

THE COLLEGE OF
FAMILY PHYSICIANS
OF CANADA



LE COLLÈGE DES
MÉDECINS DE FAMILLE
DU CANADA

Pour la facilitation de la pratique en soins primaires

Un guide d'introduction et de plaidoyer

Juillet 2020

© 2020 Le Collège des médecins de famille du Canada

Tous droits réservés. Ce contenu peut être reproduit en entier pour des fins éducatives, personnelles et non commerciales seulement, avec mention conformément à l'information contenue dans la citation ci-dessous. Toute autre utilisation requiert la permission du Collège des médecins de famille du Canada.

Pour citer ce document : Patterson E, Pereira J. *Pour la facilitation de la pratique en soins primaires : Un guide d'introduction et de plaidoyer*. Mississauga (ON) : Le Collège des médecins de famille du Canada ; 2020.

Nous joindre : Pii@cfpc.ca

Table des matières

Remerciements	1
À propos du guide	2
Résumé	3
1. Qu’entend-on par « facilitation » et « facilitateurs » de la pratique ?	6
2. Pourquoi avons-nous besoin de facilitation de la pratique?	9
Contexte	9
Cadres d’amélioration	9
Théories pour guider l’amélioration	11
La facilitation de la pratique dans le contexte canadien	14
3. La facilitation de la pratique appuyée par des données probantes	16
4. Le profil du facilitateur de la pratique	22
Amélioration continue de la qualité	23
Recherche basée dans la pratique	23
Utilisation des données des DMÉ	24
Combinaison de rôles	24
5. Compétences, rôles et approches des facilitateurs de la pratique	26
6. Formation des facilitateurs de pratique	29
7. Établir un programme de facilitation de la pratique	32
Rôle ciblé ou rôle général	32
Exemples	33
Financement et partenariats	37
Soutenir le développement de l’infrastructure et des processus	38
8. Conclusion	41
9. Références	42
10. Annexes	47
Annexe A : Ressources organisationnelles sur la facilitation de la pratique	47
Annexe B : Ressources recommandées dans des domaines clés	49
Facilitation de la pratique au Canada, renseignements généraux	49
Données probantes liées à la facilitation de la pratique.....	49
Stratégies pour la formation et le développement de la capacité	50
Coûts et économies prévus.....	50
Stratégies de mise en œuvre.....	50
11. Ressources additionnelles	51

Remerciements

Auteurs principaux

- Eileen Patterson, Nupraxis Inc.
- José Pereira, directeur, Division des soins palliatifs, Département de médecine de famille, Université McMaster (Canada) et ancien directeur, Département de la recherche, Collège des médecins de famille du Canada

Collaborateurs (membres du Comité consultatif de rédaction)

- Arvelle Balon-Lyon, Accelerating Change Transformation Team, Alberta Medical Association (AMA), Edmonton, Alberta (Canada)
- Deborah Kane, Buffalo Practice Facilitator Development Program, State University of New York, à Buffalo, New York (États-Unis)
- Lee Green, département de médecine de famille, Université de l'Alberta, Edmonton, Canada
- Mark Watt, Accelerating Change Transformation Team, AMA, Edmonton, Alberta, Canada
- Melinda Davis, Department of Family Medicine, University of Oklahoma Health Sciences Center, Oklahoma (États-Unis)
- Patricia O'Brien, département de médecine familiale et communautaire, Université de Toronto, Toronto, Ontario (Canada)
- Robert McNellis, Agency for Healthcare Research and Quality, Maryland (États-Unis)
- Shandi Miller, Réseau-1 Québec, Montreal, Québec (Canada)
- William Hogg, département de médecine de famille, Université d'Ottawa, Ottawa, Ontario (Canada)
- Zsolt J. Nagykaldi, Department of Family and Preventative Medicine, University of Oklahoma Health Sciences Center, Oklahoma (États-Unis)

Le Collège des médecins de famille du Canada remercie tous les participants au Symposium sur invitation sur l'amélioration continue de la qualité, pour leur apport inestimable, particulièrement dans le volet facilitation de la pratique, en septembre 2018.

