'équipe du GMF-U reste motivée et engagée à poursuivre le travail amorcé. Le fait qu'environ 50 % de l'effectif des médecins résidents change chaque année nécessite un suivi et une adaptation en continu.

Enfin, en termes de leçons apprises, ce projet démontre que :

- L'utilisation rigoureuse des outils Lean et l'implication active de toutes les parties prenantes tout au long du projet se sont révélées décisives dans l'identification des causes fondamentales et l'implantation des solutions.
- La présence des usagers partenaires et la mise en place des caucus d'amélioration continue de la qualité ont grandement contribué à la pérennisation du projet.
- Le leadership des agents de changement (agente d'ACQ, médecins résidents, médecins, gestionnaires et membres du personnel) du GMF-U ont facilité la communication et l'appropriation des changements.

Remerciement : La réalisation de ce projet d'amélioration continue de la qualité résulte d'un formidable engagement de l'ensemble des membres du GMF-Laurier ainsi que de l'appui de la Direction de l'enseignement et des affaires universitaires et de la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique du CIUSSS de la Capitale-Nationale.

Sans pouvoir nommer tous celles et ceux qui ont contribué de près ou de loin au projet, j'aimerais exprimer mes sincères remerciements aux médecins résidents, aux usagers partenaires et à l'équipe Kaizen. Un grand merci à la chef de service M^{me} Charline Néron, à la directrice médicale D^{re} Hélène Landry, au directeur pédagogique D^r Soufiane Bensaidane et à D^{re} Anne-Isabelle Gingras et D^{re} Caroline Laberge, pour leur soutien et leur leadership tout au long du projet. Je tiens également à remercier mesdames Nathalie Parent, promotrice du projet, et Sandra Lavigne, ma coach Lean, qui nous ont aidés et accompagnés avec une grande disponibilité et efficacité.

Merci à M^{me} Sandrine Saint-Pierre Gagné et à toute l'équipe de Bureau du partenariat avec l'utilisateur et de l'éthique pour leur précieuse collaboration à la réalisation des sondages auprès des usagers.

2. Résultats du monitoring annuel des activités d'ACQ dans les GMF-U du Québec

Article rédigé par Marie-Michelle Racine, conseillère cadre à l'ACQ pour les GMF-U du Québec

Cet article résume les résultats du troisième monitoring annuel des activités d'ACQ dans les GMF-U du Québec réalisé en novembre dernier par le Bureau du partenariat avec l'utilisateur et de l'éthique du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Comme par les années précédentes, le questionnaire utilisé visait à connaître :

- Les mécanismes auxquels ont eu recours les GMF-U afin de définir leurs projets ainsi que pour mesurer leurs indicateurs;
- Les modalités de priorisation des projets d'ACQ dans les GMF-U;
- Les projets d'ACQ ayant été identifiés dans les processus des GMF-U.

De plus, il était souhaité de suivre l'évolution réalisée par les GMF-U en comparant les résultats du monitoring de 2018 à ceux de 2020. Ce questionnaire ne visait toutefois pas à connaître les résultats des projets d'ACQ en GMF-U.

Il est important de considérer que les activités d'ACQ dans les GMF-U ont été en grande partie impactées par le contexte de la COVID-19.

Méthodologie

La population visée par ce monitoring était l'ensemble des GMF-U, et plus spécifiquement leurs agents d'ACQ respectifs. La collecte de données s'est tenue du 5 novembre au 16 décembre 2020. Pour assurer une continuité des résultats, le questionnaire des années précédentes a été réutilisé. Son contenu provenait du Cadre de référence en lien avec l'ACQ dans les GMF-U du Québec.

Trente-cinq GMF-U sur quarante-six ont répondu au questionnaire (taux de réponse de 76 % par rapport à 83 % en 2018). Environ le tiers des répondants était l'agent d'ACQ seul (34 %), tandis que le questionnaire a été complété par l'agent d'ACQ et la dyade de cogestion du GMF-U dans 40 % des cas.

Le profil global des répondants (agent d'ACQ à temps plein ou à temps partiel, affiliation universitaire, GMF-U en établissement ou hors-établissement, etc.) représente bien la population ciblée.

Les résultats seront présentés au prochain comité-conseil en mars 2021.



