

Énoncé de position sur l'amélioration continue de la qualité (ACQ)

Recommandations vers l'exemplarité | Mars 2024



Une démarche réalisée avec des usagères et usagers partenaires
du début à la fin

ACQ



03. Abréviations

04. Remerciements

05. Avant-propos

06. Mot du directeur scientifique

07. Résumé

11. L'amélioration continue de la qualité (ACQ)

12. Mise en contexte

16. Définir l'ACQ

25. L'ACQ au Québec

28. Les impacts de l'ACQ

30. Les recommandations pour l'ACQ

31. La mise en œuvre des démarches d'ACQ

34. L'attitude et les compétences des parties prenantes en ACQ

37. Le partenariat en ACQ

41. Les rôles des décisionnaires et des instances gouvernementales en ACQ

43. L'accès et l'utilisation des données et des indicateurs en ACQ

46. Conclusion

47. Référence et annexes

ABRÉVIATIONS

AAACQ	Agente et agent d'amélioration continue de la qualité
ACQ	Amélioration continue de la qualité
AQS	Académie Qualité Santé
ARACQ	Agente et agent régionaux d'amélioration continue de la qualité
CIUSSS de l'Estrie-CHUS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-CHUS
CLACQ	Comité local d'amélioration continue de la qualité
CMFC	Collège des médecins de famille du Canada
CMQ	Collège des médecins du Québec
COMPAS	Collectif pour les meilleures pratiques et l'amélioration des soins et services de première ligne en prévention et en gestion des maladies chroniques
CPCSSN	Canadian primary care sentinel surveillance network [Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires]
CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
DQEPP	Direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat
DMÉ	Dossiers médicaux électroniques
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
GMF-U	Groupe de médecine de famille universitaire
HSO	Organisation de normes en santé
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux
ISO	Organisation internationale de normalisation
ISQ	Institut de la statistique du Québec
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MRC	Maladie rénale chronique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services Sociaux
OEQ	Ordre des ergothérapeutes du Québec
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la Santé
OPPQ	Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec
PACQ	Programme d'amélioration continue de la qualité
PREMS	Mesures de l'expérience rapportée par les patients
PROMS	Mesures des résultats rapportés par les patients
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RCIP	Réseau canadien d'information pour les cliniques de première ligne
RCSSSP	Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires
ROSEH	Rapport de votre offre de services en établissement et hors établissement
RUISSS	Réseaux universitaires intégrés en santé et services sociaux
SRAP	Stratégie de recherche axée sur le patient
SSA	Système de santé apprenant
TNCM	Trouble neurocognitif majeur



Nous voulons remercier chaleureusement les personnes qui ont participé à l'élaboration de cet Énoncé de position pour leur contribution remarquable, de même que le ministère de la Santé et des Services sociaux pour son soutien financier.

Consultations

L'Énoncé de position a été rédigé grâce à la contribution d'une cinquantaine de personnes. Ces personnes œuvraient principalement dans le réseau de la santé et des services sociaux ou y étaient étroitement reliées et étaient, entre autres, issues des milieux syndicaux, universitaires, gouvernementaux et paragouvernementaux. Elles étaient des usagères et des usagers ou des personnes qui les représentent, des professionnelles et professionnels des milieux de santé et des services sociaux, des membres de l'équipe de l'Unité de soutien SSA Québec, des gestionnaires, des décisionnaires, des organisations, des ordres et des associations ainsi que des membres d'équipes de recherche. En participant à ces discussions, les personnes consultées se sont exprimées sur la vision qu'elles ont de l'amélioration continue de la qualité et sur la façon dont le Québec pourrait se démarquer en la matière.

Rédaction et montage (par ordre alphabétique)

Christian Chabot
Myra Drolet
Karine Gagnon
Johannie Laliberté-Gagné
Mylène Lévesque
Mireille Plouffe Malette
Marie-Dominique Poirier
Sous la direction d'Antoine Groulx

Pour citer ce document

Groulx, A. (dir), Chabot, C., Drolet, M., Gagnon, K., Laliberté-Gagné, J., Lévesque, M., Plouffe Malette, M. et Poirier, M-D. (2024). *Énoncé de position sur l'amélioration continue de la qualité au Québec. Recommandations vers l'exemplarité. Ministère de la Santé et des Services sociaux.* <https://ssaquebec.ca/nouvelles/enonce-de-position-sur-lamelioration-continue-de-la-qualite-acq/>
ssaquebec.ca



Afin d'assurer une compréhension commune et d'éviter l'alourdissement de la lecture du texte global, plusieurs termes utilisés dans l'Énoncé de position ont été regroupés.

C'est le cas des **usagères et usagers**, mis de l'avant dans cet Énoncé et couramment utilisés dans le réseau de santé et des services sociaux québécois, qui regroupent les patientes et patients, les personnes proches aidantes, les familles ainsi que les citoyennes et citoyens. L'Unité de soutien SSA Québec, pour sa part, fait l'usage des termes patientes et patients pour englober les termes précédemment cités.

Les **parties prenantes** font référence et ce, de façon non exhaustive, aux usagères et usagers ou leurs représentants, les membres d'équipes de recherche, le personnel professionnel des milieux de santé et des services sociaux, les gestionnaires, les décideurs, le personnel professionnel de l'Unité de soutien SSA Québec, les organisations, les Ordres et les associations ainsi que le personnel professionnel à l'extérieur du Québec qui détiennent des connaissances et des compétences en amélioration continue de la qualité.

Enfin, les recommandations émises sur l'amélioration continue de la qualité sont regroupées selon la terminologie la plus souvent retrouvée dans les publications publiques gouvernementales, c'est-à-dire correspondant au niveau :

Stratégique : les décisions importantes globales d'un gouvernement; la planification et la vision à long terme des instances selon des objectifs préétablis. Le niveau stratégique se réfère aux personnes qui représentent le Gouvernement du Québec, par exemple, les ministères.

Tactique : la mise en œuvre des tâches à accomplir pour mener à bien la planification stratégique et la mise en place des processus. Le niveau tactique concerne entre autres les instituts de recherche, les facultés des universités ainsi que les établissements de santé et des services sociaux.

Opérationnel : l'exécution des processus et des tâches. Le niveau opérationnel implique la gestion des activités quotidiennes, les équipes de gestion et le milieu terrain (soins et services sociaux).

MOT DU DIRECTEUR SCIENTIFIQUE

La publication du présent **Énoncé de position sur l'amélioration continue de la qualité (ACQ)** est un pas majeur vers le système de santé apprenant québécois. Si l'idée de s'améliorer en continu semble évidente, la mettre en pratique dans un réseau de santé et de services sociaux immense représente un défi. L'Unité de soutien au système de santé apprenant (SSA) Québec contribue à cet effort collectif dans le cadre du mandat que lui a octroyé le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) de structurer et déployer l'ACQ dans les milieux de soins et services de proximité de la province.

Élément phare de la performance d'un système de santé public, la quête de qualité favorise des soins et services efficaces, sécuritaires, adaptés et intégrés. Afin d'inscrire la qualité au cœur de notre réseau, il est notamment primordial d'outiller et de soutenir les milieux de proximité dans le but de faciliter l'utilisation des savoirs pour améliorer les pratiques sur le terrain.

L'Énoncé de position sur l'ACQ remet notamment en lumière le rôle clé des données en ACQ, pour en motiver le sens et en maximiser la valeur. Reconnaissons et valorisons l'ACQ, intégrons le partenariat patient dans l'équation, diffusons les initiatives à succès et inscrivons cette méthode au plan de formation des professionnelles et professionnels qui travaillent en santé et services sociaux.

Tout notre réseau a intérêt à systématiser l'accompagnement et la facilitation de la transformation des pratiques cliniques et organisationnelles comme on le fait déjà en première ligne avec les agentes et agents d'amélioration continue de la qualité (AACQ).

Comment mange-t-on un éléphant? Une bouchée à la fois. Je vous invite donc à lire, et surtout à utiliser ce document, afin d'évoluer vers un meilleur système de santé, un cycle d'amélioration à la fois!

Antoine Groulx

Médecin de famille, professeur-chercheur et directeur scientifique de l'Unité de soutien SSA Québec



Reconnaissons et valorisons l'ACQ, intégrons le partenariat patient dans l'équation, diffusons les initiatives à succès et inscrivons cette méthode au plan de formation des professionnelles et professionnels qui travaillent en santé et services sociaux.

RÉSUMÉ

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 (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 2017, p.7).

Les démarches d'ACQ contribuent à **implanter une culture de qualité des soins de santé et des services sociaux** selon les meilleures pratiques et en engageant la population dans son réseau, qui, à toute fin pratique, lui appartient. La réalisation de démarches d'ACQ significatives dans les milieux augmente la cohésion d'équipe, la collaboration et la communication entre les différentes parties prenantes. Les usagères et usagers voient leur satisfaction envers leurs soins augmenter et améliorent leur expérience.



Les instances gouvernementales du Québec reconnaissent l'importance et les bienfaits de l'ACQ et investissent depuis plusieurs années dans son déploiement dans l'ensemble de ses établissements de santé. Depuis 2017, **les agentes et agents d'amélioration continue de la qualité (AACQ)** dans les groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U) sont des facilitatrices et facilitateurs de pratique et soutiennent les démarches d'ACQ, notamment en optimisant l'organisation clinique, en participant à l'application des orientations de leur établissement d'appartenance et en s'assurant du suivi et de la coordination des démarches. **Les agentes et agents régionaux d'amélioration continue de la qualité (ARACQ)** font vivre également la méthodologie et la culture d'ACQ au sein des établissements de santé en première ligne.



Pour poursuivre les travaux de structuration et de déploiement de l'ACQ, **le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a confié en 2022 à l'Unité de soutien au système de santé apprenant (SSA) Québec un mandat portant sur l'ACQ**, la facilitation de pratique en services de proximité et la réflexivité. Par ses nombreuses mises en action, l'Unité de soutien SSA Québec contribue à l'amélioration du système de santé québécois et des trajectoires de la population, notamment en soutenant des projets et en rendant disponibles des outils, formations et connaissances. Le volet stratégique du mandat de l'Unité a pris la forme d'un Énoncé de position sur l'ACQ et avait les objectifs suivants:

1. Développer une compréhension commune de l'ACQ en présentant l'état des connaissances, tels que sa définition, ses modèles et ses impacts;
2. Émettre des recommandations afin que le Québec puisse s'appuyer sur les meilleures pratiques et prendre le leadership en matière d'ACQ;
3. Recenser les outils de rétroaction disponibles qui favorisent la réalisation d'ACQ.



Une revue de la littérature sur l'ACQ et une consultation de parties prenantes ayant des connaissances et des compétences en ACQ ont été réalisées entre avril et novembre 2023. Les parties prenantes rencontrées se sont exprimées sur diverses thématiques portant sur l'ACQ. Les propos tenus de ces parties prenantes sont au cœur des recommandations mises de l'avant afin d'améliorer l'ACQ au Québec. Ces recommandations ont été regroupées selon **cinq thématiques**: la mise en œuvre des démarches d'ACQ, l'attitude et les compétences des parties prenantes, le partenariat, les rôles des décisionnaires et des instances gouvernementales et l'accès et l'utilisation des données et des indicateurs.

RÉSUMÉ - 5 THÉMATIQUES

01

La première thématique a mis en lumière l'impression de plusieurs parties prenantes de ne pas détenir suffisamment de connaissances pour définir et appliquer les principes de l'ACQ, ou d'en avoir une méconnaissance. Elles trouvent parfois difficile de transposer les connaissances qu'elles ont de l'ACQ dans leur pratique. Un réaménagement dans l'horaire pour consacrer du temps à l'ACQ est également réclamé par les parties prenantes. Le roulement ou les contraintes liées aux ressources humaines dans le milieu de la santé rendent difficiles le maintien à long terme des démarches d'ACQ. Afin de clarifier la nature de l'ACQ et les rôles de ses parties prenantes, d'optimiser la coordination et la gestion des démarches d'ACQ et de minimiser les effets négatifs liés au roulement et aux contraintes liées aux ressources humaines, les parties prenantes ont identifié, parmi l'ensemble des recommandations, trois priorités, lesquelles sont:

1. Développer et mettre à la disposition de toutes les parties prenantes un guide référentiel commun pour l'ACQ.
2. Privilégier des démarches d'ACQ significatives pour les milieux de santé, notamment à l'aide d'un outil de priorisation des démarches.
3. Garantir la présence d'une personne décisionnaire dans chaque équipe d'ACQ pour partager son expertise et encourager, soutenir et diffuser les démarches dans le réseau.

02

La deuxième thématique a permis de constater que s'il existe quelques outils pour optimiser l'ACQ dans les milieux, par exemple les modèles d'ACQ et leur méthodologie, ou des notions d'ACQ dans les cursus de formation, celles-ci ne sont pas standardisées. Peu de ressources sont disponibles ou accessibles pour encadrer ou soutenir le travail quotidien en ACQ. Il n'existe pas non plus de titre professionnel relié à l'ACQ, pas plus qu'il n'y a de reconnaissance et de légitimité du champ d'expertise de l'ACQ. Ce manque de légitimation peut agir en tant qu'obstacle au recrutement et à la rétention du personnel professionnel en ACQ et nuit à la mise en lumière du travail accompli et des innovations. Des démarches d'ACQ peuvent aussi apporter de la méfiance ou de la résistance de la part de certains membres du personnel professionnel des milieux de santé, qui craignent d'être surveillés, jugés ou de perdre leurs acquis professionnels. Pour favoriser une vision et une culture harmonisée de l'ACQ et rallier et valoriser les parties prenantes qui sont impliquées, deux priorités ont été identifiées par celles-ci:

1. Promouvoir une culture forte d'ACQ en démontrant sa valeur ajoutée et en modifiant les perceptions parfois erronées.
2. Intégrer et faire la promotion de l'ACQ dans les programmes universitaires.

RÉSUMÉ - 5 THÉMATIQUES

03

La troisième thématique souligne l'apport du partenariat et de l'intégration d'usagères et d'usagers au sein des démarches d'ACQ. En proposant son cadre de référence sur l'approche de partenariat en 2018, le Québec a su se démarquer en décernant une place et un rôle centraux aux usagères et usagers dans la gestion de leurs soins et services sociaux. Les usagères et usagers partagent leur savoir expérientiel, tant au niveau de leurs soins que leur vécu dans le réseau de santé et de services sociaux. Leur recrutement pour des démarches d'ACQ demeure toutefois ardu, en raison de l'implication significative en temps dans les démarches, des critères de sélection peu explicites et du manque de rémunération financière pour y participer. La collaboration requérant plusieurs expertises entre les parties prenantes, les organisations ou les équipes peut également être complexe, notamment en lien avec la gestion et la coordination. Le manque de temps à consacrer à l'ACQ, en plus de la charge habituelle du travail relié aux soins de santé qui est rapporté par plusieurs parties prenantes consultées est aussi un enjeu important influençant le niveau de collaboration et de motivation. Afin d'intégrer les usagères et usagers dans les démarches d'ACQ, valoriser leur rôle et encourager le travail collaboratif, les parties prenantes ont identifié trois priorités parmi l'ensemble des recommandations. Ces priorités sont :

1. Renforcer l'implication des usagères et usagers dans les démarches d'ACQ.
2. Développer un guide pour optimiser le partenariat en ACQ.
3. Reconnaître la valeur ajoutée des usagères et usagers qui souhaitent s'impliquer dans des démarches d'ACQ en allouant un budget dédié à leur rémunération.