Équipe des projets

- José Pereira, directeur, Division des soins palliatifs, Département de médecine de famille, Université McMaster (Canada) et ancien directeur, Département de la recherche, Collège des médecins de famille du Canada
- Alexandra Salekeen, Département de la recherche, Collège des médecins de famille du Canada
- Deirdre Snelgrove, Département de la recherche, Collège des médecins de famille du Canada
- Steve Slade, directeur, Département de la recherche, Collège des médecins de famille du Canada

En particulier, nous remercions les personnes qui ont fourni des exemples tirés de la pratique :

- Christina Southey, facilitatrice de la pratique, Ontario (Canada)
- Brad Bahler, médecin de famille, Alberta (Canada)
- Zsolt J. Nagykaldi, ancien facilitateur de la pratique, Oklahoma (États-Unis)

Nous remercions aussi l'AMA pour le soutien non financier des personnes suivantes :

- Carrie Sherlock, bibliothécaire, recommandation de ressources pour la facilitation de la pratique ; AMA, Alberta (Canada)
- Cianna Lyon, graphiste, création d'une infographie sur le développement de la facilitation de la pratique ; AMA, Alberta (Canada)

À propos du guide

Le présent guide décrit la place du Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) en tant que promoteur national du soutien à la facilitation de la pratique. Cette ressource a pour but d'appuyer la promotion et la mise en œuvre de la facilitation de la pratique afin de soutenir les initiatives d'amélioration continue de la qualité (ACQ) en soins primaires. Dans cette optique, il est destiné aux sections provinciales du CMFC, aux associations médicales, aux groupes organisés de soins primaires, aux décideurs nationaux/provinciaux/territoriaux et aux décideurs du secteur de la santé.

Ce guide a été produit dans la foulée de l'Initiative d'amélioration de la pratique du CMFC, lancée en 2017, pour promouvoir et faire progresser l'ACQ, la facilitation de la pratique et la recherche en médecine de famille et en soins primaires. Une évaluation approfondie des besoins effectuée entre février et mai 2017 menée dans les provinces et territoires canadiens et dans les programmes de résidence en médecine de famille a permis de constater de grandes différences des besoins, des lacunes et des ressources. Les intervenants ont souligné que pour aider les pratiques à améliorer la qualité de leurs soins, il fallait mettre en place la facilitation de la pratique.

Primordialement, ce guide vise à soutenir les efforts de plaidoyer déployés à l'échelle provinciale et nationale pour favoriser l'adoption de la facilitation de la pratique. Ses objectifs précis sont les suivants :

- Résumer les données probantes et les avantages de la facilitation de la pratique en médecine de famille et en soins primaires
- Démontrer la rentabilité de la facilitation de la pratique et du recours aux facilitateurs de la pratique
- Souligner l'importance d'établir un ensemble de structures et de processus sophistiqués pour soutenir les initiatives de facilitation de la pratique
- Exposer pourquoi l'ACQ et la facilitation de la pratique sont des composantes stratégiques importantes pour la prestation de soins de grande qualité aux patients
- Fournir un guide pour aider les sections provinciales du CMFC, les départements de médecine de famille, les organisations sanitaires et les ministères provinciaux et territoriaux de la Santé à promouvoir et à aider à mettre en œuvre le soutien de la facilitation de la pratique pour les médecins de famille et pour leurs équipes et collègues dans les soins primaires.

Ce guide est le fruit d'une collaboration entre des partenaires et des intervenants de partout au Canada ainsi que des représentants aux États-Unis. Le CMFC a aussi rencontré ses sections provinciales pour discuter des possibilités et des obstacles rencontrés. Un groupe consultatif éditorial a été formé spécialement pour appuyer ce projet.

Comme il s'agit d'un domaine en émergence, le CMFC a créé une [page Web \(www.cfpc.ca/pii\)](http://www.cfpc.ca/pii) pour compiler les ressources disponibles pour soutenir le développement de la facilitation de la pratique et favoriser les échanges entre les principaux acteurs.

Résumé

Ce guide, intitulé *Pour la facilitation de la pratique en soins primaires*, donne une vue d'ensemble de l'adoption et de l'application de la facilitation de la pratique en soins primaires au Canada afin de soutenir les efforts de plaidoyer dans ce domaine à l'échelle provinciale et nationale. Il sert de ressource pour mettre en relief l'importance de la facilitation de la pratique et pour présenter les données probantes qui étayent son emploi. On y trouve des renseignements sur des programmes et des modèles de facilitation de la pratique ainsi que des exemples canadiens.

Un système de santé viable et la prestation de soins de grande qualité reposent sur les soins primaires et sur l'engagement des médecins de famille et de leurs équipes à fournir les meilleurs soins possible à leurs patients et à leurs communautés. Ils y parviennent en grâce à des activités d'ACQ, ce qui a fait de l'ACQ une pierre angulaire des pratiques de soins primaires, comme en témoigne la vision du Centre de médecine de famille (CMF) que prônent le CMFC et ses sections provinciales. La facilitation de la pratique rehausse la capacité des médecins de famille et de leurs équipes à entreprendre des activités d'ACQ.