Mécanismes auxquels ont eu recours les GMF-U afin de définir leurs projets ainsi que de mesurer leurs indicateurs

Concernant les différents types de qualité, au moins 50 % des répondants ont recours à ces différents mécanismes :

Qualité voulue	Qualité attendue
Cadre de gestion des GMF-U et programme GMF Politiques et procédures du CISSS ou du CIUSSS Guide d'intégration des professionnels en GMF Documents de référence produits par le CISSS ou le CIUSSS Guides et publications de l'INESSS Normes d'Agrément Canada Normes d'agrément universitaire Vision du Centre de médecine de famille du Collège des médecins de famille du Canada Guide d'intégration du personnel de soutien administratif en GMF Guides et publications de la FMOQ	Attentes des médecins Attentes des autres professionnels de l'équipe Attentes du personnel de soutien administratif Attentes des usagers Attentes de la dyade de cogestion médico-administrative Attente du CISSS ou du CIUSSS Attentes du Département de médecine de famille auquel le GMF-U est affilié
Qualité rendue	Qualité perçue
Données sur les GMF-U transmises par le MSSS Outil d'extraction des données du fournisseur du dossier médical électronique (DMÉ) Rapports produits par la RAMQ et transmis au CISSS ou au CIUSSS Tableaux de bord Indicateurs liés à un nombre de déclarations d'événements indésirables Résultats de l'évaluation de l'acte médical	Sondage auprès des apprenants Sondage auprès des usagers Sondage auprès des membres de l'équipe Examen des plaintes

Pour la qualité rendue :

- Par rapport à 2018, une plus grande utilisation des outils d'extraction de données du DMÉ.

Pour la qualité perçue :

- Par rapport à 2018, une augmentation de 14 % de sondages auprès des apprenants. Cela traduit une plus grande implication des agents d'ACQ dans les activités d'enseignement.

D'ailleurs, 82 % des répondants utilisent des mécanismes liés aux quatre types de qualité pour définir leur projet et mesurer leurs indicateurs. Voici quelques constats intéressants différenciant les résultats annuels des années précédentes :

- Pour la **qualité voulue** : une plus grande utilisation des normes d'agrément universitaires;
- Pour la **qualité attendue** : tous les répondants s'appuient sur les attentes formulées par les médecins (augmentation de 5 % par rapport à 2018), il y a une diminution de l'utilisation des attentes de la dyade de cogestion médico-administrative (comme il y a une augmentation de l'utilisation des attentes des médecins et des autres professionnels, nous pouvons émettre l'hypothèse que les projets s'en inspirent directement plutôt que d'avoir comme intermédiaire les attentes des cogestionnaires);
- Pour la **qualité rendue** : l'utilisation des outils d'extraction de données du DMÉ a augmenté;
- Pour la **qualité perçue** : l'augmentation de 14 % de l'utilisation de sondages auprès des apprenants. Cela traduit une plus grande implication des agents d'ACQ dans les activités d'enseignement.

Modalités de priorisation des projets d'ACQ dans les GMF-U

- Pour la moitié des répondants, la priorisation des projets s'est réalisée avec le comité local d'ACQ avant d'être entérinés par la dyade de cogestion médico-administrative (52 % en 2020 et 37 % en 2018);
- La deuxième modalité de priorisation utilisée est réalisée par la dyade de cogestion médico-administrative en collaboration avec l'agent d'ACQ (21 % en 2020 et 42 % en 2018).

Ces résultats indiquent qu'en deux ans, les priorités identifiées par le comité local d'ACQ pour déterminer les projets d'ACQ ont été un mécanisme plus couramment utilisé que l'année précédente. Il est probable qu'au fil des ans, le leadership de ces comités locaux soit de plus en plus reconnu.

Projets d'ACQ qui ont été identifiés dans les processus des GMF-U

De façon générale, les principales dimensions de la qualité avec lesquelles sont liées les activités d'ACQ chez les répondants sont les suivantes :

Dimensions de la qualité	Pourcentage de répondants (2018)	Pourcentage de répondants (2020)	Écart entre les deux années
Accessibilité	100 %	88 %	↓ 12 %
Efficience	95 %	96 %	↑ 1 %
Continuité	87 %	76 %	↓ 11 %
Sécurité	50 %	64 %	↑ 14 %
Viabilité	61 %	64 %	↑ 3 %
Efficacité	71 %	76 %	↑ 5 %
Réactivité	55 %	45 %	↓ 10 %
Équité d'accès	39 %	55 %	↑ 16 %

Par rapport à 2018, nous observons une diversification des dimensions de la qualité auxquelles sont liées les activités d'ACQ. La plus grande augmentation concerne la dimension de la sécurité des services et des soins, tout comme en 2019. Les travaux sur l'accessibilité et la continuité ont diminué, mais cela peut être lié à tous les changements apportés par l'accès et la continuité des soins en contexte de pandémie.