04

La quatrième thématique soulève l'importance de l'appui et de l'engagement des instances gouvernementales et de ses décisionnaires dans la mise en place et le soutien de démarches d'ACQ, par exemple en déployant les AACQ dans les milieux. Des parties prenantes ont exprimé une difficulté reliée à l'arrimage entre les priorités du gouvernement et celles des organisations, qui empêche parfois l'implantation de changements à long terme pour les soins et les services. Une difficulté ou l'absence de financement dédié aux démarches d'ACQ traduit la complexité de les prioriser par les instances gouvernementales. Par ailleurs, les instances ont l'opportunité de partager dans les réseaux les réussites de l'ACQ au Québec, mais ne connaissent pas toujours l'ensemble des démarches en cours dans les milieux, rendant complexe leur diffusion. Il est aussi dénoté qu'il y a absence d'un lien conducteur clair dans l'ensemble des communications et des publications à propos des démarches d'ACQ, et qu'aucune organisation n'a la responsabilité officielle de leur diffusion. Afin de reconnaître l'importance de l'ACQ, d'aligner les priorités des milieux avec les orientations ministérielles et d'optimiser la diffusion des démarches et résultats d'ACQ, la priorité identifiée par les parties prenantes est de :

Créer un espace de partage provincial des démarches d'ACQ et désigner une entité responsable pour optimiser et animer cet espace.

RÉSUMÉ - 5 THÉMATIQUES

05

La cinquième et dernière thématique traite des nombreux défis liés à l'accès ainsi qu'à l'utilisation des données et des indicateurs en ACQ. Les parties prenantes consultées mentionnent l'absence de plusieurs sources d'informations utiles pour l'ACQ. Les données ne sont pas facilement accessibles et ne circulent pas dans le réseau, notamment en raison de délais d'obtention importants, d'outils non adaptés ou des dispositions légales de protection. Certaines données ne sont pas accessibles parce qu'elles ne sont pas mesurées par les milieux. La qualité des données est également un enjeu, puisqu'on constate l'absence de standardisation dans leur collecte et dans leur évaluation, ce qui empêche les comparaisons entre les milieux. Les données et les indicateurs ne sont pas liés en temps réel et certains d'entre-eux sont moins représentatifs de la réalité puisqu'ils proviennent de mesures budgétaires ou de la facturation. Développer des indicateurs communs pour les milieux pourrait être une façon d'imager une vue d'ensemble sur l'évolution de la qualité des soins dans le réseau. Ces indicateurs doivent toutefois être pertinents pour les milieux et pouvoir s'adapter à des réalités différentes, être fondés sur des données probantes, et être précis et mesurables selon un outil de comparaison unifié et mis en commun. Pour favoriser l'accès aux données et contribuer à une culture commune de la mesure, sept priorités sont mises de l'avant:

1. Optimiser l'opérationnalisation des législations afin de permettre un accès facilité aux données.
2. Favoriser une meilleure cohésion dans les démarches d'accès pour obtenir des données.
3. Contribuer à l'élaboration d'un modèle d'extraction des données unifié et partageable afin de développer un système de rétroaction accessible en temps réel, avec des indicateurs sur les pratiques organisationnelles, cliniques et académiques.
4. Mettre en place et en commun un outil de comparaison des données ne nécessitant aucune identification des établissements et qui permet de dissocier la performance et de reconnaître les efforts d'ACQ.
5. Développer un portefeuille des données disponibles en temps réel pour guider les actions et aligner les priorités.
6. Former et soutenir des personnes super-utilisatrices qui facilitent l'accès, l'extraction et la compréhension des données.
7. Encourager et soutenir le partage de l'opérationnalisation des indicateurs des démarches locales.



UNITÉ DE **SOUTIEN**
SSA | QUÉBEC

Ensemble pour un système de santé qui apprend

L'ACQ

LE QUINTUPLE OBJECTIF

Visant l'amélioration des soins de santé, le quintuple objectif (figure 1) comportait au départ trois dimensions, c'est-à-dire améliorer la santé de la population, améliorer l'efficacité du système de santé et améliorer l'expérience patient et les résultats obtenus (Nundy et al., 2022).

En 2004, la dimension du bien-être des ressources humaines en santé et services sociaux a été ajoutée, en reconnaissance des défis rencontrés par le personnel professionnel des milieux de santé. Ces défis pouvaient être, par exemple, l'épuisement du personnel professionnel, ayant des effets significatifs sur la satisfaction des usagers et usagers et les résultats de santé. Une cinquième dimension, l'équité en santé et services sociaux, est l'un des éléments-clé pour améliorer les soins aux usagers et usagers (Itchhaporia, 2021).



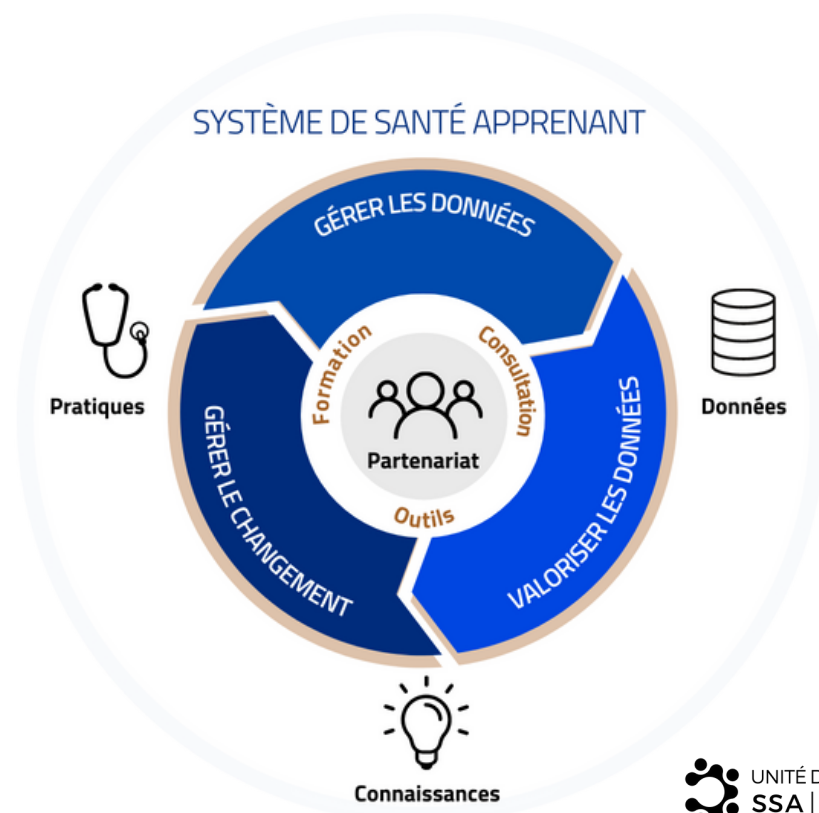
Figure 1. Le quintuple objectif

LE SYSTÈME DE SANTÉ APPRENANT

Le système de santé apprenant (SSA) constitue l'une des approches les plus prometteuses afin de transformer les soins de santé (Menear et al., 2019) et favorise l'atteinte du quintuple objectif.

Le SSA permet d'associer les soins cliniques, la recherche et le transfert de connaissances afin d'améliorer les soins aux usagères et usagers. Les données de santé sont utilisées pour générer de nouvelles connaissances, qui sont rapidement intégrées dans la pratique clinique. Cette intégration conduit à la génération de nouvelles données, ce qui déclenche un nouveau cycle d'apprentissage (Easterling et al., 2021). Ces cycles continus permettent d'identifier les stratégies, les interventions ou les approches qui ont fonctionné, pour quelles raisons, et pour quels types d'usagères et d'usagers elles pourraient être efficaces, le tout fondé sur des données probantes améliorant les pratiques en santé (Easterling et al., 2021).

Le SSA fait progresser la sécurité clinique et la recherche en santé, et est de plus en plus adopté dans les établissements de santé québécois pour fournir des soins de santé de meilleure qualité aux usagères et usagers. La qualité et la sécurité des soins aux usagères et usagers font d'ailleurs l'objet de plusieurs orientations ministérielles québécoises.



LES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES ET D'ORGANISATIONS SUR LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES SOINS

Au Québec, la loi 15 (Gouvernement du Québec, 2023) adoptée en décembre 2023 a créé Santé Québec, une entité responsable de coordonner les activités du réseau et d'encadrer la prestation des services de santé et des services sociaux des établissements publics et privés.

Cette nouvelle loi propose de faciliter l'accès à des services de santé et sociaux sécuritaires et de qualité en élaborant un programme national sur la qualité des services conforme aux attentes et orientations gouvernementales globales. Le programme national incite ainsi les établissements publics et les titulaires d'une autorisation à suivre des pratiques reconnues en ce qui a trait à la qualité, à la sécurité, à la pertinence et à l'efficacité des services offerts dans le réseau (Gouvernement du Québec, 2023). Le degré de satisfaction des usagères et usagers est également évalué et permet d'adapter les services. La mesure ainsi que le suivi de la performance, de l'efficacité et de la qualité des services offerts selon des indicateurs reconnus sont porteurs de la certification de la qualité des pratiques selon des normes prédéfinies.

Le cadre de gestion des groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) inclue le déploiement d'agentes et d'agents d'amélioration continue de la qualité (AACQ) dans les milieux afin d'assurer la consolidation des pratiques des soins et services de première ligne (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 2017). Ces agentes et agents identifient entre autres les opportunités d'amélioration en ce qui a trait aux soins et services et agissent en tant que facilitatrices et facilitateurs de la pratique dans les GMF-U en améliorant une ou plusieurs dimensions de la qualité des soins et services.

Agrément Canada est présent dans plus de 38 pays et contribue à des meilleurs soins de santé en évaluant objectivement les établissements de santé et des services sociaux ainsi que les organismes d'après des référentiels d'excellence. Ces référentiels, créés en collaboration avec les prestataires, les usagères et usagers et les décideurs, et mis en place par l'Organisation de normes en santé (HSO) et l'Organisation internationale de normalisation (ISO), permettent d'établir ce qui fonctionne et ce qui doit être amélioré dans les établissements et les organismes afin d'améliorer la qualité de leurs soins (Agrément Canada, 2022). Les référentiels offrent l'occasion aux établissements et organismes d'optimiser leurs ressources et d'augmenter l'efficacité, la qualité et la sécurité de leurs soins de santé en attestant leur conformité avec les normes de prestation de soins sécuritaires et de haute qualité (Agrément Canada, 2022).

Le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) évalue la participation de ses médecins à des activités d'apprentissage leur permettant d'améliorer leurs connaissances et leurs compétences au sein de leur pratique (Collège des médecins de famille du Canada, 2019). Un guide pour mieux intégrer l'amélioration continue de la qualité (ACQ) a également été produit et est utilisé dans les programmes de résidence en médecine de famille. Ces démarches d'amélioration de la pratique intégrées dans la formation des nouveaux médecins permettent d'adopter une approche systémique face à la qualité et à la sécurité des soins aux usagères et usagers et favorisent une communauté de pratique (Collège des médecins de famille du Canada, 2021).



LA PRÉSENTATION DU MANDAT DE L'UNITÉ

L'Unité de soutien SSA Québec s'appuie sur le quintuple objectif et le partenariat axé sur les patientes et les patients afin de soutenir la mise en place d'un SSA sur les territoires des quatre Réseaux universitaires intégrés en santé et services sociaux (RUISSS) du Québec.

L'Unité contribue à l'amélioration continue du système de santé québécois et des trajectoires de soins de la population. **L'une des mises en action de l'Unité consiste à instaurer des pratiques d'ACQ qui contribuent à la mise en place d'un SSA dans l'ensemble du réseau.** En concordance avec les orientations ministérielles et le cadre de gestion des GMF-U sur la qualité et l'amélioration des soins offerts aux usagères et usagers, l'Unité travaille de concert avec les milieux de la recherche, de la santé et des services sociaux en tant que catalyseur des outils de rétroaction et d'ACQ. **En 2022, le MSSS a confié à l'Unité le mandat de poursuivre les travaux de structuration et de déploiement de l'ACQ afin de contribuer à l'émergence d'un SSA et améliorer les pratiques dans le réseau de santé et des services sociaux.** Ce mandat incarne un moyen de développer une vision plus éclairée et partagée de ce qu'est l'ACQ et de développer les compétences de ceux et celles qui soutiennent les connaissances et les innovations pour améliorer le réseau. Au regard de ces objectifs, l'Unité propose l'Énoncé de position sur l'ACQ.

LE TEXTE CONTEXTUEL

LA MÉTHODOLOGIE

Les objectifs de l'Énoncé de position sont :

- Développer une compréhension commune de l'ACQ en présentant l'état des connaissances.
- Émettre des recommandations afin que le Québec puisse s'appuyer sur les meilleures pratiques et prendre le leadership en matière d'ACQ.
- Recenser les outils de rétroaction disponibles qui favorisent la réalisation d'ACQ.

Afin de documenter l'état des connaissances, **une revue de littérature a été réalisée d'après plusieurs mots-clés**, dans diverses banques de données et en utilisant des critères d'inclusion et d'exclusion (annexe 1). Une revue de la littérature grise, par exemple, des sites gouvernementaux, d'associations ou d'organismes a aussi été conduite.

Des consultations individuelles et de groupes ont permis de sonder les différentes parties prenantes à propos de l'ACQ et de ses outils de rétroaction afin d'illustrer un portrait étoffé de la situation actuelle.

Des usagères et usagers (dont une usagère des Premiers Peuples) ou les personnes qui les représentent, des membres d'équipes de recherche ou d'équipes de soins de santé et des services sociaux, des gestionnaires, des décisionnaires, des représentants d'organisations et d'associations, des personnes de l'Unité de soutien SSA Québec et de l'extérieur du Québec ont pu s'exprimer sur plusieurs thématiques touchant l'ACQ. Ces thématiques portaient, par exemple, sur la définition de l'ACQ, ses modèles et ses impacts; la diffusion des démarches d'ACQ et de leurs résultats et les indicateurs (annexe 2).

Enfin, précédant son dépôt final auprès du ministère, un **comité réviseur** composé de représentants des groupes préalablement rencontrés **s'est prononcé sur les recommandations** émises dans l'Énoncé de position et sur les priorités d'actions à mettre en place.

LA DÉFINITION ET L'OBJECTIF DE L'ACQ

L'Organisation mondiale de la santé (Organisation mondiale de la santé, 2019) a défini six dimensions de la qualité des soins :

- **Sûrs** : les usagères et usagers ne subissent aucuns préjudices liés à des soins leur étant destinés.
- **Efficaces** : les soins sont fondés sur des connaissances scientifiques et sont prodigués à celles et ceux qui pourraient en bénéficier.
- **Centrés sur les usagères et les usagers** : les soins respectent et répondent aux préférences, aux besoins et aux valeurs des usagères et usagers.
- **En temps opportun** : les temps d'attente et les retards préjudiciables pour les usagères et usagers et pour les prestataires sont réduits lorsque possible.
- **Efficients** : les ressources disponibles sont optimisées et le gaspillage (équipements, fournitures, idées, énergie) est évité.
- **Équitables** : les soins prodigués ne varient pas en raison de caractéristiques personnelles telles que le sexe, l'appartenance ethnique et la situation géographique.

L'ACQ se définit par 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 (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 2017, p.7).

L'ACQ développe une culture qui amène toutes les parties prenantes impliquées à adopter une approche systémique et réflexive pour repérer des opportunités d'amélioration. Elle identifie et cherche à comprendre les problématiques, teste des solutions et mesure les impacts dans les milieux afin d'optimiser les soins et les services aux usagères et usagers et aux familles. L'ACQ aide à s'ajuster aux besoins changeants, à utiliser les bons outils et à obtenir des résultats adaptés selon les réalités (The Health Foundation, 2021). **L'intention première de l'ACQ est d'apporter une amélioration mesurable à un aspect de la prestation des soins de santé, fondée sur les données probantes et les connaissances, le tout nécessitant plusieurs cycles de changements pour trouver la meilleure solution et la perfectionner.** L'ACQ utilise une méthodologie rigoureuse, mobilise et concerte une multitude de parties prenantes et utilise les données des milieux (Backhouse & Ogunlayi, 2020).