En quoi consiste la facilitation de la pratique ?

La facilitation de la pratique est le processus de mobilisation et d'encadrement des équipes de soins primaires en vue d'évaluer et de mettre en œuvre des changements qui optimisent les aspects cliniques et non cliniques de leur fonctionnement. Les facilitateurs de la pratique, généralement issus des domaines de la santé, du développement communautaire ou de l'éducation, sont formés pour épauler les équipes de soins primaires dans ces activités en utilisant un ensemble de compétences variées en gestion organisationnelle et en gestion de projets. Selon les besoins de chaque équipe, les activités de facilitation de la pratique peuvent comporter de la formation en leadership, l'emploi de données sur la pratique pour guider le changement, l'évaluation des besoins, l'identification des pratiques exemplaires et l'assistance technique. Pour les prestataires de soins, ces projets peuvent améliorer le travail d'équipe, l'efficacité et la communication.

Pourquoi avons-nous besoin de facilitation de la pratique ?

La charge de travail des cliniciens est un important facteur à considérer en ce qui concerne le renforcement des capacités afin d'incorporer l'amélioration continue. En 2017, un sondage mené par le CMFC dans le cadre de l'Initiative d'amélioration de la pratique a révélé que, dans presque toutes les provinces, la charge de travail, conjuguée aux exigences systémiques croissantes, avait créé des conditions propices à l'épuisement professionnel des médecins de famille¹. Or, améliorer la qualité de vie professionnelle des prestataires de soins est un aspect essentiel du Quadruple objectif, et le sondage du CMFC auprès des membres a démontré qu'il fallait assurer une meilleure expérience au sein des équipes pour améliorer l'équilibre entre le travail et la vie personnelle^{1,2}. Les répondants ont indiqué que, pour y parvenir, il faudrait renforcer les capacités pour l'amélioration continue.

La facilitation de la pratique permet de renforcer les capacités requises pour incorporer l'amélioration continue au sein du système, notamment en collaborant avec divers secteurs et en appuyant les objectifs de santé des populations. Elle accélère les changements dans les pratiques qui mettent en œuvre des processus qui requièrent la modification du comportement de l'équipe, et elle permet le transfert du savoir acquis par les premiers adhérents plus rapidement, tôt ou tard, à la majorité.

La recherche porte à croire qu'utilisée judicieusement, la facilitation de la pratique pourrait presque tripler l'adoption de lignes directrices fondées sur les données probantes dans les pratiques de soins primaires, en plus de renforcer les capacités du système pour l'amélioration continue³. Elle offrirait un rendement du capital investi de 40 pour cent pour les équipes et organisations de soins primaires qui s'y adonnent ainsi que pour les subventionnaires du système⁴. Toutefois, il est important de noter que la facilitation de la pratique a moins d'impact dans les pratiques médicales dont le rendement est déjà exemplaire et dans ceux qui ne répondent pas aux critères de base⁵.

Profils de facilitation de la pratique

L'intégration d'un programme de facilitation de la pratique dans une pratique médicale ou un groupe de pratiques peut être financée par des fonds destinés à ce projet ou à un rôle de nature généraliste. Dans le premier cas, on retient un facilitateur de la pratique pour soutenir une étude en particulier ; dans l'autre, son rôle est de soutenir l'amélioration de la pratique dans le cadre d'une stratégie de planification à long terme. Au bout du compte, la facilitation de la pratique sert à l'avancement de la recherche ainsi que des objectifs et des démarches cliniques ou axés sur les processus.

Quatre profils ou rôles englobent le travail des facilitateurs de la pratique, chacun ayant différents axes : 1. facilitateurs de l'ACQ ; 2. facilitateurs de la pratique en matière de recherche ; 3. facilitateurs de la pratique en matière de données des dossiers médicaux électroniques (DMÉ) ; et 4. facilitateurs de la pratique aux responsabilités mixtes. Chaque rôle requiert un ensemble de compétence précis, mais certaines qualités, sphères de connaissances et compétences de base — entrent, communication, compétences en gestion de projets — ne sont pas uniques au contexte.

Exemple de facilitation de la pratique

Certaines provinces, comme l'Alberta et le Québec, ont reconnu l'importance et les avantages d'investir dans les ressources pour la facilitation de la pratique. On encourage les autres provinces à adopter une telle approche, en développant leurs propres forces et perspectives, et en nouant des partenariats avec des organisations qui partagent des objectifs semblables, notamment les sections provinciales du CMFC et l'Association médicale canadienne. Ce guide cite des exemples de partout au Canada pour présenter des modèles exemplaires et réalisables de programmes de facilitation de la pratique.