Les principaux processus pour lesquels une ou des activités d'ACQ ont été complétées pendant la dernière année sont en cours ou sont prévues au cours de la prochaine année et sont en lien avec ces différentes thématiques :

- Utilisation du DMÉ (ex. : extraction des données à partir du DMÉ à des fins d'ACQ, de recherche ou d'enseignement);

- Accès aux soins et aux services (ex. : accès adapté, accès par téléphone ou en ligne par Internet – RVSQ, etc.);
- Collaboration et partenariat (ex. : clarification des rôles entre certains membres de l'équipe, collaboration interprofessionnelle entre les membres de l'équipe du GMF-U, participation et partenariat des usagers pour l'organisation des soins et des services, etc.);
- Enseignement (ex. : soutien aux projets d'érudition des résidents) et recherche;
- Processus clinico-administratifs (ex. : utilisation de l'espace physique, communications à l'interne, etc.);
- Activités structurantes d'ACQ.

Plus spécifiquement, les activités structurantes d'ACQ qui sont les plus souvent identifiées par les répondants sont les suivantes :

- Animation et la coordination d'un comité local d'ACQ;
- Élaboration d'un programme local d'ACQ;
- Coordination de l'agent d'ACQ avec sa dyade de cogestion médico-administrative;
- Développement d'indicateurs liés aux activités d'ACQ du GMF-U.

Alors que les activités structurantes avaient été menées dans une plus grande proportion de GMF-U en 2019 qu'en 2018, elles ont toutes connues une baisse en 2020, sauf en ce qui a trait au déploiement des stations visuelles d'ACQ en collaboration avec le CISSS ou le CIUSSS. En ce sens, le développement d'indicateurs liés aux activités d'ACQ du GMF-U a diminué de 16 %.

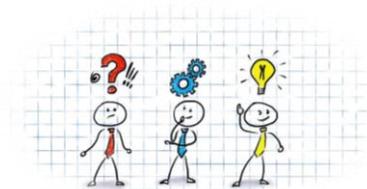
Dans le cadre de ce monitoring, 20 milieux ont ciblé des processus prioritaires pour lesquels un soutien est souhaité. Ceux-ci touchent principalement les activités d'ACQ (dont le développement d'indicateurs, de tableaux de bord, etc.), les processus clinico-administratifs (ex. : Agrément Canada), les processus d'accès aux soins et aux services (ex. : accès adapté) et les processus liés à la collaboration et au partenariat (ex. : clarification des rôles dans l'équipe et du rôle de l'agent d'ACQ).

Bien que l'accès aux soins et aux services demeure toujours un processus prioritaire, les activités d'ACQ et les processus clinico-administratifs ressortent avec plus d'importance cette année.

Évaluation du soutien offert par la conseillère cadre à l'ACQ et son comité-conseil

Une question de ce monitoring portait sur les points forts et ceux à améliorer par rapport au soutien offert par la conseillère cadre à l'ACQ. Les principaux points forts concernent la disponibilité et les conseils adaptés à la réalité de l'agent d'ACQ, les formations organisées, la communication fréquente des informations pertinentes en ACQ, la veille sur les meilleures pratiques et sa bonne connaissance des milieux et des processus.

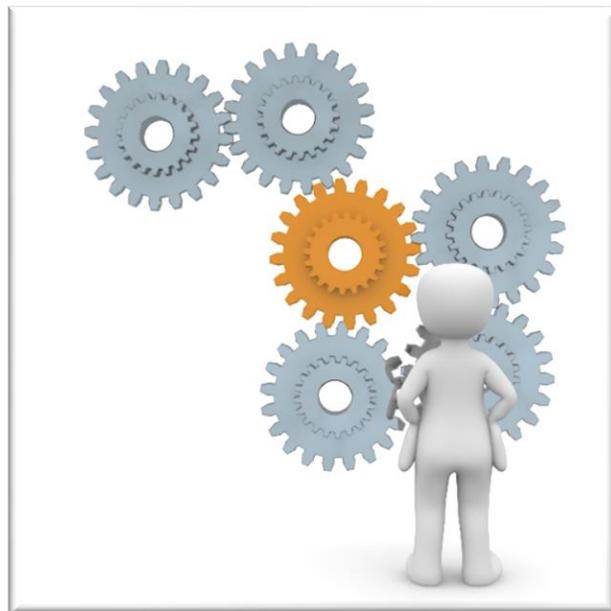
Parmi les points à améliorer, il est souhaité que le comité-conseil puisse travailler davantage avec les directeurs médicaux des GMF-U pour optimiser l'impact et que les agents d'ACQ soient davantage soutenus dans la promotion de leur rôle au sein des GMF-U et des directions de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique.