Le cycle d'une démarche d'ACQ comprend six étapes (Institute for Healthcare Improvement, 2023) :

- Identifier le problème, la population cible et les personnes impliquées (équipes d'ACQ).
- Définir l'objectif atteint ou accompli.
- Développer un plan de changement comprenant la composition des équipes, la répartition des rôles et la planification des réunions, la collecte des données en temps réel et le partage des informations avec les collaboratrices et collaborateurs.
- Choisir des indicateurs adaptés selon les démarches d'ACQ et indiquer de quelle façon ils doivent être mesurés.
- Recueillir et interpréter les données et documenter les réussites et les défis rencontrés.
- Implanter le changement à plus grande échelle et diffuser les résultats.

Afin de mener avec succès des démarches d'ACQ, plusieurs stratégies peuvent être préconisées par les équipes. **La première** consiste à énoncer les objectifs des démarches d'ACQ d'après le cadre SMART, c'est-à-dire qu'ils doivent être :

- **Spécifiques** : préciser ce qui doit être accompli de façon claire et simple à comprendre.
- **Mesurables** : indiquer la valeur à atteindre ou la mesure à utiliser.
- **Atteignables** : considérer les ressources disponibles et la motivation des parties prenantes.
- **Réalistes** : être significatifs et pertinents pour les parties prenantes.
- **Temporellement définis** : établir un délai clair pour atteindre les objectifs.

La deuxième stratégie réside dans l'alignement des démarches d'ACQ avec les priorités établies de l'organisation, permettant entre autres d'augmenter la cohérence et l'adhésion de l'ensemble des parties prenantes ainsi que la mobilisation pour les réaliser et les mener à terme (Jones et al., 2019).

Une troisième stratégie est de rallier l'ensemble des parties prenantes dans ces démarches, de les persuader de l'existence d'une problématique à résoudre et d'assurer le maintien de leur engagement une fois le changement mis en place et malgré les nombreuses autres sollicitations reliées à leur travail (Jones et al., 2019). La pratique réflexive incarne notamment l'un des moyens qui favorisent l'engagement du personnel professionnel dans le changement de la pratique (Lafortune & Avec la collaboration de C. Lepage, 2008). La pratique réflexive est définie comme « une mise à distance et un regard critique sur son propre fonctionnement, mais aussi une analyse tant individuelle que collective des actions et décisions prises en cours d'action » (Lafortune & Avec la collaboration de C. Lepage, 2008, p.16). Lorsque la pratique réflexive est soutenue par des données, elle permet au personnel professionnel de reconnaître l'écart qui peut exister entre les meilleures pratiques et la pratique actuelle. L'implication d'une ou d'un décisionnaire demeure essentielle dans la composition des équipes d'ACQ.

Les démarches d'ACQ sont menées au sein d'équipes interdisciplinaires arrimant diverses expertises et compétences dans le domaine. Si la composition de ces équipes peut varier selon les besoins et les priorités identifiés, elles sont généralement formées:

- D'une usagère ou d'un usager;
- D'une facilitatrice ou d'un facilitateur de pratique;
- D'une ou d'un leader clinique ou administratif;
- D'un ou d'une gestionnaire.



DIFFÉRENCIER L'ACQ DE LA RECHERCHE

L'ACQ et la recherche sont parfois confondues, mais présentent pourtant des différences importantes (tableau 1). L'ACQ aide les équipes et les milieux à mettre en œuvre rapidement des changements reliés à une problématique identifiée (Russ et al., 2023). La recherche, quant à elle, cherche à valider ou informer une hypothèse et à en tirer des conclusions, contribuant ainsi à des nouvelles connaissances généralisables et une démarche qui s'opérationnalise à long terme (Berman et al., 2018). En général, l'ACQ est menée pour combler une lacune de fonctionnement identifiée par le terrain tandis que la recherche est menée pour combler une lacune en matière de connaissances (Berman et al., 2018).

Tableau 1

	ACQ	Recherche
Objectif	Résoudre un problème ou améliorer des résultats du milieu	Créer des nouvelles connaissances généralisables
Population	Personnes impliquées dans le changement	Échantillon fixe prédéterminé
Biais	Non contrôlé	Contrôlé
Collecte des données	Continuelle selon des cycles	Avant et après intervention
Échéancier	Rapide	Lent (années)
Approbation éthique	Non requise	Requise
Bienfaits pour les participant(e)s	Presque qu'immédiats	À long terme et parfois indirects
Généralisation des résultats	Faible à modérée	Modérée à élevée
Publication	Possible mais rare	Fréquente

LES MODÈLES D'ACQ

S'il existe quelques modèles d'ACQ, trois sont davantage utilisés dans les milieux de soins.

Le modèle Six Sigma est une méthode qui vise à réduire la variabilité d'un processus pour améliorer la qualité globale (Antony et al., 2018). Ce modèle est entre autres utilisé dans les soins de santé pour améliorer la qualité des services et prévenir ou réduire les erreurs ou diminuer le temps d'attente des usagères et usagers (Thakur et al., 2023). L'analyse statistique des données, la conception d'expériences et les tests d'hypothèses sont des méthodes utilisées dans ce modèle.

Le modèle Lean vise à identifier et éliminer tous gaspillages et pertes au sein d'une organisation, c'est-à-dire tout processus ou procédures sans valeur ajoutée (Miller, 2015). Ce modèle mobilise le personnel à tous les niveaux pour mettre en place des solutions innovantes menant à la réduction du gaspillage et à l'amélioration de l'expérience patient (Thakur et al., 2023). Il met les usagères et usagers au centre de toutes les activités et favorise la fluidité du travail (Clark et al., 2013). Le modèle Lean utilise des outils tels que l'organisation du lieu de travail et les contrôles visuels.

Le modèle pour l'amélioration a été développé par les Associates in Process Improvement et a ensuite été adopté par l'Institute for Healthcare Improvement (IHI) (Scoville & Little, 2014). Le modèle pour l'amélioration est axé sur l'apport de petites améliorations progressives au fil du temps à l'aide des cycles PRÉA : Planifier-Réaliser-Évaluer-Agir (en anglais : PDSA; Plan-Do-Study-Act) d'après un objectif clairement défini (NHS England and NHS Improvement, 2022). Les cycles PREA commencent à petite échelle, afin de minimiser les risques, puis sont intensifiés une fois que le changement a apporté l'impact souhaité. Le modèle pour l'amélioration pose trois questions (NHS England and NHS Improvement, 2022) :

- Qu'essayons-nous d'accomplir ? (objectif)
- Comment saurons-nous qu'un changement est une amélioration ? (indicateurs)
- Quels changements pouvons-nous apporter pour améliorer la situation ? (idées de changement)

Ce modèle est approprié pour les problèmes de qualité des soins dont les causes ont été préalablement identifiées et vise à améliorer l'expérience des usagères et usagers et la santé de la population (Scoville & Little, 2014).



Selon les parties prenantes rencontrées, le modèle pour l'amélioration est celui le plus enseigné à la communauté étudiante résidente en médecine au Québec, en raison de sa simplicité à être compris à l'aide de trois questions et des cycles PREA. Quoique le modèle Lean soit bien présent au sein des établissements de santé, le modèle pour l'amélioration serait de plus en plus enseigné puisqu'il est facile à contextualiser et à expliquer, que ce soit aux membres des équipes de soins ou aux usagères et usagers. Peu importe le modèle d'ACQ choisi, il demeure qu'il faut savoir le déployer de la bonne manière et former les gens afin qu'ils utilisent les bons ensembles d'outils selon la situation.



L'ACQ À L'INTERNATIONAL

Plusieurs pays ont investi afin de mettre en place et soutenir l'ACQ dans les soins et les services sociaux.

En France, la Commission de l'évaluation et de l'amélioration de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux établit et diffuse le référentiel, la procédure et les recommandations des bonnes pratiques quant à la qualité des prestations délivrées dans les milieux de santé (Haute Autorité de Santé, 2023). La Haute autorité de santé oblige une évaluation quant à la qualité des prestations fournies dans les milieux et la sécurité des soins offerts aux usagères et usagers des établissements de santé publics à tous les quatre ans. Pour obtenir une certification Qualité des soins, il faut entre autres considérer le point de vue des usagères et usagers sur leur expérience, évaluer les résultats en termes de santé et d'appréciation du parcours dans l'établissement, permettre aux équipes de soins d'organiser leurs pratiques à l'aide de méthodes qu'elles jugent les plus appropriées et s'engager dans des démarches d'ACQ et de sécurité des soins en posant des actions concrètes (Haute Autorité de Santé, 2023).

La Belgique soutient la qualité et la sécurité des usagères et usagers dans ses hôpitaux à l'aide d'un programme reposant sur trois piliers : la vision de rétablissement, la participation des usagères et usagers et des familles et la continuité des soins. Afin d'évaluer les démarches d'ACQ de plus en plus nombreuses dans les milieux, la Belgique a mis en place une procédure comprenant l'accréditation volontaire des hôpitaux réalisant des démarches, la publication d'indicateurs de qualité ainsi que l'inspection obligatoire des installations par le gouvernement (Gouvernement de la Belgique, 2022).



DÉFINIR L'ACQ

En Australie, la Commission australienne pour la sécurité et la qualité des soins de santé (ACSQHC) développe et révisé les normes de qualité et les lignes directrices en consultation avec l'industrie, les organismes et les consommateurs. Elle évalue également les soins cliniques par la collecte, l'analyse et la diffusion d'indicateurs cliniques et donne des conseils sur l'amélioration de la qualité des soins de santé (Australian commission on safety and quality in healthcare, 2019).

En Angleterre, le National Quality Board (NQB) soutient son plan de développement de l'ACQ à travers la transformation de son système selon plusieurs thématiques, dont la transformation numérique, la recherche et l'innovation, le personnel de santé et des services sociaux, la sécurité des usagers et usagers et l'amélioration de la santé de la population et des inégalités de santé (Greater Manchester combined authority, 2019).

La stratégie nationale pour l'amélioration de la qualité des soins de santé des **États-Unis** permet d'encadrer les efforts d'amélioration de la qualité, de partager les connaissances et de mesurer les résultats des interventions mises en place selon trois objectifs. Ces objectifs sont d'offrir de meilleurs soins en les rendant davantage centrés sur les usagers et usagers, d'améliorer la santé de la population en soutenant des interventions fondées sur les données probantes et de réduire le coût des soins de santé pour les individus (US Department of Health and Human Services, 2012). Parmi plusieurs démarches mises en place afin de favoriser l'ACQ, l'Institute for Healthcare Improvement (IHI) est proactif afin d'améliorer les soins et fournit des méthodes, des outils et des meilleures pratiques, par exemple en proposant le modèle pour l'amélioration (Institute for Healthcare Improvement, 2023).

Avec l'élaboration de sa stratégie en matière de qualité de la santé revisitée en 2022 (Federal Ministry for Social Affairs, Health, Care and Consumer Protection, 2022), **l'Autriche** contribue à l'amélioration de l'efficacité et de l'efficience du système de soins et garantit une qualité d'intervention pour sa population. La stratégie est fondée sur plusieurs valeurs et priorités, dont la sécurité des usagers et usagers, la qualité de la structure, des processus et des résultats, la gestion des risques, l'égalité d'accès aux soins, les décisions fondées sur des données probantes et la transparence de l'information (Federal Ministry for Social Affairs, Health, Care and Consumer Protection, 2022).



L'ACQ AU CANADA

Excellence en santé Canada travaille avec divers partenaires afin de diffuser l'innovation, renforcer les capacités et appuyer les changements politiques pour que les Canadiens puissent bénéficier de soins de santé sécuritaires et de grande qualité.

À l'aide de son cadre de qualité et de sécurité des usagères et usagers pour les services de santé, Excellence en santé Canada transforme les innovations en améliorations durables dans tous les domaines de la santé. Ce cadre a pour objectifs d'améliorer les domaines clés de la qualité et de la sécurité, réduire les variations injustifiées des soins et renforcer les services de santé de haute qualité qui améliorent l'expérience des usagères et usagers (Canadian patient safety institute, 2020). Excellence en santé Canada propose diverses formations améliorant la qualité et la sécurité des services de santé, dont le programme FORCES. Ce programme est destiné aux cadres dans le domaine de la santé souhaitant perfectionner leurs compétences en leadership afin de transformer la culture organisationnelle en matière de sécurité des soins prodigués aux usagères et usagers. Grâce à ce programme, il leur est notamment possible d'apprendre à utiliser les données probantes en appui à des solutions à des problèmes systémiques et d'approfondir leurs connaissances sur la cocréation de démarches avec des usagères et des usagers (Excellence en santé Canada, 2024).

C'est d'abord en **Saskatchewan** que plus de 1 500 démarches d'ACQ ont été mises en place dans le système de santé canadien. Le Saskatchewan Health Quality Council (HQC) joue un rôle de premier plan dans l'implantation des départements d'amélioration de la qualité au sein des autorités sanitaires régionales et dans le renforcement des connaissances et des capacités en matière de méthodologie de l'amélioration de la qualité. Ce conseil a notamment la charge de la surveillance et de l'évaluation de la qualité dans les soins de santé et aide divers partenaires à renforcer leurs compétences en ACQ (Quality patient safety and accreditation project team, 2019).

Le cadre d'apprentissage et de qualité du **Manitoba** s'aligne sur le quadruple objectif (devenu le quintuple objectif) et vise l'amélioration de la qualité afin de rendre le système de soins de santé manitobain plus performant (Quality patient safety and accreditation project team, 2019). Le cadre oriente la planification, la mesure et l'évaluation de la santé selon deux objectifs, c'est-à-dire des expériences positives pour les usagères et usagers et les équipes de soins en santé ainsi que le développement durable du système de santé.

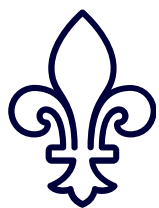


DÉFINIR L'ACQ

En Alberta, le cadre de gestion de la qualité des soins continus des services de santé décrit la structure, les fonctions et les responsabilités en matière d'amélioration et de mise en œuvre opérationnelle de la qualité des soins et des services (Alberta Health Services, 2014). Le cadre de gestion met en lumière six principes : il faut placer les personnes et leurs familles au centre de leurs soins de santé; s'engager en faveur de la qualité et de la sécurité; favoriser une culture de confiance et de respect; se concentrer sur le bien-être et la santé publique; permettre une prise de décision fondée sur les meilleures données disponibles et garantir un accès équitable à des soins opportuns et appropriés. Pour atteindre ces principes, il faut apporter à la communauté des soins appropriés, centrés sur la personne et qui s'améliorent continuellement, développer des partenariats dans le cadre d'une culture d'apprentissage fondée sur des données probantes et encourager le travail d'équipe (Alberta Health Services, 2014).

L'objectif du Conseil de la sécurité et de la qualité des usagères et usagers de la **Colombie-Britannique** (Health Quality BC) est de fournir des conseils et d'émettre des recommandations au ministre des Services de santé sur les questions liées à la sécurité des usagères et usagers et à la qualité des soins. Par sa mise en action, le conseil renforce la sécurité des usagères et usagers, promeut la transparence dans les soins et contribue à l'identification des meilleures pratiques (BC Patient Safety & Quality Council, 2017). Une formation complète sur l'ACQ est également disponible pour les médecins et les membres de leur équipe (Specialist Services Committee, 2024). Par ailleurs, un outil référentiel recensant les démarches d'ACQ est offert et facilite le partage d'informations et aligne les efforts et les ressources (Specialist Services Committee & Shared Care Committee, 2024).