Formation des facilitateurs de la pratique

Nous disposons de nombreuses ressources — cours, programmes, documents offerts gratuitement — qui peuvent être utilisées pour former les facilitateurs et créer des programmes de facilitation, y compris diverses approches à la facilitation.

Rôle du facilitateur de la pratique comme moteur de la transformation

Les organisations de soins primaires qui se préoccupent de l'ACQ axée sur les données probantes, l'augmentation de la valeur et la viabilité des soins de santé, investissent dans la facilitation de la pratique. Pour bien ancrer ce rôle dans les soins primaires et renforcer les capacités de provoquer le changement et accroître leur capacité pour adopter l'amélioration continue, les pratiques doivent mettre en place l'infrastructure requise et accroître le financement provincial. La facilitation de la pratique permet de réformer les soins primaires et transformer le système de santé plus large afin d'assurer aux patients et à la population de meilleurs de soins et une meilleure santé.

Mise sur pied de programmes de facilitation de la pratique

Les initiatives actuelles des provinces qui emploient déjà des facilitateurs de la pratique (Alberta, Colombie-Britannique et Québec) sont des exemples de financement efficace et de partenariats permettant le déploiement de facilitateurs.

Conclusion

Pour réussir, la facilitation de la pratique a besoin d'un réseau de facilitateurs, de leaders et de décideurs qui partagent des ressources et qui apprennent les uns des autres. Le CMFC a créé une [page Web](#) pour regrouper les ressources disponibles afin de soutenir le développement de la facilitation de la pratique et de favoriser les échanges entre les principaux intervenants.

En tant que promoteur de l'innovation en soins primaires, le CMFC interpelle les ministères provinciaux de la Santé et autres bailleurs de fonds d'investir davantage dans la facilitation de la pratique et dans les ressources permettant de soutenir les facilitateurs.

Le système de santé canadien repose sur les données probantes issues des meilleures pratiques pour prendre des décisions qui favorisent son renouvellement. À cet égard, les facilitateurs de la pratique donnent aux médecins qui offrent des soins primaires et autres membres de ces équipes les moyens de faire les changements nécessaires pour atteindre les objectifs à l'échelle de la province et du cabinet, et pour mieux répondre aux besoins des patients, des familles et des populations.

1. Qu'entend-on par « facilitation » et « facilitateurs » de la pratique ?

De plus en plus, la facilitation de la pratique est reconnue comme un élément essentiel de l'ACQ et est intégrée dans les initiatives d'ACQ partout au Canada et ailleurs dans le monde. L'ACQ est une importante activité décrite dans le Profil professionnel en médecine de famille du CMFC et a été ajoutée au référentiel CanMEDS–Médecine familiale comme compétence des rôles de leader, d'érudit et de promoteur de la santé^{6,7}. Dans le cadre de son Initiative pour l'amélioration de la pratique et de ses efforts de promotion de la facilitation de la pratique, le CMFC a organisé conjointement le Symposium sur invitation sur l'amélioration continue de la qualité au Canada en septembre 2018. Ce colloque a donné lieu à des discussions sur les divers profils et rôles des facilitateurs de la pratique et présenté un corpus de données probantes qui appuient son emploi. De plus en plus de données probantes (voir le chapitre 3) démontrent que la facilitation de la pratique, dans les bonnes circonstances et avec un soutien adéquat, permet d'appliquer des preuves théoriques pour appuyer le changement, accélérer et renforcer les améliorations et faire en sorte qu'elles soient maintenues.

Les facilitateurs de la pratique sont des professionnels de la santé qui aident les équipes de soins primaires à entreprendre des activités d'amélioration de la pratique en appliquant l'ACQ, souvent en faisant de la recherche ou en utilisant les données des DMÉ⁸ pour appuyer leur travail. Le concept de facilitation de la pratique remonte aux années 1980, lorsqu'on l'a intégrée à un vaste programme de prévention des maladies du cœur au Royaume-Uni⁹. Par la suite, des facilitateurs de la pratique ont été retenus pour soutenir l'amélioration de la pratique en Europe et en Australie ainsi que dans des réseaux de recherche basée sur la pratique (RRBP) en soins primaires aux États-Unis⁸. Aujourd'hui, on a recours à la facilitation de la pratique dans de nombreuses régions du monde.