Conclusion

Ce monitoring a permis de tirer ces différents constats :

- Même si les GMF-U ont été plongé dans un contexte difficile étant donné la pandémie, leur participation à cet exercice de monitoring a augmenté de 16 % par rapport à l'an dernier. Cela constitue donc un **excellent taux de participation**;
- Les **modalités de priorisation des projets ont évolué** : le comité local d'ACQ, représentant les différentes parties impliquées en GMF-U, a plus souvent réalisé la priorisation des projets d'ACQ avant qu'ils soient entérinés par la dyade de cogestion;
- Malgré le contexte de la COVID-19, la majorité des GMF-U **ont poursuivi leurs activités d'ACQ touchant les différents types de qualité**;
- Les mécanismes ayant une plus grande augmentation d'utilisation depuis 2018 sont : les recommandations de la campagne **Choisir avec soins**, les guides et les publications de l'INESSS, les **normes d'agrément universitaires** et les sondages auprès des **apprenants**;
- Les principales dimensions de la qualité qui font l'objet d'activités d'ACQ en GMF-U sont l'**accessibilité**, l'**efficience**¹, la **continuité** et l'**efficacité**. Les dimensions de la sécurité et de l'équité d'accès² sont celles ayant connu la plus grande augmentation d'activités d'ACQ depuis 2018;
- La disponibilité et les conseils de la conseillère cadre ainsi que l'offre de formations sont les **deux points forts du soutien offert**;
- Les aspects à améliorer par rapport au soutien offert sont le **besoin d'information et de formations**, puis le désir de poursuivre les **activités de réseautage**;
- Les **besoins de soutien** qui ont été soulevés par les GMF-U se concentrent principalement sur les activités d'ACQ, comme les indicateurs et les tableaux de bord ainsi que les processus clinico-administratifs comme Agrément Canada.



Ce monitoring permettra de mieux cibler les actions de la conseillère cadre et de son comité-conseil pour l'année 2021-2022. La démarche sera réalisée à nouveau l'an prochain, mais la possibilité de modifier certaines questions sera analysée pour apporter davantage de précisions sur les processus travaillés en ACQ dans les GMF-U. En ce sens, la fiche inventaire des activités d'ACQ qui s'est ajoutée à cette démarche fournira de précieuses informations sur les démarches réalisées, notamment par rapport à leurs résultats.

Nous profitons enfin de cet article pour **remercier l'ensemble des acteurs dans les GMF-U qui se sont mobilisés** pour nous partager leurs différentes activités d'ACQ dans le cadre de cet exercice de monitoring. Nous remercions également M^{me} Sandrine St-Pierre-Gagné du Bureau du partenariat avec l'utilisateur et de l'éthique du CIUSSS de la Capitale-Nationale pour le travail réalisé.

¹ Dans cet exercice, le terme « efficience » signifiait la capacité d'utiliser les ressources disponibles (humaines, matérielles, financières, technologiques et informationnelles) de façon optimale.

² Le terme « équité d'accès » signifiait 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.

3. Discutons Santé

Une fiche de préparation à la consultation pour aider les patients à préparer leurs consultations au sans rendez-vous

Article rédigé par D^{re} Marie-Thérèse Lussier, D^r Claude Richard, M^{me} Marie-Eve Lavoie, D^r Paul-André Lachance, M. Benoit Tétréault, D^{re} Marie-Andrée Fortin, D^{re} Janie Houle, D^{re} Claire Gamache, D^r Yoanna Skrobik, M^{me} Marie-Josée Levert et M^{me} Sophie Langlois

La qualité de la communication et la façon d'interagir des patients et des professionnels de la santé jouent un rôle central dans la gestion optimale de leur maladie³⁴. L'importance des interactions entre les équipes de soins préparées et proactives et les patients informés, actifs et motivés est mise de l'avant dans le modèle « Chronic Care Model »⁵. Les données probantes indiquent que l'activation des patients favorise leur participation aux consultations et améliore la rétention des informations discutées, l'adhésion aux recommandations et l'atteinte des cibles de soins en hypertension, diabète et dyslipidémie⁶⁷⁸.