Afin d'identifier les priorités et faire progresser l'amélioration des pratiques dans le domaine des soins primaires, le Collège des médecins de famille de l'**Ontario**, en collaboration avec Santé Ontario, a mené en 2015 un projet (Ontario College of Family Physicians, 2015). Ce projet avait comme objectifs d'identifier les éléments essentiels pour soutenir la progression de l'amélioration continue des pratiques dans les soins primaires, d'engager le dialogue avec les prestataires de soins et d'obtenir les commentaires des parties prenantes sur la meilleure approche de diffusion des pratiques d'amélioration de la qualité pour l'ensemble de la province. À la suite de ce projet, le Collège des médecins de famille de l'Ontario a émis quelques recommandations, dont renforcer le leadership ainsi que le soutien et l'éducation sur l'amélioration de la qualité et faciliter l'accès et l'utilisation des données (Ontario College of Family Physicians, 2015). L'Ontario met également à la disposition de son personnel professionnel des milieux de santé divers outils, dont un guide d'accompagnement pour implanter un plan d'amélioration de la qualité au sein d'une organisation ou d'un organisme (Health Quality Ontario, 2017; Ontario Health, 2022).

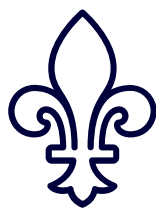


LES ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES QUÉBÉCOISES EN ACQ

Depuis 2017, le déploiement d'AACQ dans les GMF-U permet de soutenir la qualité des soins et des services cliniques. Ces AACQ agissent en tant que facilitatrices et facilitateurs de pratique en soutenant le changement et en optimisant l'organisation clinique, par exemple, en participant à l'application des orientations de leur établissement d'appartenance et en s'assurant du suivi et de la coordination des démarches d'ACQ dans les milieux (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2020).

L'arrivée d'agentes et d'agents régionaux d'amélioration continue de la qualité (ARACQ) permet aussi de déployer la méthodologie et la culture d'ACQ au sein des établissements de santé en première ligne. Ils collaborent avec les gestionnaires et les équipes des milieux et développent des réseaux de maillages avec les AACQ pour codévelopper des démarches d'ACQ et favoriser leur diffusion pour émuler les succès d'amélioration.

Afin de favoriser la pratique des AACQ et des ARACQ, d'offrir une formation unifiée pour l'ensemble des parties prenantes de l'ACQ, de soutenir les démarches d'ACQ à grand déploiement et de contribuer à l'avancement et au transfert des connaissances de l'ACQ, **l'Académie Qualité Santé (AQS), nouveau joueur, développe actuellement une plateforme de formation complète.** Grâce à cette nouvelle offre formative, le personnel professionnel des milieux de santé, les apprenantes et apprenants, les gestionnaires, les membres d'équipes de recherche et les usagères et usagers pourront développer leurs connaissances et compétences en matière d'ACQ, leur permettant de devenir des agentes et agents de changements dans leur milieu. Toujours en cours de développement, l'offre de l'AQS se décline sous trois volets. Le premier volet est le visionnement de capsules portant sur l'ACQ et les éléments clés de ses démarches ainsi que des capsules sur le rôle des usagères et usagers partenaires en ACQ. Le deuxième volet propose des parcours de formation en ligne pour le personnel professionnel des milieux de santé en formation ou en pratique et les gestionnaires, jumelés à une offre d'atelier en présentiel pour ceux souhaitant débiter des démarches d'ACQ dans leur milieu. Le troisième volet offre un parcours de formation hybride d'une année qui développe les connaissances et les concepts clés de la facilitation de pratique. Du mentorat individuel est également proposé.



LES OUTILS PERMETTANT DE SOUTENIR L'ACQ AU QUÉBEC

L'ACQ AU QUÉBEC

Actuellement, les outils permettant de soutenir les parties prenantes en ACQ sont limités. Les dossiers médicaux électroniques (DMÉ) sont une source de données importante et contiennent entre autres les renseignements sociodémographiques, les antécédents médicaux, le profil pharmaceutique et les diagnostics des usagers et usagères du réseau de santé et des services sociaux.

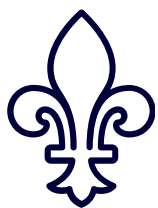
L'extraction de ces données, sous forme de rapports ou de listes d'usagères et d'usagers, s'avère importante en ACQ, mais leur format, le type de données disponibles, les frais associés et la procédure pour leur accéder peuvent varier d'un fournisseur à l'autre. Les DMÉ n'ont pas non plus été conçus pour favoriser l'ACQ, ce qui complique le partage et l'opérationnalisation des données dans les démarches locales. Puisque les indicateurs sont liés aux activités quotidiennes et qu'ils peuvent être modifiés, qu'ils contribuent au pouvoir d'agir et au changement de comportement du personnel professionnel des milieux de santé, **il serait bénéfique de mieux structurer les DMÉ et de les harmoniser** (Glenngård & Anell, 2021). Les données pourraient ainsi permettre au personnel professionnel des milieux de santé, tels les AACQ, de les utiliser comme levier pour améliorer les soins et les pratiques en santé, par exemple en développant des tableaux de bord pour leur milieu.

Le personnel professionnel des milieux de santé peut également avoir accès à des outils d'audit et de rétroaction sur sa performance clinique (ligne du temps), qu'il peut utiliser en tant que stratégie d'amélioration de la qualité de sa pratique (Brown et al., 2019). Les outils d'audits et de rétroaction devraient être accessibles en temps réel, offrir un comparateur, être spécifiques au rôle et intégrer un plan d'action (Brown et al., 2019; Glenngård & Anell, 2021; Tsang et al., 2022; Van Den Bulck et al., 2020). **L'efficacité des outils d'audits et de rétroaction sur l'amélioration des soins et les résultats de l'expérience patient est entre autres influencée par les facteurs socio-environnementaux, dont le contexte et les ressources disponibles.** Selon les parties prenantes consultées et la littérature, les outils de rétroaction qui ne sont pas réalisés pour les personnes utilisatrices, sans accompagnement ni leadership ou incitatif sont inadéquats (Donnelly et al., 2023). Dans ces conditions, ces outils ne permettent pas la pratique réflexive et laissent l'impression d'une évaluation de la performance, soit des établissements ou du personnel professionnel.

Des activités de pratique réflexive incluent une présentation des indicateurs mis en relation avec des données probantes, des discussions de groupe donnant un sens aux données ainsi que des démarches concrètes d'ACQ. Une chercheuse rencontrée mentionne que dans une activité de pratique réflexive, la présence de données et d'indicateurs fiables est cruciale : « les indicateurs aident à poser un regard critique sur ce que [les professionnels] font à la lumière de meilleures pratiques. Puis on sait que souvent les indicateurs vont créer de la dissonance cognitive qui les amène à apprendre ». **Deux démarches de pratique réflexive sont en cours au Québec** : la première, le Collectif pour les meilleures pratiques et l'amélioration des soins et services de première ligne en prévention et en gestion des maladies chroniques (CoMPAS+), porte sur les thématiques du diabète, les maladies pulmonaires chroniques obstructives (MPOC) et la polymédication. La deuxième démarche, l'outil réflexif sur l'accès adapté (ORAA), traite de l'accès adapté aux soins de première ligne.

Parmi les différents outils soutenant l'ACQ (ligne du temps), certaines thématiques ne sont pas encore couvertes au Québec. C'est le cas pour l'utilisation et la surveillance des tests sanguins, la performance basée sur les compétences, la gestion des maladies aiguës, la prévention et le dépistage des maladies, les soins infirmiers, la sécurité, la santé mentale, la promotion de saine habitude de vie, la santé maternelle et le flux de travail quotidien des cliniciennes et cliniciens (Hutchison et al., 2020; Tsang et al., 2022). Une étude a permis de constater que « toutes les interventions de rétroaction ciblant la sécurité des médicaments, la médecine préventive, la gestion du cholestérol et la dépression ont été efficaces » (Van Den Bulck et al., 2020, p.711). Les différents outils et indicateurs ne sont pas répertoriés selon la thématique de la qualité, et la dernière recension portant sur l'utilisation des indicateurs date de 2013 (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2013). **Cette insuffisance de connaissances et de vue globale sur les mesures et les outils disponibles nuit à un choix de mesures claires et alignées sur les enjeux prioritaires ainsi qu'au développement d'indicateurs pertinents.** Ce survol des outils qui soutiennent l'ACQ démontre l'importance de développer une vision à long terme, un consensus et un partage de l'opérationnalisation des indicateurs, tout autant que la création de tableaux de bord en temps réel sur un ensemble d'indicateurs de qualité pour la première ligne.

Il y a vraisemblablement un écart à combler avec la vision idéale d'un système de rétroaction avec des données accessibles en temps réel, avec des pratiques cliniques et organisationnelles choisies par les usagères et usagers et le personnel professionnel des milieux de santé qui favoriserait l'émergence d'un SSA.



LES IMPACTS DE L'ACQ

Les impacts de l'ACQ sur la population générale, les équipes de soins, les usagères et usagers, les personnes proches aidantes ainsi que les familles sont rapportés à la fois dans la littérature et par les parties prenantes sollicitées pour l'Énoncé de position.

Il est rapporté que l'ACQ contribue à une culture de la qualité (Rogers et al., 2019) et de la réflexivité en santé et qu'elle améliore les services et la sécurité des soins et des suivis (Abrampah et al., 2018). L'ACQ permet la mise en place d'une nouvelle pratique, plus performante, et engage la population dans son réseau de santé (Tran et al., 2021). **Entreprendre des démarches d'ACQ significatives aux yeux du personnel professionnel des milieux de santé rallie les personnes récalcitrantes ou hésitantes à s'engager et mène à un effet d'entraînement dans le milieu** (Ratner & Pignone, 2019). L'augmentation du sentiment d'appartenance et de fierté d'avoir contribué aux démarches d'ACQ et au succès de l'organisation, ainsi que l'amélioration de la cohésion d'équipe, de la collaboration et de la communication entre les membres du personnel (Smith et al., 2019) font en sorte de rehausser la valeur des démarches d'ACQ dans les milieux de soins. De même, les accomplissements sensibilisent l'ensemble des parties prenantes impliquées aux impacts négatifs causés par la négligence et le laisser-aller, autant au niveau des équipes que pour les usagères et usagers, permettant un ajustement dans les pratiques (Smith et al., 2019).

Les démarches d'ACQ ont également des impacts pour les usagères et usagers, dont l'augmentation de la satisfaction envers l'accès aux soins et aux services (Baker et al., 2016), l'amélioration de la qualité des soins (Rogers et al., 2019) et de l'expérience patient. L'ACQ favorise les communications fluides entre les parties prenantes et les usagères et usagers (Armstrong et al., 2013) et leur offre l'occasion de s'engager dans leur réseau de santé (Baker et al., 2016). Enfin, les usagères et usagers bénéficient de soins et services continuellement améliorés selon les meilleures pratiques.



CHRONOLOGIE DES RAPPORTS, DES OUTILS ET DES RESSOURCES SOUTENANT L'ACQ

L'ACQ AU QUÉBEC | Ligne du temps

LÉGENDE

Outils et ressources

Rapports

2008

CoMPAS+ : MPOC, Diabète, Polymédication, TNCM

2012

Indicateurs de qualité à l'intention des professionnels et des gestionnaires des services de première ligne (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2012)

Cadre de référence ministérielle d'évaluation de la performance du système public de santé et de services sociaux à des fins de gestion (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2012)

2014

Choisir avec soin : Trousse d'outil pour réduire les tests et les traitements inutiles

EMIS : Les maladies chroniques et leurs déterminants

2017

AACQ : Agente et agent d'ACQ

Cadre de référence en lien avec l'amélioration continue de la qualité dans les GMF-U du Québec (Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 2017)

2019

ReflexD par Pars3 : diabète

2021

Revue documentaire des cadres d'analyse de la valeur et de la performance du système de santé (Commissaire à la santé et au bien-être, 2021)

2022

RCIP : Sondage auprès des usagers et des usagères
ORAA : Rapport sur l'accès, la continuité et la collaboration
Repères GMF : Rapport sur 15 indicateurs. Caractéristiques socio-démographiques et cliniques de la clientèle inscrite à la clinique. Caractéristiques organisationnelles des GMF

Indicateurs de la qualité des soins et services de première ligne visant à appuyer l'amélioration continue de la qualité dans les groupes de médecine de famille au Québec. Repères GMF. (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2022)

2002

DMÉ : Extraction de liste d'usagères et d'usagers et autres rapports

2009

INSPQ : SISMACQ.

Rapport d'appréciation de la performance du système de Santé et de Services sociaux 2009. Construire sur les bases d'une première ligne de soins renouvelée : recommandations, enjeu et implications. (Commissaire à la santé et au bien-être, 2009)

2013

RCSSSP : Rapport sur 13 maladies chroniques. Les 20 médicaments les plus prescrits. Diagramme de tendance pour les données de laboratoire et d'examen. Fréquence des diagnostics.

Réseau-1 Québec

Méthodologie de sélection des indicateurs et relevé d'initiatives d'utilisation d'indicateurs au Canada et au Québec (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2013)

2015

REFLET : Rapport sur le diabète, l'hypertension et l'hyperlipidémie

ROSEH : taux d'assiduité

2018

Réflexi-vite : Questions sur différents volets d'une pratique

Utilisation des données cliniques, SRAP en collaboration avec l'INESSS. (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, 2018)

2020

ICIS : Indicateurs sur la santé à l'échelle du Canada

Pour des trajectoires de soins et de services performantes : un outillage pour l'analyse et la mesure. (Institut Universitaire de Première Ligne en Santé et Services Sociaux & Centre intégré universitaire de Santé et Services Sociaux de l'Estrie. Centre hospitalier Universitaire de Sherbrooke, 2020)

2023

ARACQ : Agente et agent régional d'ACQ

PaRIS : Indicateurs sur l'expérience et la satisfaction des usagères et des usagers

AQS : Formation en ACQ

Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité. Cadre de référence. (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2023a)

RECOMMANDATIONS



UNITÉ DE **SOUTIEN**
SSA | QUÉBEC

Ensemble pour un système de santé qui apprend

LA MISE EN ŒUVRE DES DÉMARCHES D'ACQ

Plusieurs défis sont relevés lorsqu'il s'agit de réaliser des démarches d'ACQ. Certaines personnes travaillant dans le domaine de la santé ont l'impression de ne pas bien comprendre ce qu'est concrètement l'ACQ, ou en ont une méconnaissance (Rubenstein et al., 2014).

Peu de guides sont disponibles pour orienter les bonnes pratiques en ACQ; les rôles que les différentes parties prenantes impliquées en ACQ occupent, dont les AACQ, ne semblent pas non plus être bien définis. **Ces facilitatrices et facilitateurs de pratique améliorent notamment les pratiques en partageant des outils et des ressources et leur expertise, mais leur travail demande à être davantage défini et utilisé afin d'implanter une philosophie d'ACQ ancrée au sein des institutions** (Laberge et al., 2022; Liddy et al., 2013). Il peut parfois être difficile de départager les démarches d'ACQ des projets de recherche, encore plus lorsque certaines incluent une combinaison des deux. De même, les différentes directions que peuvent prendre les démarches ne sont pas bien connues, et l'amélioration continue par la formation est davantage mise de l'avant par les milieux que la réalisation de démarches d'ACQ, ce qui est entre autres observé en physiothérapie.