Le travail des facilitateurs de la pratique peut varier, selon le pays, la province, la région et la pratique médicale. Comme l'illustre ce guide, la facilitation de la pratique a évolué au fil du temps, et il est donc difficile de lui attribuer une définition universelle qui englobe tous ses aspects. En soins primaires, elle est décrite comme une démarche multidimensionnelle impliquant des personnes qualifiées qui aident les membres d'une équipe, par divers types d'interventions et une variété d'approches, à surmonter les obstacles qui entravent l'application de lignes directrices fondées sur les données probantes³. Ces personnes emploient différentes méthodes de développement organisationnel, de gestion de projets, d'ACQ et d'amélioration de la pratique afin de renforcer les capacités d'une pratique à mettre en œuvre des activités d'amélioration à long terme et atteindre des objectifs progressifs et transformatifs. Ce soutien peut être offert en personne, par consultations virtuelles (au moyen de téléconférences ou de webinaires) ou les deux.

Les facilitateurs de la pratique développent les connaissances, les habiletés et les capacités d'une pratique médicale ou de chacun des membres du personnel, souvent en combinant plusieurs façons de faire.

Les facilitateurs de la pratique travaillent à accroître les connaissances, les habiletés et les capacités d'une pratique médicale ou des membres du personnel, souvent en combinant plusieurs méthodes. L'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) a compilé tout un éventail

d'activités de facilitation de la pratique (voir le Tableau 1) qui favorisent l'amélioration, le changement et la réorganisation en fonction des besoins et des objectifs de la pratique ou de la région.¹⁰

Tableau 1. Activités de facilitation de la pratique

- Évaluation des pratiques et rétroaction sur les fonctions organisationnelles, cliniques et opérationnelles qui servent à intégrer le changement
- Utilisation de données issues de la pratique pour intégrer le changement
- Formation de personnel sur les méthodes d'ACQ et sur certains processus de transformation, comme la prestation de soins en équipe
- Création et facilitation des équipes d'ACQ dans les pratiques
- Encadrement des membres de la direction et formation en leadership
- Meilleures pratiques relatives aux méthodes et aux structures d'ACQ
- Soutien, encouragement, renforcement et reconnaissance des réussites
- Gestion de projets et du changement
- Identification et acquisition de ressources
- Renforcement des capacités d'utilisation de technologies informatiques en santé pour améliorer les soins cliniques et l'efficacité
- Échange de bonnes idées et de pratiques exemplaires entre les pratiques de soins primaires
- Renforcement des capacités pour renforcer les liens avec des ressources externes
- Assistance technique dans l'implantation de modèles de soins, comme le modèle de soins chroniques¹¹

Reproduit et traduit avec la permission de l'Agency for Healthcare Research and Quality.
Site Web de facilitation de la pratique de l'AHRQ : pcmh.ahrq.gov/page/practice-facilitation.

En se fondant sur une revue systématique de la littérature effectuée en 2012 et sur la définition de la facilitation de la pratique de l'AHRQ^{3,10}, nous la définissons, dans le présent guide, comme le travail entrepris par des facilitateurs de la pratique spécialement formés pour aider les prestataires de soins et les équipes de santé à renforcer leurs capacités organisationnelles afin de mettre en œuvre une amélioration continue et des changements importants qui touchent l'expérience des patients, la santé des populations, les coûts, la qualité de vie au travail des prestataires (le Quadruple objectif) et les transformations que vise le CMF^{2,12}. Dans leurs multiples rôles, les facilitateurs de la pratique établissent habituellement de longues relations avec les équipes et les personnes afin de les soutenir tout au long du processus de changement, ce qui différencie leur travail des interventions courtes, épisodiques et temporaires. Ils deviennent une source de soutien aux initiatives d'ACQ et d'intégration de données probantes adaptée au contexte local¹⁰. Le présent guide se concentre sur les rôles qu'ils jouent pour appuyer l'amélioration de la pratique, en particulier par l'entremise de l'ACQ. Nous examinons ces rôles de plus près au chapitre 5.

Le modèle de facilitation de la pratique utilisé dépend fortement du milieu de travail dans lequel il est appliqué. En effet, il est important que l'approche corresponde bien aux objectifs de l'administration. Si l'on perçoit la facilitation de la pratique comme le processus de mobilisation et d'encadrement des équipes de soins primaires pour évaluer et mettre en œuvre de changements afin d'optimiser les processus cliniques et non cliniques, alors les facilitateurs de la pratique jouent un rôle crucial de catalyseur et d'accompagnateurs pour encadrer l'amélioration de la pratique.