Discutons Santé (DS) www.discutonssante.ca est un outil web qui encourage le patient à devenir plus autonome dans la gestion de sa santé et qui soutient sa collaboration avec ses soignants (partenariat patient-soignant). Il a été développé par D^{re} Marie-Thérèse Lussier, médecin de famille et professeure titulaire au département de médecine de famille et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal, et D^r Claude Richard, tous deux chercheurs au Groupe de recherche

sur la transformation des pratiques cliniques et organisationnelles du CISSS de Laval, en étroite collaboration avec Capsana (www.capsana.ca). Le site est disponible en français, gratuitement, depuis octobre 2014. DS offre des outils d'apprentissage de la communication et d'aide à la préparation des rendez-vous médicaux en vue de soutenir concrètement le partenariat patient-soignant. D'ailleurs, le contenu du site est conforme à ce que préconise le plan stratégique 2015-2020 du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec⁹, lequel s'appuie notamment sur le principe du partenariat avec les patients. Le site a été initialement développé pour les patients atteints de maladies chroniques nécessitant un suivi en première ligne. Lors de nos recherches, les patients ont rapporté que l'utilisation de DS avait réduit le stress lié à la consultation et la peur d'oublier de discuter de quelque chose avec leur soignant et avait augmenté leur sentiment de partenariat avec celui-ci¹⁰¹¹. DS est reconnu comme une pratique de pointe par la Fondation Cité de la Santé et le CISSS de Laval de même que par la Fondation Roi Baudouin en Belgique. DS a été

³ Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gaulden CM, et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *The Cochrane database of systematic reviews* 2012; 12:CD003267.

⁴ Street RL, Jr., Makoul G, Arora NK, Epstein RM. How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient education and counseling* 2009; 74(3):295-301.

⁵ Wagner EH, Glasgow RE, Davis C, et al. Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. *The Joint Commission journal on quality improvement* 2001; 27(2):63-80.

⁶ Martin LR, Williams SL, Haskard KB, Dimatteo MR. The challenge of patient adherence. *Ther Clin Risk Manag* 2005; 1(3):189-99.

⁷ Cegala DJ, McClure L, Marinelli TM, Post DM. The effects of communication skills training on patients' participation during medical interviews. *Patient education and counseling* 2000; 41(2):209-22.

⁸ Lussier MT, Richard C, Glaser E, Roberge D. The impact of a primary care e-communication intervention on the participation of chronic disease patients who had not reached guideline suggested treatment goals. *Patient education and counseling* 2016; 99(4):530-41.

⁹ Gouvernement du Québec. Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux 2015-2020 (Mise à jour 2016). Québec, Canada : Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2017.

¹⁰ Lussier MT, Richard C, Diallo FB, I am ready to see you now, Doctor! A mixed-method study of the Let's Discuss Health website implementation in primary care, 2020, Health Expectations, publié en ligne le 7 décembre 2020.

¹¹ Lussier MT, Richard C, Diallo FB, Un outil web pour soutenir le partenariat patients-soignants - *Discutons Santé*, 2018, Pédagogie médicale, 18:171-7.

retenu par le Collège québécois des médecins de famille comme innovation (2017 et 2019) et s'est mérité le prix Arsène Lupin lors du 8^e Rendez-vous de l'amélioration continue en 2019.

La préparation à la consultation est aussi bénéfique dans des contextes de soins autres que des suivis réguliers, notamment en contexte de sans rendez-vous. L'utilisation d'une plateforme web pour ce type de rendez-vous peut poser néanmoins un défi logistique en raison d'accès limité ou non existant à un réseau Wifi, un ordinateur ou une imprimante pour imprimer le résumé de la préparation généré automatiquement par le site. Afin de pallier à ces obstacles, une fiche-papier de la préparation à la consultation (FPC) a été développée. Elle combine les dimensions biomédicales (11 questions) de la raison de consultation et les éléments de l'expérience-patient (5 questions : inquiétude, attentes, idées sur la cause possible du problème et impact sur leurs activités quotidiennes). Les questions sont principalement de type fermé (11/16 questions) et le niveau de lecture requis est équivalent à un niveau primaire. La FPC a été implantée dans les cliniques de sans rendez-vous de deux GMF-U du réseau de recherche axée sur les pratiques de première ligne (RRAPPL) de l'Université de Montréal. Nous présentons ici les résultats de l'évaluation de son implantation, de son utilisation et de l'expérience des patients et des cliniciens. Ce travail a été soutenu financièrement par le ministère de l'Économie et de l'Innovation et [MEDTEQ](#).