Plusieurs parties prenantes mentionnent ne pas être en mesure de transposer adéquatement les connaissances dans les milieux (McHugh et al., 2018) et de faire des suivis post implantations. L'absence d'une ou d'un gestionnaire dans les équipes d'ACQ, ou la gestion des démarches par des personnes n'ayant aucune connaissances ou compétences préalables peuvent faire en sorte que les démarches d'ACQ s'essoufflent rapidement et que les changements soient mal ou à demi implantés dans les milieux (Shea et al., 2018).

Il est souhaitable que les équipes d'ACQ aient une personne en charge expérimentée qui possède des aptitudes et des compétences et qu'elle soit imputable du déroulement de la démarche ainsi que des rôles et responsabilités des membres (Hespe et al., 2018). Cette personne expérimentée mobilise et engage les parties prenantes dans les démarches d'ACQ et a la charge de la collecte des données et de la rétroaction des usagères et usagers, tel que mentionné par ce gestionnaire :



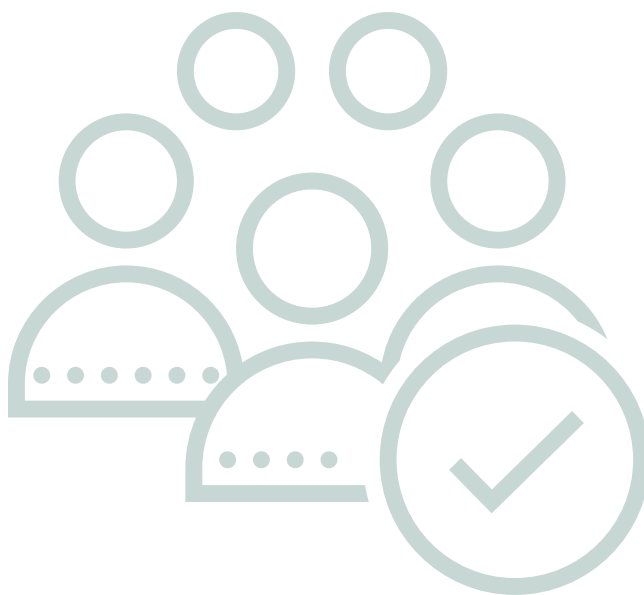
C'est quelqu'un qui va organiser les rencontres, aller chercher les données, amener les gens en atelier, faire les suivis nécessaires. Si on n'a pas cette personne, les projets tombent.

Les parties prenantes de l'ACQ réclament aussi du temps dans leur horaire spécifiquement dédié pour des démarches d'ACQ (Kerrissey et al., 2017). À cet effet, un représentant d'un organisme canadien explique :

Il faut prévoir du temps dans la journée pour une pratique réfléchie et il faut valoriser ça. Il ne faut pas que l'emploi du temps des personnes soit si chargé qu'elles ne puissent pas s'y consacrer. Elles ont besoin d'un temps de réflexion et c'est le problème que nous rencontrons souvent : nous sommes tellement concentrés sur la crise du jour que nous ne laissons pas aux gens le temps de réfléchir, de travailler en équipe, d'améliorer la qualité.

Avec la réalité des crises quotidiennes dans les milieux de soins, les priorités ne sont pas de faire de l'ACQ. Il y a entre autres une tension entre le temps clinique et le temps pour l'ACQ; **il faut donc réserver du temps pour réfléchir et documenter les problématiques rencontrées ainsi que trouver des solutions pour y remédier**, le tout réalisé en collaboration (Arvidsson et al., 2021), confirmé par une personne de l'Unité de soutien SSA Québec :

Libérer des personnes, donner le temps de faire la revue de littérature, donner le temps de bien documenter un projet, de bien réfléchir à des solutions, c'est un défi.



Un autre défi dans la réalisation des démarches d'ACQ réside dans le roulement ou les contraintes liées aux ressources humaines, tel qu'il est couramment observé dans le milieu de la santé (Bailie et al., 2016). Il est observé que des gens expérimentés quittent leur fonction, menant vers des enjeux de maintien des démarches d'ACQ à long terme, ayant pour conséquence le retard ou la mise sur pause de démarches locales, ou même leur arrêt prématuré. Par manque de stabilité, les équipes doivent fréquemment recruter et reformer le personnel, et les collaborations entre les équipes sont complexes, le tout rendant le quotidien difficile à gérer (Nguyen et al., 2019).

Il faut clarifier la nature de l'ACQ et les rôles des parties prenantes, optimiser la coordination et la gestion des démarches d'ACQ et minimiser les effets négatifs reliés entre autres au roulement et aux contraintes reliées aux ressources humaines ainsi qu'au manque de temps.

MISE EN OEUVRE DES DÉMARCHES EN ACQ IL EST RECOMMANDÉ

Au niveau stratégique	Encourager l'attribution des crédits de formation continue afin de permettre au personnel professionnel des milieux de santé de consacrer du temps à l'ACQ.
Au niveau tactique	★ Développer et mettre à la disposition de toutes les parties prenantes un guide référentiel commun pour l'ACQ dans lequel sont présentés: ◦ Une définition claire et une compréhension commune de l'ACQ. ◦ Les étapes pour mener à bien des démarches d'ACQ. ◦ Les rôles de toutes les parties prenantes impliquées en ACQ. ◦ Les tâches attribuées aux membres des équipes d'ACQ. • Créer des mécanismes pour favoriser la mise à l'échelle des démarches locales et le développement de trousse de changements. • Favoriser et soutenir le développement d'équipes facilitatrices d'ACQ. ★ Garantir la présence d'une personne décisionnaire dans chaque équipe d'ACQ pour partager son expertise et encourager, soutenir et diffuser les démarches dans le réseau. • Faciliter l'accès et l'application des meilleures pratiques académiques, cliniques et organisationnelles.
Au niveau opérationnel	• Désigner une personne en charge détenant des connaissances et des compétences pour chaque démarche d'ACQ qui attribue les tâches aux membres des équipes, soutient l'opérationnalisation des étapes et assure l'atteinte des objectifs. ★ Privilégier des démarches d'ACQ significatives pour les milieux de santé, notamment à l'aide d'un outil de priorisation des démarches. • Implanter, mener à terme et mesurer les impacts des démarches d'ACQ, notamment à l'aide d'échéanciers et d'indicateurs adaptés. • Solliciter l'engagement des parties prenantes afin qu'elles dégagent le temps et les ressources requises à la mise en place et la réalisation de démarches d'ACQ.

★ Recommandations prioritaires selon le comité réviser du présent Énoncé de position sur l'ACQ

L'ATTITUDE ET LES COMPÉTENCES DES PARTIES PRENANTES EN ACQ

L'ouverture et l'implication des parties prenantes de l'ACQ agissent en tant que facilitateurs pour réaliser des démarches (Marshall et al., 2014). Ces démarches sont porteuses de changements positifs lorsque les parties prenantes s'entendent sur des objectifs communs et cheminent vers la même direction (Kerrissey et al., 2017). Impliquer tous les membres de l'équipe dès le début du processus de réflexion mène à travailler en interdisciplinarité, à partager des ressources communes pour mener à bien des objectifs collaboratifs et à éviter le travail en silos (Shea et al., 2018).

Toutefois, on remarque que **même si plusieurs parties prenantes sont impliquées dans des démarches d'ACQ, peu de ressources existent ou sont accessibles pour les encadrer et les soutenir dans leur travail**, le tout ne permettant pas de développer leurs compétences, ce qui peut laisser croire qu'une formation est inutile, non nécessaire ou trop lourde ou difficile à réaliser. **Il n'existe pas non plus de titre professionnel relié à l'ACQ**, ce qui peut être un frein dans le recrutement et la rétention de professionnelles et professionnels. Une formation pour les parties prenantes pourrait uniformiser les connaissances et les compétences en ACQ, et optimiser et pérenniser ses démarches. **Une formation reconnue offrirait aussi une évaluation des compétences et de l'expertise de l'ensemble des parties prenantes impliquées en ACQ**. Les institutions d'enseignement québécoises pourraient offrir des formations ou des parcours misant sur l'ACQ pour améliorer les soins de services de proximité. Il est d'ailleurs remarqué que pour certaines organisations ainsi que certains ordres ou domaines de formation québécois, des notions d'ACQ sont intégrées dans le cursus de formation, mais ne sont pas standardisées. C'est notamment le cas pour la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ), l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ) et l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec (OPPPQ). Par ailleurs, le manque de reconnaissance et de légitimité du champ d'expertise de l'ACQ au Québec ne permet pas de mettre en lumière le travail accompli et les innovations mises en place, tel que mentionné par un chercheur :



Ce n'est pas toujours simple d'être reconnu en tant que chercheur dans le domaine. On travaille sur l'amélioration des soins en première ligne, mais on n'est pas identifié comme étant des spécialistes dans la gestion de la qualité.

L'ACQ doit également être plus attrayante et être davantage valorisée pour divers corps professionnels. Le manque de valorisation de l'ACQ dans les carrières des médecins, entre autres, ne permet pas de faire rayonner leurs activités et ne rend pas attrayante l'amélioration de la qualité, pourtant essentielle dans le système de santé québécois. Ce manque de valorisation se traduit aussi par un nombre réduit d'inscriptions de la communauté étudiante dans les cours permettant le développement de connaissances et de compétences reliées à l'ACQ.

Il peut également arriver que les parties prenantes en ACQ développent de la méfiance envers les changements qu'accompagnent le déroulement de démarches d'ACQ et les perçoivent comme une manière de surveiller ou de juger leur travail. Les parties prenantes se remettent en question et craignent de perdre certains de leurs acquis, ou se disent déjà trop occupées pour s'impliquer dans une démarche d'ACQ (Ye et al., 2020). Cette résistance aux changements peut également s'accompagner d'un manque d'intérêt à s'impliquer dans de telles démarches d'ACQ et à un refus de se remettre en question ou de se sentir vulnérable (Ye et al., 2020). Un représentant des milieux de soins explique :

Parfois il y a un manque de formation, un manque de connaissances, des craintes aussi que ce sera trop lourd, je dirais qu'il y a de la méconnaissance, ça tend à changer, mais c'est une culture, et le changement de culture, ça peut être long.

Gérer de façon humaine les changements dans des démarches d'ACQ, qui poussent parfois à une remise en question sur les façons de faire du personnel, permet d'entendre toutes les parties prenantes et de trouver des moyens pour atténuer les craintes et répondre à leurs besoins (Miller et al., 2018). Un changement doit être apporté de façon non menaçante pour les parties prenantes, sans jugement et d'une façon positive : la communication est la clé. L'approche par petits pas appliquée dans les démarches d'ACQ offre l'occasion aux parties prenantes de s'ouvrir aux changements et d'en être les facilitatrices et facilitateurs (Ratner & Pignone, 2019).

Il est aussi remarqué que certains changements mènent à modifier la façon de faire et la vision des soins et des services de santé. **Selon une patiente des Premiers Peuples, il faut considérer les soins et services de santé comme une entité englobant les aspects émotifs, mentaux, physiques et spirituels**, accorder plus de valeur à la personne et lui porter davantage attention dans le système de santé. Les douleurs et traumatismes antérieurement vécus par plusieurs communautés culturelles, dont les Premiers Peuples (Breault et al., 2021) au regard de leurs soins de santé font en sorte que ces communautés demeurent traumatisées. Les personnes de ces communautés éprouvent parfois de la difficulté à établir un lien de confiance avec le personnel professionnel des milieux (Breault et al., 2021), tel qu'exprimée par une patiente des Premiers Peuples :

Si vous avez déjà été traumatisé par le système de soins de santé, je pense que cela empêchera parfois les gens de participer. S'ils n'ont pas été bien traités, ils ne partageront pas leur expérience et je pense que leur expérience est la plus importante à partager.

Ces expériences traumatisantes vécues par une diversité d'usagères et d'usagers et de personnes proche aidantes de toute origine ont bâti des murs, empêchant parfois les discussions de part et d'autre. Afin d'éviter de telles barrières, il est proposé de développer une sécurité, une sensibilité, une compréhension et une formation culturelles à l'égard de l'ensemble des communautés culturelles avant de tenter la mise en place de changements concernant leurs soins et leurs services de santé et sociaux (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2021). Aborder les changements selon une vision en tant que personnes alliées de l'ensemble de ces communautés plutôt qu'en tant que solution à leurs souffrances antérieures permettrait de créer des ponts et renforcerait le respect et la communication mutuels.

Il faut favoriser une vision et une culture harmonisées de l'ACQ et rallier et valoriser les parties prenantes qui y sont impliquées.

ATTITUDE ET COMPÉTENCES DES PARTIES PRENANTES EN ACQ IL EST RECOMMANDÉ

Au niveau stratégique

- ★ Promouvoir une culture forte d'ACQ en démontrant sa valeur ajoutée et en modifiant les perceptions parfois erronées.
- ★ Intégrer et faire la promotion de l'ACQ dans les programmes universitaires.

Au niveau tactique

- Offrir des offres de formation en ACQ pour l'ensemble des parties prenantes.
 - Intégrer des notions d'ACQ dans les programmes de formation universitaires.
 - Renforcer les compétences des parties prenantes en ACQ à tous les niveaux et faciliter l'accès aux formations, notamment avec l'Académie Qualité Santé (AQS).
 - Offrir des opportunités de réaliser des démarches d'ACQ en dehors des milieux universitaires.
 - Consolider les apprentissages universitaires des parties prenantes en les impliquant dans des démarches d'ACQ dès le début de leur pratique.
 - Offrir des opportunités de formation continue en ACQ.
 - Atténuer les barrières, dont celles communicatives, avec les communautés culturelles en sensibilisant les parties prenantes à l'importance de l'inclusion et de la sécurité culturelles en ACQ.
- Reconnaître et valoriser le travail et l'expertise des parties prenantes en ACQ.
 - Développer des profils de compétences valorisant la diversité de l'expérience professionnelle des AACQ et des ARACQ.
 - Développer et implanter un mécanisme permettant aux personnes détenant un poste en ACQ de préserver leurs acquis, dont leur ancienneté professionnelle.
 - Reconnaître le champ d'expertise de l'ACQ en lui rattachant des titres professionnels officiels.

Au niveau opérationnel

- Sensibiliser le personnel de soins et des services sociaux aux enjeux de la qualité et à l'impact positif des démarches d'ACQ.
- Atténuer les craintes, la méfiance et la résistance envers les changements induits par les démarches d'ACQ en améliorant entre autres les canaux de communication entre les parties prenantes impliquées en ACQ.
- Valoriser l'interdisciplinarité et le partage des ressources dans les équipes d'ACQ.

★ Recommandations prioritaires selon le comité réviseur du présent Énoncé de position sur l'ACQ

LE PARTENARIAT EN ACQ

L'ACQ concerne tout le monde, que ce soient les membres d'équipes de recherche, les gestionnaires ou le personnel professionnel des milieux de santé, mais tout particulièrement les usagères et usagers, pour qui le système s'assure de d'offrir des soins et des services correspondant à leurs besoins. **Le Québec se démarque en ce qui concerne la place et le rôle qu'il réserve à ses usagères et usagers dans la gestion de leur parcours de soins de santé** (Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public, 2022). Il se démarque aussi dans l'inclusion d'usagères et d'usagers dans des démarches d'ACQ, et a introduit, en 2018, son cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagères et usagers, leurs proches et les parties prenantes en santé et en services sociaux (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2018). **Le partenariat patient est de plus en plus reconnu comme l'une des meilleures pratiques pour améliorer les soins et les services sociaux selon les données probantes** (Cox et al., 2020). Les usagères et usagers exercent une plus grande influence sur leur propre santé et sur les décisions prises quant à leurs soins et leurs services et contribuent à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, en collaboration avec les professionnels du milieu de la santé (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2018), tel que mentionné par cette usagère :



Les patients ont de la valeur. Tout citoyen qui s'implique dans la santé a de la valeur. Si je fais du travail qui empêche quelqu'un d'autre de faire de l'ouvrage, je viens de contribuer à mon système de santé.