Il est parfois difficile de savoir par où commencer sa démarche vers l'amélioration de la pratique. Les facilitateurs de la pratique aident les équipes à évaluer leur rendement actuel, à choisir un aspect sur lequel concentrer leurs efforts, à cartographier leurs processus actuels et à mettre à l'essai de petits changements et de nouveaux processus pour améliorer la satisfaction des patients, l'accessibilité, la continuité des soins, l'efficacité et la qualité des soins. Ce processus implique l'accompagnement d'une équipe dans ses efforts de planification de petits (et ensuite plus grands) changements, puis de les mettre à l'essai, d'en tirer des leçons, de les implanter, de surveiller leur évolution puis de les maintenir. Les stratégies et les activités initiales sont importantes, car elles permettent aux équipes de prendre de l'assurance et d'acquérir les compétences qui leur seront utiles tout au long de leur parcours.

Un facilitateur de la pratique peut employer certains outils et méthodes en particulier, mais c'est en changeant la mentalité des équipes qu'il entend assurer la durabilité du changement. À mesure que les équipes apprivoisent le changement, elles peuvent mettre en œuvre plus d'innovations et apporter des modifications dans leur pratique.

L'idéal serait que les facilitateurs de la pratique travaillent auprès de plusieurs pratiques médicales pendant une période prolongée, car ils se perfectionnent en même temps que les équipes qu'ils soutiennent, engendrent une culture d'amélioration continue, partagent les apprentissages entre les pratiques, impliquent les dirigeants dans les efforts de changement et obtiennent leur aval, optimisent les données et aident à former des communautés de pratique pour l'ACQ.

Le ratio optimal de facilitateurs de la pratique par pratiques médicales ou par équipe dépend de leur taille, de la composition du personnel clinique, de l'état de l'ACQ au sein de la pratique et de l'infrastructure de soutien. On recommande généralement un facilitateur de la pratique pour cinq à sept cliniques (en supposant qu'il y a quatre médecins par clinique)¹³.

2. Pourquoi avons-nous besoin de facilitation de la pratique ?

Contexte

Les soins primaires sont universellement reconnus comme l'assise du système de soins de santé. La Conférence internationale sur les soins de santé primaires de 2018 — qui a marqué le 40^e anniversaire de la Déclaration d'Alma-Ata — a réaffirmé que « le renforcement des soins de santé primaires est l'approche la plus complète, efficace et économiquement rationnelle pour améliorer la santé physique et mentale des populations, ainsi que leur bien-être social, et que les soins de santé primaires sont la pierre angulaire d'un système de santé durable »¹⁴. Les systèmes de santé munis de soins primaires solides présentent de meilleurs résultats et une plus grande équité en matière de santé et souvent, de moindres coûts liés aux soins de santé¹⁵. Selon les conclusions d'une étude canadienne menée en 2018, « investir dans des services de soins primaires efficaces peut contribuer à alléger le fardeau du secteur des soins actifs et à réduire les dépenses connexes »¹⁶. Pour la plupart des Canadiens et des Canadiennes, un fournisseur de soins primaires régulier — habituellement un médecin de famille, une infirmière praticienne ou une équipe de soins primaires — est le premier point de contact avec le système de soins de santé. C'est la personne qui assure la prestation de la majeure partie de leurs soins, maintient une relation continue avec eux et facilite ou coordonne les soins qu'ils reçoivent d'autres fournisseurs et dans d'autres lieux¹⁷.

Le système de santé, incluant les soins primaires, doit célébrer ses réussites, les diffuser et sans cesse chercher à s'améliorer.

Cadres d'amélioration

L'amélioration continue de la qualité (ACQ) est de plus en plus perçue comme une activité et une responsabilité de base du système de santé et des médecins de famille, de leurs collègues des soins primaires et de leurs équipes. Plusieurs théories, modèles et cadres existants appuient la conception et la mise en œuvre d'initiatives d'amélioration dans les soins primaires ; et la facilitation de la pratique a un important rôle à jouer dans le soutien de ces initiatives. Comme l'a expliqué un expert lors de la Conférence internationale sur la facilitation de la pratique du North American Primary Care Research Group en 2018, « Une théorie explique le pourquoi, un modèle explique le comment et un cadre décrit les éléments en jeu »¹⁸.

Le Quadruple objectif

L'approche utilisée par les facilitateurs de la pratique pour aider les pratiques à améliorer la qualité des soins est habituellement éclairée et encadrée par le Quadruple objectif (figure 1) et les six dimensions de la qualité : 1. rapidité; 2. efficacité; 3. équité; 4. sécurité; 5. efficacité; 6. approche centrée sur le patient^{2,19}

Centre de médecine de famille (CMF)

L'ACQ est aussi une composante clé du CMF. Cette vision des soins favorise la prestation de soins complets, globaux, continus et de grande qualité. Selon le CMFC, « Le CMF est une pratique de médecine de famille définie par ses patients comme l'endroit où ils se sentent le plus à l'aise de parler de leur santé personnelle et familiale, ainsi que de leurs problèmes de santé »¹². La vision du CMF définie par le CMFC fournit un cadre pour une évolution vers la prestation de meilleurs soins aux patients. Elle plaide pour « la mise en pratique des principes d'amélioration continue de la qualité (ACQ) pour atteindre les résultats nécessaires pour répondre aux besoins de leurs patients, de leurs communautés et de la communauté des soins de santé dans son ensemble, maintenant et à l'avenir »¹². La figure 2 présente le cadre du CMFC pour le CMF¹².