Entre décembre 2018 et juin 2019, 3 185 des 5 516 patients qui ont consulté à l'une ou l'autre des cliniques de sans- rendez-vous ont été invités à compléter la FPC. Près du deux tiers d'entre eux (n=2 010, 63 %) l'ont complété, ce qui en confirme l'intérêt et l'utilité pour les patients. Nous avons constaté que l'implantation de la FPC était facilitée par la collaboration et l'engagement des cliniciens et du personnel administratif de l'accueil. L'obstacle le plus important a été un temps d'attente trop court dans la salle d'attente pour compléter la FPC avant de rencontrer le médecin.

L'analyse de 795 des 2 010 FPC complétées a révélé qu'en moyenne, 12 questions sur 16 avaient été répondues (étendue : 1 – 16). Le taux de réponse pour chacune des questions de la FPC variait grandement.

En regroupant les questions selon la dimension biomédicale ou de l'expérience patient, nous avons observé un taux moyen de réponse respectivement de 66 % et de 77 %, indiquant que même en contexte de sans rendez-vous, les patients acceptent de préciser les dimensions. Il est intéressant de noter que le taux de réponse des questions portant sur l'expérience-patient variait entre 65 % et 98 %, ce qui indique l'importance accordée par les patients et leur disposition à partager l'information sur le contexte lié à la raison de consultation.

Les groupes de discussion avec des patients ont confirmé les résultats de nos études précédentes. Ceux-ci ont trouvé la FPC utile et qu'elle les a aidés à décrire leur raison de consultation, à réduire leur stress et à se sentir mieux préparés pour la consultation. L'expérience des cliniciens fut plus mitigée. D'abord, ils auraient préféré prendre connaissance de la FPC avant la consultation. Dans notre étude, les patients étaient invités à remettre leur FPC au médecin au début de la consultation. Parmi les défis rapportés, mentionnons le temps insuffisant pour que les patients complètent la FPC, le « moment » choisi par ceux-ci pour présenter la FPC pendant la consultation et le manque de motivation des cliniciens.

En conclusion, les patients ont démontré un intérêt à préparer leur consultation médicale en contexte de sans rendez-vous. La mobilisation et l'engagement des cliniciens et du personnel administratif sont importants pour optimiser l'adoption et l'utilisation de la FPC. Le partage de la FPC complétée avec les médecins avant la consultation médicale pourrait favoriser son utilisation par ces derniers. Dans le contexte actuel de la pandémie de COVID-19, le recours à une feuille papier serait à revoir. Par exemple, la FPC, sous forme électronique, pourrait être jointe au courriel de confirmation du rendez-vous. L'utilisation de la FPC peut contribuer à optimiser les échanges patient-soignant lors des consultations en contexte de sans rendez-vous.

*La FPC est téléchargeable à partir du site
www.rrspum@umontreal.ca.*



PRÉPARATION DE MON RENDEZ-VOUS MÉDICAL



Discutons Santé

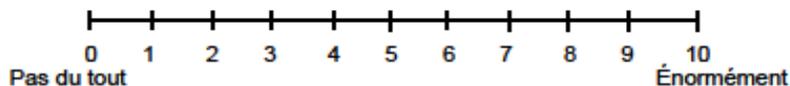
PARTENAIRES PATIENT - PROFESSIONNEL

www.discutonsante.ca

Pour quelle(s) raison(s) ou symptôme(s) consultez-vous aujourd'hui ?

Êtes-vous inquiet(ète) ?

(Encercler un nombre)

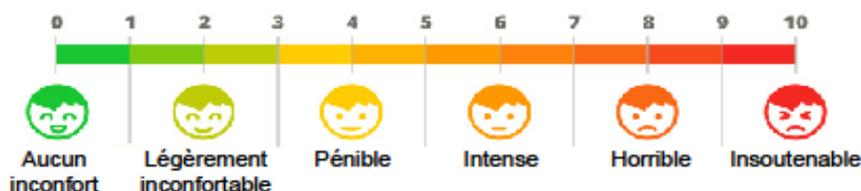


Si oui, préciser : _____

Qu'attendez-vous de votre consultation aujourd'hui ?