Un représentant du milieu des soins de santé a également mentionné que les usagères et usagers :



ont une richesse de vécu et d'observation qu'on doit absolument considérer dans l'ensemble de notre stratégie d'amélioration continue de la qualité, et ceux qui ne sont pas convaincus le deviennent assez rapidement après avoir travaillé avec des usagers dans un comité.

Les parties prenantes de l'ACQ rencontrées pour l'Énoncé de position mentionnent l'importance de l'intégration des usagères et usagers partenaires dès le début des démarches d'ACQ, durant lesquelles ils partagent leur savoir expérientiel (Bombard et al., 2018). Les usagères et usagers partenaires contribuent à identifier les enjeux à travailler, cocréent les solutions et augmentent l'adhésion dans les équipes (Pomey et al., 2015). Toutefois, certaines parties prenantes ont émis le commentaire qu'elles n'ont pas une idée claire du rôle que peuvent tenir les usagères et usagers dans les démarches d'ACQ et de ce qu'ils peuvent apporter concrètement au sein des équipes (Pandhi et al., 2020). Le sentiment de décevoir les usagères et usagers, de se sentir désorganisé ou de constater que ces derniers ont une approche revendicatrice (Liang et al., 2018) a également été rapporté. Ce sentiment pourrait entre autres s'expliquer par le fait qu'il **n'existe pas de méthodologie, de guide référentiel pour favoriser l'intégration des usagères et usagers dans des démarches d'ACQ.**

Du côté des usagères et usagers, le sentiment de ne pas être à leur place au sein des équipes, d'être inutiles dans les conversations ou de ne pas réellement être entendus ont été évoqués (Ocloo et al., 2021). Le rôle des usagères et usagers au sein des équipes d'ACQ doit être plus central, plus intégré et il doit alimenter la mise en place de changements fondés sur des besoins réels.



Le recrutement des usagères et usagers à des démarches d'ACQ peut parfois être ardu.

Leur rôle requiert une implication significative, que ce soit en termes de temps ou d'intérêt à y consacrer. Les critères de recrutement pour les démarches d'ACQ ne sont pas explicites et semblent attirer le même type d'usagères et d'usagers, c'est-à-dire celles et ceux détenant une attitude moins négative envers le système de santé, qui sont disponibles pour s'impliquer et qui se sentent interpellés par le sujet des démarches. La rémunération pour la participation à des démarches d'ACQ n'est pas toujours offerte (Richards et al., 2022), réduisant la possibilité de recruter des usagères et usagers qui, faute de rémunération, ne peuvent pas se permettre de perdre une partie de leur salaire pour y consacrer du temps. Les démarches d'ACQ gagneraient à y voir s'impliquer des usagères et usagers dont les profils varient, qui partagent un regard objectif, constructif et parfois différent et qui souhaitent améliorer les soins et les services.

Les démarches d'ACQ rassemblent plusieurs parties prenantes détenant différentes expertises, ce qui peut parfois complexifier l'organisation et la coordination des équipes. Certains membres du personnel professionnel des milieux de la santé sont très sollicités et surchargés par leur travail. Il est remarqué que **les démarches d'ACQ sont davantage porteuses si l'ensemble des parties prenantes impliquées s'entendent sur la direction des démarches et de leurs objectifs, si la démarche est significative pour le milieu et s'il y a une ambiance de confiance et un désir d'innover au sein des équipes** (Cox et al., 2020). Les collaborations permettent d'avancer très vite et sont un levier extrêmement porteur de changements et d'amélioration : il faut trouver les bonnes personnes pour les bons moyens et pour les bonnes actions.



Il faut intégrer les usagères et usagers dans les démarches d'ACQ, valoriser leur rôle et encourager le travail collaboratif.

PARTENARIAT AVEC LES USAGÈRES ET LES USAGERS IL EST RECOMMANDÉ

Au niveau stratégique	★ Reconnaître la valeur ajoutée des usagères et usagers qui souhaitent s'impliquer dans des démarches d'ACQ en allouant un budget dédié à leur rémunération.
Au niveau tactique	★ Renforcer l'implication des usagères et usagers dans les démarches d'ACQ ◦ Sensibiliser les parties prenantes à l'importance de la participation des usagères et usagers dans les démarches d'ACQ. ◦ Former les usagères et les usagers au partenariat dans les démarches d'ACQ. ◦ Former les parties prenantes au partenariat avec les usagères et les usagers. ◦ Développer un guide pour optimiser le partenariat en ACQ incluant entre autres : ▪ Les stratégies pour recruter des usagères et des usagers présentant une diversité de profils et d'opinions. ▪ Les moyens pour intégrer les usagères et usagers dans des démarches d'ACQ. ▪ Les rôles que les usagères et usagers peuvent occuper dans des démarches d'ACQ. ▪ Les moyens d'opérationnaliser le guide. ◦ En collaboration avec les usagères et usagers, identifier les priorités en ACQ dans les comités décisionnaires locaux, par exemple, les comités locaux d'amélioration continue de la qualité (CLACQ).
Au niveau opérationnel	• Améliorer l'expérience des usagères et usagers dans les démarches d'ACQ ◦ Prendre en compte l'ensemble des opinions et des besoins des usagères et usagers dans les soins et les services de santé et sociaux, notamment en identifiant avec eux les priorités dans les démarches d'ACQ. ◦ En toute circonstance, recruter des usagères et usagers dans des démarches d'ACQ qui permettent de valoriser et partager leur savoir expérientiel et leur vécu dans le système de santé. ◦ Favoriser la participation des usagères et usagers en ACQ en recrutant, lorsque possible, deux personnes représentantes pour chaque démarche. ◦ Mesurer les impacts de l'apport de la participation des usagères et usagers dans des démarches d'ACQ, par exemple, à l'aide de leur rétroaction.

★ Recommandations prioritaires selon le comité réviseur du présent Énoncé de position sur l'ACQ

PARTENARIAT ORGANISATIONNEL IL EST RECOMMANDÉ

Au niveau stratégique

- Créer des forums de partage et d'outils pour l'ensemble des parties prenantes impliquées en ACQ, y compris les instances gouvernementales, le monde universitaire, les milieux de santé et les usagères et usagers.

Au niveau tactique

- Encourager la collaboration des parties prenantes en ACQ avec des organismes canadiens et québécois, tels que l'INESSS, la RAMQ, l'ISQ, Excellence en santé Canada, l'AQS, et les ordres professionnels, tels que le CMQ ou le CMFC.

Au niveau opérationnel

- Maintenir les collaborations avec les milieux universitaires pour permettre le développement et le soutien des connaissances et des synergies avec la pratique.
- Mettre en place des partenariats entre des pairs ou des milieux confrontés à des défis similaires en termes de démarches d'ACQ.

LES RÔLES DES DÉCISIONNAIRES ET DES INSTANCES GOUVERNEMENTALES EN ACQ

L'investissement du Québec ainsi que l'engagement de ses décisionnaires dans l'ACQ aident à la mise en place et à l'avancement de ses démarches, contribuent à une vision provinciale et permet le déploiement des meilleures pratiques (Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 2023b). La nomination de personnel dédié à l'ACQ, tels la direction de la qualité, de l'éthique, de la performance et du partenariat (DQEPP) sont également très soutenant dans les milieux.

Les décisionnaires ont comme priorité la sécurité des soins, qui est la dimension la plus importante de la qualité, et sont en charge de la gestion des risques (Aho-Glélé et al., 2019). Il est nommé qu'à l'occasion, des démarches d'ACQ sont imposées et sont moins porteuses dans les milieux. De même, l'arrimage entre la planification du gouvernement et les priorités des organisations s'avère dans certains cas laborieux (Pandhi et al., 2020), et ne permet pas de développer une vision à long terme pour les soins et services incluant des changements pérennes. **Il peut ainsi être difficile pour les établissements de déterminer, de façon autonome, quelles seront les démarches priorisées, en prenant en compte plusieurs perspectives différentes et de multiples sollicitations, normes et instances décisionnelles.**

On dénote à l'occasion un **manque d'engagement pour l'ACQ chez les instances gouvernementales et les organismes financiers**, qui se reflète notamment par la difficulté ou l'absence de financement pour la réalisation de ce type de démarches (Hespe et al., 2018). Des chercheurs mentionnent devoir à l'occasion intégrer des démarches d'ACQ dans un projet plus large de recherche : il n'existe pas d'enveloppe budgétaire spécifiquement réservé à ces démarches d'ACQ (Dixon-Woods et al., 2012). Cette réalité est encore plus observée en milieux communautaires, ce qui ne permet pas d'améliorer les méthodes et les pratiques ou de diffuser les réussites dans ces milieux.

À cet effet, les gestionnaires détiennent une force et un pouvoir d'influence pour contribuer massivement à la diffusion des démarches d'ACQ et de leurs résultats. Force est de constater que s'il existe des belles réussites au niveau de l'ACQ au Québec, elles sont difficilement diffusées dans les réseaux, que ce soit au niveau des milieux de soins ou de la population générale. Les décisionnaires, qui jouent un rôle de vigie sur les informations transmises et qui sont les protecteurs des valeurs des organisations, ne sont pas toujours au courant de l'ensemble des démarches d'ACQ dans les milieux, ou manquent de temps pour en prendre connaissance (Hamilton et al., 2017), ce qui nuit à la diffusion à plus large échelle. **La diffusion des résultats de l'ACQ, autant les défis que les réussites, n'est la responsabilité d'aucune instance ou organisation, complexifiant son rayonnement.**

Quoiqu'il existe des communautés de pratiques dans certains milieux et des moyens pour partager avec les autres équipes et collègues, **on remarque l'absence d'un lien conducteur dans l'ensemble des communications et des publications à propos des démarches d'ACQ**, ce qui amène parfois le dédoublement inutile des mêmes démarches, par exemple, le développement d'un outil.

Il est important d'actualiser les façons de diffuser les informations relatives aux démarches d'ACQ, car la diffusion permet de partager les connaissances et les solutions mises de l'avant d'une problématique parfois vécue par plusieurs milieux.

Ce partage pourrait mener certains milieux à mieux connaître les démarches en cours et reproduire celles ayant démontré des bienfaits sur l'amélioration des soins et des services.

Dans le cadre des consultations, les parties prenantes ont proposé plusieurs moyens de renouveler la diffusion de l'ACQ dans les milieux et avec la population, dont :

- La publication dans des revues spécialisées.
- Les communautés de partage de démarches et d'information sur l'ACQ.
- Les comités de coordination pour les gestionnaires.
- L'utilisation des médias sociaux.
- La promotion dans les salles d'attente des établissements de santé et de services sociaux (affiches, pancartes, capsules santé, présentation Powerpoint).
- L'utilisation de la plateforme Carnet Santé Québec.
- Les courriels d'information aux usagères et usagers et à la population.
- Les bulletins d'information.
- L'organisation d'événements, tels des webinaires ou des symposiums.
- La mise en place d'un site internet dédié à l'ACQ et ses démarches.

Il faut reconnaître l'importance de l'ACQ, aligner les priorités des milieux avec les orientations ministérielles et optimiser la diffusion des démarches et résultats d'ACQ.

RÔLES DES DÉCISIONNAIRES ET DES INSTANCES GOUVERNEMENTALES EN ACQ IL EST RECOMMANDÉ

Au niveau stratégique	• Ancrer l'ACQ dans une des priorités de planification stratégique du réseau de la santé et des services sociaux. • Créer ou dédier une enveloppe budgétaire à même les programmes existants par les instances gouvernementales pour soutenir les démarches d'ACQ. ★ Créer un espace de partage provincial des démarches d'ACQ et désigner une entité responsable pour optimiser et animer cet espace.
Au niveau tactique	• Mettre en place des outils visuels dans chaque établissement avec une ou un décisionnaire pour faciliter la communication des démarches d'ACQ et aligner les priorités.
Au niveau opérationnel	• Diffuser les opportunités de s'impliquer en ACQ dans le réseau pour favoriser le recrutement du nouveau personnel professionnel.

★ Recommandations prioritaires selon le comité réviseur du présent Énoncé de position sur l'ACQ



L'ACCÈS ET L'UTILISATION DES DONNÉES ET DES INDICATEURS EN ACQ

L'accessibilité des données du réseau est un enjeu important et constitue l'un des plus grands défis nommés dans les consultations. Il a été mentionné que plusieurs sources d'informations utiles pour l'ACQ ne sont pas accessibles. Or, les données sont à la base de toutes les démarches d'ACQ et sont une force de changement, mais elles n'arrivent pas à circuler facilement dans le réseau (Kendell et al., 2021).

Des délais importants pour leur obtention, parfois en termes d'années, bloquent la progression de plusieurs processus dont l'ACQ, et il est souvent difficile d'arrimer l'accès aux données et les technologies de l'information (Hespe et al., 2018). De même, il peut arriver que les fournisseurs de données ne favorisent pas l'accès ou l'utilisation des données, ou que les lois et autres dispositions légales agissent comme un obstacle en raison d'un devoir de protection (Van Panhuis et al., 2014). Par ailleurs, certaines données ne sont pas mesurées par les milieux, comme c'est le cas, par exemple, d'évaluation de processus ou des changements mis en place dans un milieu, ou les impacts de ces changements.

Lorsque les données sont accessibles, d'autres défis sont remarqués. La qualité des données, l'absence de standardisation ou de balises communes (Tran et al., 2021) ne permettent pas leur comparaison d'un milieu à l'autre et rend difficile l'évaluation de la pratique. Les données et les indicateurs ne sont pas non plus liés en temps réel (Macnair et al., 2021), tel qu'expliqué par un représentant d'une organisation du secteur de la santé et des services sociaux :



Nous avons mis beaucoup de barrières autour de l'utilisation des données, elles ne sont pas liées, elles ne sont pas en temps réel, les données sont un vrai problème dans notre système et nous pourrions faire beaucoup mieux.

Les données disponibles ne sont pas adaptées à l'ACQ, car elles représentent souvent les mesures budgétaires ou les informations liées à la facturation. En raison des demandes de la direction et de contraintes budgétaires, les données et les indicateurs des organisations sont ainsi moins représentatifs de la situation des milieux, rendant les tableaux de bord moins utiles pour l'amélioration de la qualité.

Un représentant d'un groupe collaborant avec des organismes pour l'amélioration des services de santé canadiens et la diffusion des innovations mentionnait :

Il n'y a pas de données qui circulent, pas de données comparables dans notre environnement, les mesures les plus importantes pour les patients ne sont pas documentés systématiquement, on travaille avec des données médico administratives sur les volumes. La gouvernance met beaucoup de pression pour plus de volume, elle ne met pas de pression sur la qualité, ce n'est pas une priorité.

Les indicateurs sont pourtant jugés essentiels par les parties prenantes du réseau, puisqu'ils permettent d'améliorer les services et les pratiques, de faire évoluer les soins et de faire le portrait d'une situation et des prochains objectifs à atteindre pour une organisation (Aitken et al., 2016), en plus d'identifier les besoins d'amélioration. La prudence est toutefois de mise lors de l'utilisation d'indicateurs, car ils doivent être pertinents pour les milieux, reposer sur des données probantes, être précis et mesurables (Beaulieu et al., 2015). Il s'avère essentiel d'avoir une compréhension commune de la façon dont il faut mesurer les indicateurs, les analyser et les expliquer. **Les indicateurs ne doivent pas être perçus négativement, par exemple, comme une façon d'évaluer le personnel ou de subir des sanctions si le milieu n'est pas performant.**



L'idée de développer des indicateurs communs pour l'ensemble des milieux est attrayante. **Un ensemble d'indicateurs utilisés par tous les établissements pourrait permettre une comparaison dans les performances et donnerait une vue d'ensemble sur l'évolution de la qualité des soins dans le réseau** (Waelli et al., 2016). Le défi réside dans le choix de ces indicateurs, et qu'ils soient utilisés et mesurés de façon concertée pour l'ensemble des parties prenantes. Pour certaines de ces parties prenantes, le développement d'indicateurs communs serait difficile, puisqu'ils seraient trop généralisés et ne pourraient pas convenir à certains milieux qui présentent des enjeux particuliers, par exemple au niveau de leur positionnement géographique (région éloignée), ou de la clientèle desservie. De même, il importe de mentionner que chaque établissement ne loge pas au même endroit en ce qui concerne les priorités, les réalités et la vision, ce qui complexifierait l'utilisation d'indicateurs communs.