Figure 1. Cadre du Quadruple objectif

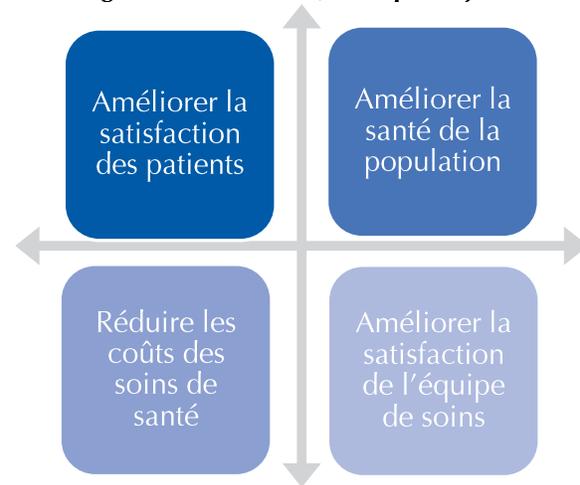
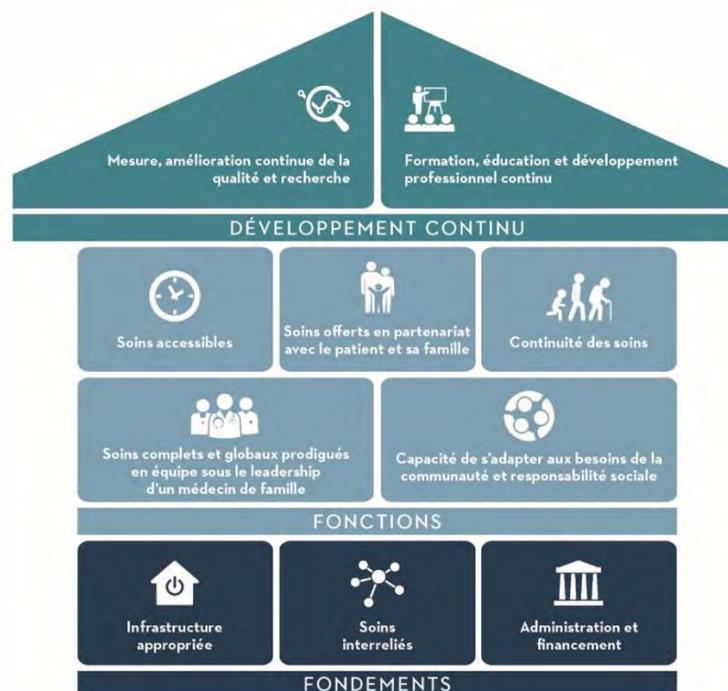


Figure 2. Le Centre de médecine de famille du CMFC



Les soins dispensés en équipe sous le solide leadership de médecins, une expertise et une capacité d'amélioration accrue, ainsi qu'une volonté de s'améliorer continuellement sont au cœur du CMF. La facilitation de la pratique pourrait offrir une stratégie clé pour faire progresser ces éléments, instaurer le changement et le maintenir. Au bout du compte, les pratiques qui atteignent ces objectifs de transformation intègrent les principes de la vision du CMF. Bien que tous les types de thèmes et d'approches d'ACQ ne soient pas explicitement mentionnés dans la vision du CMF, les éléments du CMF servent de balises pour la prestation de soins primaires de grande qualité. La sécurité des patients est toujours prise en compte dans les changements apportés à la pratique par le CMF. Les facilitateurs de la pratique guident les équipes dans l'adoption de mesures de performance de l'ACQ qui améliorent l'expérience et la santé des patients.

Le CMF prône également le renforcement des capacités au niveau de la pratique afin d'amorcer et de soutenir le changement dans l'ensemble de la communauté. Cela signifie offrir des services qui reflètent les besoins de la communauté dans son ensemble et établir des liens dans tout le voisinage médical — incluant les centres hospitaliers, les établissements de soins de longue durée et les services de soins à domicile, les services de santé publique, les laboratoires et services d'imagerie diagnostique, les prestataires de physiothérapie et de réadaptation, de soins en santé mentale et en toxicomanie et les autres services sociaux et de santé.