- Je veux comprendre ce qui m'arrive
- J'ai besoin d'une prescription
- Je veux être soulagé(e)
- Je veux passer des tests
- J'ai besoin d'un arrêt de travail
- Autre : _____

Quel est votre degré d'inconfort ? (Encercler un nombre, un visage ou un mot)



Concernant votre problème

Est-ce que votre inconfort est constant ? Oui Non

Avez-vous déjà essayé quelque chose pour vous soulager ? Oui Non

Si oui, préciser :

1. _____
2. _____
3. _____

Est-ce que ça fonctionne ?

- Oui Non Un peu
- Oui Non Un peu
- Oui Non Un peu

Avez-vous déjà été hospitalisé pour ce même problème ? Oui Non

Avez-vous déjà consulté pour ce même problème ? Oui Non

Si oui, préciser :

- Ici Un autre médecin
- Une autre clinique Une autre urgence
- Autre, préciser : _____



Concernant vos symptômes

Décrivez tous vos symptômes et depuis quand ils sont apparus.

Symptômes

Exemple : douleur à l'oreille droite

Depuis quand

___ heure(s) 3 jour(s) ___ semaine(s) ___ mois

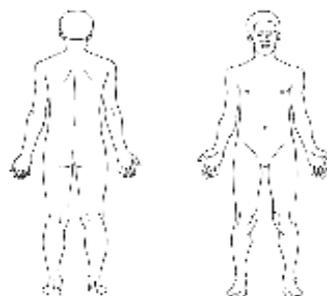
___ heure(s) ___ jour(s) ___ semaine(s) ___ mois

___ heure(s) ___ jour(s) ___ semaine(s) ___ mois

___ heure(s) ___ jour(s) ___ semaine(s) ___ mois

___ heure(s) ___ jour(s) ___ semaine(s) ___ mois

Indiquez où se situent vos symptômes.
Faites un X ou encerclez la région sur l'image.



Avec ce problème, je suis incapable de ou j'ai de la difficulté à :

Dormir Manger Boire Respirer Marcher Travailler Faire du sport

Autre, préciser : _____

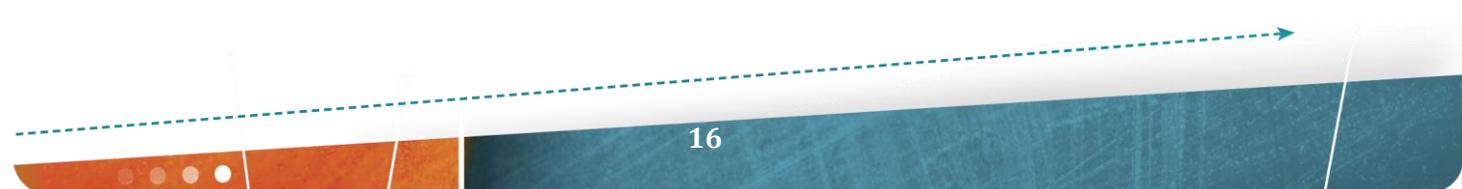
Avez-vous une idée sur ce qui cause votre problème ? Oui Non

Quel(le)s sujets ou questions importantes vous aimeriez poser au médecin ?

Lorsque vous serez appelé à une salle d'examen :

1. Enlevez votre veste ou manteau.
2. Liste de médicaments : Ayez votre liste de médicaments à portée de main. On pourrait vous la demander.
3. Cette fiche : Gardez cette fiche avec vous. Vous pourrez la remettre à l'infirmière auxiliaire ou au médecin lors de la consultation.

Visitez www.DiscutonsSante.ca pour d'autres conseils et vous aider à préparer votre prochain rendez-vous.



4. Informations et nouvelles publications

Article rédigé par *M^{me} Marie-Michelle Racine, conseillère cadre à l'ACQ pour les GMF-U du Québec*

Lancement du portail du Réseau québécois de la télésanté

Le Réseau québécois de la télésanté a lancé un [portail web](#) visant à être le point de rencontre des acteurs et des utilisateurs des soins virtuels. Il s'adresse aux professionnels, aux usagers et aux responsables de la télésanté dans les établissements de la santé et des services sociaux. Il remplace l'ancien portail de télésanté (telesante.quebec).



Le portail du Réseau québécois de la télésanté

La référence pour des soins virtuels accessibles, sécuritaires et adaptés à vos besoins.