Il faut favoriser l'accès aux données et contribuer à une culture commune de la mesure.

ACCÈS ET UTILISATION DES DONNÉES ET DES INDICATEURS EN ACQ IL EST RECOMMANDÉ

Au niveau stratégique

- Faciliter et démocratiser l'accès aux données
 - ★ Optimiser l'opérationnalisation des législations afin de permettre un accès facilité aux données.
 - ★ Favoriser une meilleure cohésion dans les démarches d'accès pour obtenir des données.
 - Concerner les fournisseurs de données pour un accès simplifié et une structuration et une harmonisation de leur offre d'extraction de données.
- Favoriser le développement et l'utilisation d'indicateurs communs
 - Développer des normes communes provinciales d'indicateurs prenant entre autres en compte les efforts d'amélioration des équipes d'ACQ.

Au niveau tactique

- Favoriser le développement d'indicateurs communs
 - Contribuer et soutenir la mise en place d'indicateurs locaux intersectoriels.
 - ★ Contribuer à l'élaboration d'un modèle d'extraction des données unifié et partageable afin de développer un système de rétroaction accessible en temps réel, avec des indicateurs sur les pratiques organisationnelles, cliniques et académiques.
- Développer et soutenir la mise en commun d'outils pour uniformiser l'utilisation des données et des indicateurs
 - ★ Mettre en place et en commun un outil de comparaison des données ne nécessitant aucune identification des établissements et qui permet de dissocier la performance et de reconnaître les efforts d'ACQ.
 - Proposer des moyens et des outils d'analyse et d'interprétation des données uniformisés pouvant être utilisés dans divers milieux de santé.

Au niveau opérationnel

- ★ Développer et soutenir la mise en commun d'outils pour uniformiser l'utilisation des données et des indicateurs
 - Développer un portefeuille des données disponibles en temps réel pour guider les actions et aligner les priorités.
 - Former et soutenir des personnes super-utilisatrices qui facilitent l'accès, l'extraction et la compréhension des données.
 - Encourager et soutenir le partage de l'opérationnalisation des indicateurs des démarches locales.

★ Recommandations prioritaires selon le comité réviseur du présent Énoncé de position sur l'ACQ

CONCLUSION



L'amélioration continue de la qualité est une méthode reconnue pour optimiser la qualité des soins de santé et des services sociaux et contribue à une culture de la qualité et à l'émergence d'un SSA. Afin que le Québec puisse se démarquer en ACQ et être considéré comme un leader en la matière, l'Énoncé de position présente plusieurs recommandations et identifie des priorités d'action d'après une revue de littérature et la consultation de parties prenantes ayant des connaissances et des compétences en ACQ.

Ces recommandations ont été regroupées d'après cinq thématiques, c'est-à-dire la mise en œuvre des démarches d'ACQ, l'attitude et les compétences des parties prenantes, le partenariat, les rôles des décisionnaires et des instances gouvernementales ainsi que l'accès et l'utilisation des données et des indicateurs. Une priorisation dans ces recommandations est également proposée pour chacune de ces thématiques. Il apparaît essentiel d'étudier ces recommandations et d'évaluer les possibilités de leur mise en place, en prenant soin de considérer les ressources déjà disponibles dans le réseau. L'heure est à la planification d'un plan d'action pour mettre en place des dispositions favorisant l'atteinte de ces recommandations.

RÉFÉRENCES

- Abrampah, N., Babar Syed, S., Hirschhorn, L., Nambiar, B., Iqbal, U., Garcia-Elorrio, E., Vijay, K., Devnani, M., & Kelley, E. (2018). Quality improvement and emerging global health priorities. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(suppl1), 5-9. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy007>
- Agrément Canada. (2022). Stratégie 2022-2026. Des soins plus sécuritaires. Un monde plus sain. https://accreditation.ca/files/HSO_Strategy-Refresh-FR-April-2022.pdf
- Aho-Glélé, U., Bouabida, K., & Pomey, M.-P. (2019). État des lieux sur la gestion des risques et la sécurité des soins et des services au Québec: Évolution, exemples et recommandations. *Risques & Qualité*, XVI(4), 204-214. https://doi.org/10.25329/rq_xvi_4-thema-1
- Aitken, M., de St Jorre, J., Pagliari, C., Jepson, R., & Cunningham-Burley, S. (2016). Public responses to the sharing and linkage of health data for research purposes: A systematic review and thematic synthesis of qualitative studies. *BMC Medical Ethics*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12910-016-0153-x>
- Alberta Health Services. (2014). Continuing care quality management framework. <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/seniors/if-sen-ccqmf-framework.pdf>
- Antony, J., Mishra, D., & Barach, P. (2018). Six sigma in healthcare: A systematic review of the literature. *International Journal of Quality & Reliability Management*, 35(5), 1075-1092. <https://doi.org/10.1108/IJQRM-02-2017-0027>
- Armstrong, N., Herbert, G., Aveling, E.-L., Dixon-Woods, M., & Martin, G. (2013). Optimizing patient involvement in quality improvement. *Health Expectations*, 16(3), e36-e47. <https://doi.org/10.1111/hex.12039>
- Arvidsson, E., Dahlin, S., & Anell, A. (2021). Conditions and barriers for quality improvement work: A qualitative study of how professionals and health centre managers experience audit and feedback practices in Swedish primary care. *BMC Family Practice*, 22(1), 113. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01462-4>
- Australian commission on safety and quality in healthcare. (2019). The state of patient safety and quality in Australian hospitals 2019. <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/2019-07/the-state-of-patient-safety-and-quality-in-australian-hospitals-2019.pdf>
- Backhouse, A., & Ogunlayi, F. (2020). Quality improvement into practice. *BMJ*, 368(m865). <https://doi.org/10.1136/bmj.m865>
- Baillie, J., Laycock, A., Matthews, V., & Baillie, R. (2016). System-level action required for wide-scale improvement in quality of primary health care: Synthesis of feedback from an interactive process to promote dissemination and use of aggregated quality of care data. *Frontiers in Public Health*, 4. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2016.00086>
- Baker, G., Fancott, C., Judd, M., & O'Connor, P. (2016). Expanding patient engagement in quality improvement and health system redesign: Three Canadian case studies. *Healthcare Management Forum*, 29(5), 176-182. <https://doi.org/10.1177/0840470416645601>
- BC Patient Safety & Quality Council. (2017). BC Patient Safety & Quality Council. Strategic plan. <https://healthqualitybc.ca/wp-content/uploads/StrategicPlan2017-2020.pdf>
- Beaulieu, M.-D., Pomey, M.-P., Del Grande, C., Côté, B., Tremblay, E., Ghorbel, M., & Hua, P. (2015). Élaboration d'indicateurs de qualité pour soutenir la gestion des maladies chroniques. *Santé Publique*, HS(S1), 67-75. <https://doi.org/10.3917/spub.150.0067>
- Berman, L., Raval, M., & Goldin, A. (2018). Process improvement strategies: Designing and implementing quality improvement research. *Seminars in Pediatric Surgery*, 27(6), 379-385. <https://doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2018.10.006>
- Bombard, Y., Baker, G., Orlando, E., Fancott, C., Bhatia, P., Casalino, S., Onate, K., Denis, J.-L., & Pomey, M.-P. (2018). Engaging patients to improve quality of care: A systematic review. *Implementation Science*, 13(1), 98. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0784-z>
- Breault, P., Nault, J., Audette, M., Échaquan, S., & Ottawa, J. (2021). Réflexions sur les soins de santé aux patients autochtones. *Canadian Family Physician*, 67(8), 571-573. <https://doi.org/10.46747/cfp.6708571>
- Brown, B., Gude, W., Blakeman, T., van der Veer, S., Ivers, N., Francis, J., Lorencatto, F., Presseau, J., Peek, N., & Daker-White, G. (2019). Clinical Performance Feedback Intervention Theory (CP-FIT): A new theory for designing, implementing, and evaluating feedback in health care based on a systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *Implementation Science: IS*, 14(40). <https://doi.org/10.1186/s13012-019-0883-5>
- Canadian patient safety institute. (2020). The Canadian quality & patient safety framework for health services. https://www.patientsafetyinstitute.ca/en/toolsResources/Canadian-Quality-and-Patient-Safety-Framework-for-Health-and-Social-Services/Documents/CPSI-10001-CQPS-Framework-English_FA_Online.pdf
- Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public. (2022). Ensemble, je vais mieux. Livre blanc sur le partenariat avec les patients et le public. Principes de déploiement des fondements de modèle de Montréal. <https://ceppp.ca/wp-content/uploads/2022/10/livre-blanc-ceppp-4-octobre-2022.pdf>
- Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale. (2017). Cadre de référence en lien avec l'amélioration continue de la qualité dans les groupes de médecine de famille universitaires du Québec. <https://reseau1quebec.ca/wp-content/uploads/2017/10/Cadre-de-r%C3%A9f%C3%A9rence-en-lien-avec-l'ACQ-en-GMF-U-Version-1.pdf>
- Clark, D., Silvester, K., & Knowles, S. (2013). Lean management systems: Creating a culture of continuous quality improvement. *Journal of Clinical Pathology*, 66(8), 638-643. <https://doi.org/10.1136/jclinpath-2013-201553>

RÉFÉRENCES

- Collège des médecins de famille du Canada. (2019). Une nouvelle vision pour le Canada. Pratique de médecine familiale. Le centre de médecine de famille 2019. https://patientsmedicalhome.ca/files/uploads/PMH_VISION2019_FRE_WEB_3.pdf
- Collège des médecins de famille du Canada. (2021). Guide pour l'intégration de l'amélioration continue de la qualité dans les programmes de résidence en médecine de famille. https://www.cfpc.ca/CFPC/media/Resources/Health-Policy/RES_QI-Guide_FRE_final_REM.pdf
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2009). Rapport d'appréciation de la performance du système de Santé et de Services sociaux 2009. Construire sur les bases d'une première ligne de soins renouvelée: Recommandations, enjeu et implications. Commissaire à la santé et au bien-être. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2009_PremiereLigne/csbe-Recommandations-t4-042009.pdf
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2021). Revue documentaire des cadres d'analyse de la valeur et de la performance du système de santé. Commissaire à la santé et au bien-être. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2021/CSBERevue_cadres_analyse_valeur_performance_Systeme_sante.pdf
- Cox, R., Molineux, M., Kendall, M., Tanner, B., & Miller, E. (2020). Co-produced capability framework for successful patient and staff partnerships in healthcare quality improvement: Results of a scoping review. *BMJ Quality & Safety*, 31(2), 134-146. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-012729>
- Dixon-Woods, M., McNicol, S., & Martin, G. (2012). Ten challenges in improving quality in healthcare: Lessons from the Health Foundation's programme evaluations and relevant literature. *BMJ Quality & Safety*, 21(10), 876-884. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000760>
- Donnelly, C., Janssen, A., Vinod, S., Stone, E., Harnett, P., & Shaw, T. (2023). A systematic review of electronic medical record driven quality measurement and feedback systems. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), Article 1. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010200>
- Easterling, D., Perry, A. C., Woodside, R., Patel, T., & Gesell, S. B. (2021). Clarifying the concept of a learning health system for healthcare delivery organizations: Implications from a qualitative analysis of the scientific literature. *Learning Health Systems*, 6(2), e10287. <https://doi.org/10.1002/lrh2.10287>
- Excellence en santé Canada. (2024). FORCES. Programme de formation pour cadres. <https://www.healthcareexcellence.ca/fr/notre-action/tous-les-programmes/forces-programme-de-formation-pour-cadres-vous-etes-prets-a-nous-rejoindre/#:~:text=FORCES%20est%20le%20programme%20bilingue,soins%20et%20services%20de%20sant%C3%A9>
- Federal Ministry for Social Affairs, Health, Care and Consumer Protection. (2022). Quality strategy for the Austrian healthcare system Version 2.1. Quality strategy update.
- Glenngård, A., & Anell, A. (2021). The impact of audit and feedback to support change behaviour in healthcare organisations—A cross-sectional qualitative study of primary care centre managers. *BMC Health Services Research*, 21(1), 663. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06645-4>
- Gouvernement de la Belgique. (2022). Qualité & sécurité des patients. Que nous apprennent les résultats du programme Pay for performance concernant l'accréditation ISQua à l'échelle de l'hôpital dans les hôpitaux généraux? <https://www.becaremagazine.be/becare-novembre-2021-edition-15/qs-qualite-securite-des-patients>
- Gouvernement du Québec. (2023). Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace. <https://www.assnat.qc.ca/fr/travaux-parlementaires/projets-loi/projet-loi-15-43-1.html?appellant=MC>
- Greater Manchester combined authority. (2019). Greater Manchester quality improvement framework. <https://www.england.nhs.uk/north-west/wp-content/uploads/sites/48/2019/03/Quality-Improvement-Framework.pdf>
- Hamilton, A., Brunner, J., Cain, C., Chuang, E., Luger, T., Canelo, I., Rubenstein, L., & Yano, E. (2017). Engaging multilevel stakeholders in an implementation trial of evidence-based quality improvement in VA women's health primary care. *Translational Behavioral Medicine*, 7(3), 478-485. <https://doi.org/10.1007/s13142-017-0501-5>
- Haute Autorité de Santé. (2023). Certification des établissements de santé pour la qualité des soins. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-09/manuel_2024.pdf
- Health Quality Ontario. (2017). Quality improvement plan (QIP). Guidance document for Ontario's health care organizations. <https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/qi/qip/guidance-document-1611-en.pdf>
- Hespe, C., Rychetnik, L., Peiris, D., & Harris, M. (2018). Informing implementation of quality improvement in Australian primary care. *BMC Health Services Research*, 18(1), 287. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3099-5>
- Hutchison, B., Haj-Ali, W., Dobell, G., Yeritsyan, N., Degani, N., & Gushue, S. (2020). Prioritizing and implementing primary care performance measures for Ontario. *Healthcare Policy*, 16(1), 43-57. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2020.26291>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2012). Des indicateurs de qualité à l'intention des professionnels et des gestionnaires des services de première ligne. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/MaladiesChroniques/ETMIS2012_Vol8_No12.pdf
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2013). Des indicateurs de qualité à l'intention des professionnels et des gestionnaires des services de première ligne. (p. 70). Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/MaladiesChroniques/Methodologie_selection_des_indicateurs.pdf

RÉFÉRENCES

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2018). Utilisation des données cliniques issues des dossiers médicaux électroniques à des fins de recherche et d'amélioration continue de la qualité des soins et services de première ligne. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/SoinsPremiereLigne/INESSS_Utilisation_donnees_cliniques.pdf

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2022). Indicateurs de la qualité des soins et services de première ligne visant à appuyer l'amélioration continue de la qualité dans les groupes de médecine de famille au Québec. Repères GMF. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/GMF/INESSS_Indicateurs_GMF_GN.pdf

Institut Universitaire de Première Ligne en Santé et Services Sociaux, & Centre intégré universitaire de Santé et Services Sociaux de l'Estrie. Centre hospitalier Universitaire de Sherbrooke. (2020). Pour des trajectoires de soins et de services performantes: Un outillage pour l'analyse et la mesure (p. 198). Institut Universitaire de Première Ligne en Santé et Services Sociaux. https://www.iuplsss.ca/clients/SanteEstrie/Soussites/Centres_de_recherche/IUPLSSS/transfert_connaissances/outilspublications/Pour_des_trajectoires_de_soins_et_de_services_performantes_Un_outillage_pour_l%E2%80%99analyse_et_la_mesure.pdf

Institute for Healthcare Improvement. (s. d.). How to improve: Model for improvement. Consulté 14 décembre 2023, à l'adresse <https://www.ihl.org/resources/how-to-improve>

Itchhaporia, D. (2021). The evolution of the quintuple aim. *Journal of the American College of Cardiology*, 78(22), 2262-2264. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.10.018>

Jones, B., Vaux, E., & Olson-Brown, A. (2019). How to get started in quality improvement. *BMJ*, 364(k5408). <https://doi.org/10.1136/bmj.k5437>

Kendell, C., Levy, A., Porter, G., Gibson, E., & Urquhart, R. (2021). Factors affecting access to administrative health data for research in Canada: A study protocol. *International Journal of Population Data Science*, 6(1), 1653. <https://doi.org/10.23889/ijpds.v6i1.1653>

Kerrissey, M., Satterstrom, P., Leydon, N., Schiff, G., & Singer, S. (2017). Integrating: A managerial practice that enables implementation in fragmented health care environments. *Health Care Management Review*, 42(3), 213-225. [https://doi.org/Integrating:a managerial practice that enables implementation in fragmented health care environments](https://doi.org/Integrating:a%20managerial%20practice%20that%20enables%20implementation%20in%20fragmented%20health%20care%20environments)

Laberge, M., Than, V., Tanguay, F., & Roch, G. (2022). The implementation of quality improvement facilitators in primary care settings in Quebec: A case study. *Research Square*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2142931/v1>

Lafortune, L., & Avec la collaboration de C. Lepage. (2008). Guide pour l'accompagnement professionnel d'un changement (Presses de l'Université du Québec).

Liang, L., Cako, A., Urquhart, R., Straus, S., Wodchis, W., Baker, G., & Gagliardi, A. (2018). Patient engagement in hospital health service planning and improvement: A scoping review. *BMJ Open*, 8(1), e018263. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018263>

Liddy, C., Laferriere, D., Baskerville, B., Dahrouge, S., Knox, L., & Hogg, W. (2013). An overview of practice facilitation programs in Canada: Current perspectives and future directions. *Healthcare Policy*, 8(3), 58-67a.

Macnair, A., Love, S., Murray, M., Gilbert, D., Parmar, M., Denwood, T., Carpenter, J., Sydes, M., Langley, R., & Cafferty, F. (2021). Accessing routinely collected health data to improve clinical trials: Recent experience of access. *Trials*, 22(340). <https://doi.org/10.1186/s13063-021-05295-5>

Marshall, M., Mountford, J., Gamet, K., Gungor, G., Burke, C., Hudson, R., Morris, S., Patel, N., Koczan, P., Meaker, R., Chantler, C., & Roberts, C. (2014). Understanding quality improvement at scale in general practice: A qualitative evaluation of a COPD improvement programme. *The British Journal of General Practice: The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 64(629), e745-751. <https://doi.org/10.3399/bjgp14X682801>

McHugh, M., Brown, T., Liss, D., Walunas, T., & Persell, S. (2018). Practice facilitators' and leaders' perspectives on a facilitated quality improvement program. *Annals of Family Medicine*, 16(Supplement 1), S65-S71. <https://doi.org/10.1370/afm.2197>

Menear, M., Blanchette, M.-A., Demers-Payette, O., & Roy, D. (2019). A framework for value-creating learning health systems. *Health Research Policy and Systems*, 17(79). <https://doi.org/10.1186/s12961-019-0477-3>

Miller. (2015). Le Lean management dans les soins de santé. https://www.ihl.org/sites/default/files/IHIWhitePaper_Le-Lean-Management_Francais.pdf

Miller, R., Weir, C., & Gulati, S. (2018). Transforming primary care: Scoping review of research and practice. *Journal of Integrated Care*, 26(3), 176-188. <https://doi.org/10.1108/JICA-03-2018-0023>

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. Ministère de la Santé et des Services Sociaux. https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/mesure-et-analyse-de-la-performance/Cadre_de_reference_ministeriel_devaluation_de_la_performance.pdf

Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2018). Cadre de référence de l'approche de partenariat entre les usagers, leurs proches et les acteurs en santé et en services sociaux. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-727-01W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2020). Cadre de gestion des groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-920-01W.pdf>

RÉFÉRENCES

- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2021). La sécurisation culturelle en santé et en services sociaux. Vers des soins et des services culturellement sécurisants pour les Premières Nations et les Inuit. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-613-02W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2023a). Améliorer l'accès, la qualité et la continuité des services de proximité. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-803-01W.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2023b). Plan stratégique 2023-2027. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/sante-services-sociaux/publications-adm/plan-strategique/PL_23-717-01W_MSSS.pdf
- Nguyen, A., Cuthel, A., Padgett, D., Niles, P., Rogers, E., Pham-Singer, H., PharmD, Ferran, D., Kaplan, S., Berry, C., & Shelley, D. (2019). How practice facilitation strategies differ by practice context. *Journal of General Internal Medicine*, 35(3), 824-831. <https://doi.org/10.1007/s11606-019-05350-7>
- NHS England and NHS Improvement. (2022). Quality, service improvement and redesign tools: Plan, Do, Study, Act (PDSA) cycles and the model for improvement. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/01/qsir-pdsa-cycles-model-for-improvement.pdf>
- Nundy, S., Cooper, L., & Mate, K. (2022). The quintuple aim for health care improvement. A new imperative to advance health equity. *American Medical Association*, 327(6), 521-522. <https://doi.org/10.1001/jama.2021.25181>
- Ocloo, J., Garfield, S., Franklin, B., & Dawson, S. (2021). Exploring the theory, barriers and enablers for patient and public involvement across health, social care and patient safety: A systematic review of reviews. *Health Research Policy and Systems*, 19(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00644-3>
- Ontario College of Family Physicians. (2015). Advancing practice improvement in primary care.
- Ontario Health. (2022). QIP guidance document 2023/2024. <https://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/qi/qip/qip-guidance-2023-2024-en.pdf>
- Organisation mondiale de la santé. (2019). Guide d'élaboration d'une politique et d'une stratégie nationales relatives à la qualité. Approche pratique de formulation d'une politique et d'une stratégie pour l'amélioration de la qualité des soins. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/310942/9789242565560-fre.pdf?sequence=1>
- Pandhi, N., Jacobson, N., Crowder, M., Quanbeck, A., Hass, M., & Davis, S. (2020). Engaging patients in primary care quality improvement initiatives: Facilitators and barriers. *American Journal of Medical Quality*, 35(1), 52-62. <https://doi.org/10.1177/1062860619842938>
- Pomey, M.-P., Hihat, H., Khalifa, M., Lebel, P., & Néron, A. (2015). Patient partnership in quality improvement of healthcare services: Patients' inputs and challenges faced. *Patient Experience Journal*, 2(1), 6.
- Quality patient safety and accreditation project team. (2019). Manitoba quality & learning framework. <https://sharedhealthmb.ca/files/quality-and-learning-framework-2019.pdf>
- Ratner, S., & Pignone, M. (2019). Quality improvement principles and practice. *Primary Care*, 46(4), 505-514. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2019.07.008>
- Richards, D., Cobey, K., Proulx, L., Dawson, S., de Wit, M., & Toupin-April, K. (2022). Identifying potential barriers and solutions to patient partner compensation (payment) in research. *Research Involvement and Engagement*, 8(7). <https://doi.org/10.1186/s40900-022-00341-1>
- Rogers, E., Cuthel, A., Berry, C., Kaplan, S., & Shelley, D. (2019). Clinician perspectives on the benefits of practice facilitation for small primary care practices. *Annals of Family Medicine*, 12(Suppl 1), S17-S23. <https://doi.org/10.1370/afm.2427>
- Rubenstein, L., Khodyakov, D., Hempel, S., Danz, M., Salem-Schatz, S., Foy, R., O'Neill, S., Dalal, S., & Shekelle, P. (2014). How can we recognize continuous quality improvement? *International Journal for Quality in Health Care*, 26(1), 6-15. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt085>
- Russ, S. J., Green, J., de Winter, L., Herrington, E., Hughes-Hallett, A., Taylor, J., & Sevdalis, N. (2023). An introduction to quality improvement. *Journal of Clinical Urology*, 1-9. <https://doi.org/10.1177/20514158221075405>
- Scoville, R., & Little, K. (2014). Comparing lean and quality improvement. IHI White Paper. <https://www.med.unc.edu/neurosurgery/wp-content/uploads/sites/460/2018/10/IHIComparingLeanandQIWhitePaper.pdf>
- Shea, C., Turner, K., Albritton, J., & Reiter, K. (2018). Contextual factors that influence quality improvement implementation in primary care: The role of organizations, teams, and individuals. *Health Care Management Review*, 43(3), 261-269. <https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000194>
- Smith, F., Alexandersson, P., Bergman, B., Vaughn, L., & Hellström, A. (2019). Fourteen years of quality improvement education in healthcare: A utilisation focused evaluation using concept mapping. *BMJ Open Quality*, 8(4), e000795. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-000795>
- Specialist Services Committee. (2024). Physician quality improvement initiative. <https://sscbc.ca/physician-engagement/quality-improvement-initiative>
- Specialist Services Committee, & Shared Care Committee. (2024). The exchange. <https://c0abr823.caspio.com/dp/1c9f50004e48ed50f0ee4d208816>
- Thakur, V., Anthony Akerele, O., & Randell, E. (2023). Lean and Six Sigma as continuous quality improvement frameworks in the clinical diagnostic laboratory. *Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences*, 60(1), 63-81. <https://doi.org/10.1080/10408363.2022.2106544>

RÉFÉRENCES

- The Health Foundation. (2021). Quality improvement made simple. What everyone should know about health care quality improvement. <https://www.swselfmanagement.ca/uploads/resourcedocuments/quality%20improvement%20made%20simple.pdf>
- Tran, K., Webster, F., Ivers, N., Laupacis, A., & Dhalla, I. (2021). Are quality improvement plans perceived to improve the quality of primary care in Ontario? *Canadian Family Physician*, 67(10), 759-766. <https://doi.org/10.46747/cfp.6710759>
- Tsang, J., Peek, N., Buchan, L., van der Veer, S. N., & Brown, B. (2022). Systematic review and narrative synthesis of computerized audit and feedback systems in healthcare. *Journal of the American Medical Informatics Association: JAMIA*, 29(6), 1106-1119. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocac031>
- US Department of Health and Human Services. (2012). National strategy for quality improvement in health care. <https://theppcc.org/sites/default/files/resources/nqs2012annlrpt.pdf>
- Van Den Bulck, S., Spitaels, D., Vaes, B., Goderis, G., Hermens, R., & Vankrunkelsven, P. (2020). The effect of electronic audits and feedback in primary care and factors that contribute to their effectiveness: A systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 32(10), 708-720. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaa128>
- Van Panhuis, W. G., Paul, P., Emerson, C., Grefenstette, J., Wilder, R., Herbst, A. J., Heymann, D., & Burke, D. S. (2014). A systematic review of barriers to data sharing in public health. *BMC Public Health*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-1144>
- Waelli, M., Gomez, M.-L., Sicotte, C., Zicari, A., Bonnefond, J.-Y., Lorino, P., & Minvielle, E. (2016). Keys to successful implementation of a French national quality indicator in health care organizations: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 16(1), 553. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1794-7>
- Ye, J., Zhang, R., Bannon, J., Wang, A., Walunas, T., Kho, A., & Soulakis, N. (2020). Identifying practice facilitation delays and barriers in primary care quality improvement. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 33(5), 655-664. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2020.05.200058>

MOTS-CLÉS, SOURCES DES DONNÉES ET CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION

Une approche en deux étapes a été utilisée pour documenter l'amélioration continue de la qualité et ses outils de rétroaction:

1. Une revue de la littérature existante dans les banques de données, la législation en vigueur et la littérature grise, et
2. Des consultations auprès des parties prenantes ayant des connaissances et des compétences en ACQ.

La revue de la littérature existante a été réalisée d'avril à octobre 2023 en utilisant plusieurs termes de recherche et dans des sources de données diversifiées. La littérature grise incluait, par exemple, la consultation des références d'autres articles recensés ou proposés par des parties prenantes. Les documents recensés devaient:

- Mentionner l'ACQ ou ses outils de rétroaction.
- Porter sur l'une des thématiques suivantes : définition de l'ACQ, ses modèles, ses impacts, ses facilitateurs, ses obstacles, le rôle des parties prenantes, ses outils de rétroaction, les façons de l'évaluer, ou des recommandations pour l'améliorer.
- Avoir été publiés dans les dix dernières années (pour les publications scientifiques).
- Être en anglais ou en français.

Mots clés en anglais	Mots clés en français	Sources des données
Practice facilitation Quality improvement Continuous quality improvement Quality improvement initiatives Quality improvement projects Quality improvement activities Quality improvement programs	Amélioration continue de la qualité Amélioration de la qualité Démarches d'amélioration continue de la qualité	Pubmed EBSCO Research Gate Google Scholar Références d'articles Proposés par des parties prenantes Sites gouvernementaux, d'associations, etc.
Primary health care Primary care Canada primary care Primary health care practices Primary care practices	Soins en santé primaires Soins primaires Pratiques de soins en santé primaire Pratiques de soins primaires	
Framework Model Theory Concept	Cadre Modèle Théorie	
Data feedback Audit		

THÉMATIQUES DES GUIDES D'ENTRETIEN

Trois entretiens individuels et dix entretiens de groupe ont été menés avec des parties prenantes ayant des connaissances et des compétences en ACQ entre août et novembre 2023.

Les parties prenantes ont été regroupées d'après divers groupes : usagères et usagers ou les personnes qui les représentent, membres d'équipes de recherche, médecins, personnel professionnel des milieux de santé et des services sociaux, gestionnaires, personnel professionnel de l'Unité de soutien SSA Québec, organisations et associations ainsi que les personnes à l'extérieur du Québec.



Des guides d'entretien adaptés selon les groupes rencontrés ont permis aux parties prenantes de s'exprimer à propos de plusieurs thématiques reliées à l'ACQ. Ces thématiques étaient :

- Les connaissances de l'ACQ.
- L'implication, la description ou la réalisation des démarches d'ACQ.
- La vision de l'ACQ.
- Les personnes devant être impliquées en ACQ et leurs rôles.
- Les stratégies de diffusion de l'ACQ utilisées pour partager les résultats des démarches dans les milieux de santé et de services sociaux.
- Les modèles d'ACQ.
- Les facilitateurs de l'ACQ.
- Les obstacles de l'ACQ.
- Les impacts de l'ACQ.
- La place des usagères et des usagers dans les démarches d'ACQ à l'extérieur du Québec.
- L'apport de la recherche en ACQ.
- La sollicitation des organisations et des associations pour réaliser des démarches d'ACQ.
- L'utilisation d'indicateurs dans les milieux de santé et de services sociaux.
- L'importance des indicateurs dans les milieux de santé et de services sociaux.
- La pertinence de développer des indicateurs communs en ACQ.
- La présence ou non de démarches réflexives dans les milieux.
- Les outils d'audit ou de rétroaction.

II
E
X
E
N
S
A