[À propos du RQT →](#)

Publication du guide *Recommandations concernant la gestion des échantillons de médicaments dans les Groupes de médecine de famille (GMF) du Québec*

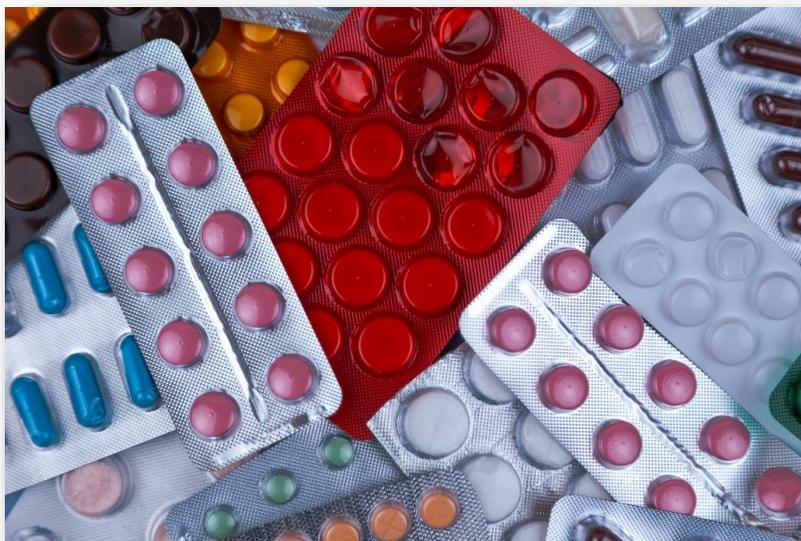
Le projet de recherche « L'évaluation de la gestion des échantillons de médicaments dans les GMF-U du Québec » a été réalisé antérieurement dans tous les GMF-U du Québec. Le projet avait été financé par Réseau-1 Québec et le Collègue des Médecins de famille du Canada et mis en œuvre grâce à une collaboration entre les départements de médecine de famille et de médecine d'urgence des quatre facultés de médecine du Québec, au travers leurs réseaux de recherche axée sur les pratiques de première ligne.

Le guide représente une retombée concrète du projet pour les milieux impliqués. Les recommandations présentées visent à favoriser l'utilisation sécuritaire des échantillons de médicaments chez les équipes de première ligne.

La recherche conclut qu'il est préférable de ne pas avoir recours à des échantillons de médicaments dans les pratiques cliniques en première ligne, bien que des balises pour une utilisation sécuritaire et éthique de ces produits soient proposées. En effet, les chercheurs et les cliniciens recommandent un « encadrement de la gestion et de l'utilisation

des échantillons de médicaments au sein du GMF qui soit aussi rigoureux que celui de la distribution des médicaments sous ordonnance en pharmacie communautaire »¹².

Pour plus d'informations, veuillez consulter le [guide](#).



Source : Volodymyr Hryshchenko sur Unsplash

https://unsplash.com/s/photos/medicine?utm_source=unsplash&utm_medium=referral&utm_conte

5. Suivis et communications

Le prochain numéro du bulletin d'information sur l'amélioration continue de la qualité (ACQ) en GMF-U sera distribué au mois de février 2021.

D'ailleurs, nous invitons les GMF-U à faire rayonner leurs pratiques d'ACQ dans un des prochains numéros de ce bulletin. À cet effet, vous pouvez vous référer à ce [guide de rédaction](#).

Dans l'éventualité où vous aimeriez être abonné à la liste de diffusion des bulletins d'information sur l'ACQ dans les GMF-U du Québec, vous pouvez compléter votre inscription en ligne en remplissant ce [formulaire](#).

Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez pour la consolidation de l'ACQ dans les GMF-U du Québec. Nous vous rappelons enfin que nous demeurons disponibles en cas de besoin de soutien en lien avec vos activités d'ACQ dans votre GMF-U.

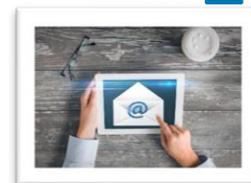
Courriel : marie-michelle.racine.ciusscn@ssss.gouv.qc.ca

Téléphone cellulaire : 418 563-3745

Adresse : IUSMQ, J-6026 - 2601, chemin de la Canardière, Québec (QC) G1J 2G3

[Lien](#) vers la page sur l'ACQ en GMF-U sur le site de notre partenaire Réseau-1 Québec

LinkedIn



¹² Lussier, M.-T., Diallo, F. B., Lessard, A., Rheume, C., Grad, R. et Pluye, P. (2020). *Recommandations concernant la gestion des échantillons de médicaments dans les Groupes de médecine de famille (GMF) du Québec*. Repéré à https://rrspum.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/57/2020/05/Recommandations-GestionEchantillon2020_vFINAL.pdf.