Les facilitateurs de la pratique aident les équipes de soins primaires à adapter les éléments du CMF en fonction de la responsabilité sociale inhérente au contrat qui existe entre, d'une part, les fournisseurs de soins et leurs pratiques et, d'autre part, leurs communautés. Importante activité d'ACQ, la facilitation de meilleurs processus de transition donne un sens et une pertinence à la vision du CMF, et augmente la sécurité au niveau d'un panel de patients et de la population. Comprendre les besoins de la communauté en santé, y répondre et planifier pour la prestation de soins à un panel de patients sont des aspects importants de la responsabilisation dans les soins primaires. Les facilitateurs ont de nombreuses occasions de soutenir les pratiques à cet égard, y compris en faisant participer les patients et la communauté aux activités d'amélioration.

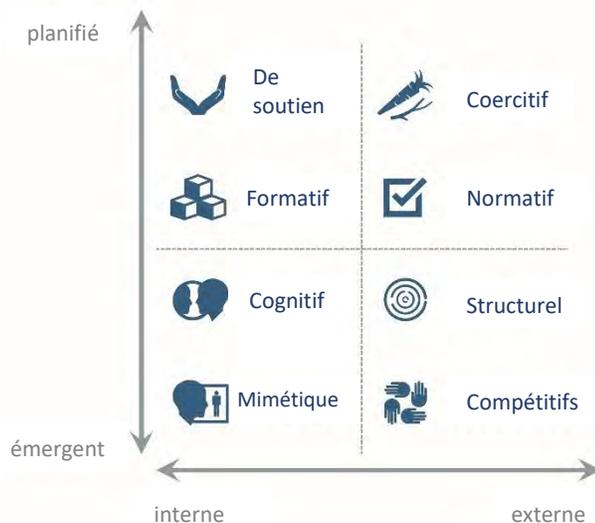
Cadre théorique

Toute amélioration requiert un changement. Toutefois, l'amélioration ou la modification apportée ne se maintiendra pas toute seule ; elle doit être consolidée et soutenue. De nombreux articles portant sur les pratiques exemplaires en gestion du changement qui appuient l'ACQ dans les soins de santé ainsi que sur les obstacles et les catalyseurs du changement ont été publiés. Ces sources devraient être utilisées pour encadrer les initiatives de changement. Selon les études, il est possible d'appliquer les données probantes pour encadrer l'amélioration de la pratique, mais il n'existe aucune approche unique qui convient à toutes les situations. La stratégie de facilitation de la pratique retenue doit être adaptée au contexte de la pratique et aux participants, et elle doit tenir compte des obstacles possibles et des possibilités qui pourraient influencer sur le succès de la démarche²⁰.

Réalisée en 2017, une synthèse des cadres de référence propose huit leviers de changement : 1. les leviers cognitifs favorisent la connaissance et la compréhension ; 2. les leviers mimétiques renseignent sur la performance des autres afin de susciter l'émulation ; 3. les leviers de soutien fournissent la facilitation, des outils de mise en œuvre ou des modèles de soins pour soutenir le changement ; 4. les leviers formatifs développent les capacités et les compétences par l'enseignement, le mentorat et la rétroaction ; 5. les leviers normatifs déterminent la performance par rapport aux lignes directrices, aux normes et aux processus de certification et d'agrément ; 6. les leviers coercitifs utilisent les politiques, les mesures réglementaires incitatives et dissuasives pour forcer le changement ; 7. les leviers structurels modifient l'environnement physique ou la culture et routine professionnelle ; et 8. les leviers compétitifs attirent les patients ou les bailleurs de fonds ²¹.

Figure 3. Leviers de changement²¹

Publié avec l'autorisation de Jean-Frédéric Lévesque.



La figure 3 présente les deux dimensions de la matrice à quatre quadrants qui expliquent les différentes façons dont le changement peut se produire à savoir par : 1. la motivation, ou les raisons pour lesquelles le changement survient (internes ou externes) ; et 2. l'origine du changement (planifié ou émergent)²¹.

Les leviers de changement nous rappellent qu'au niveau systémique (ou niveau externe), plusieurs facteurs contextuels doivent être pris en considération, y compris le contexte (p. ex., les pressions et mesures incitatives gouvernementales, la motivation de la communauté, l'expertise et le leadership du gestionnaire du système et la conformité du travail d'amélioration avec les objectifs stratégiques)²². Au niveau systémique, les obstacles peuvent inclure l'absence de priorités, de cibles et d'un langage commun en matière d'amélioration, le manque de coordination, d'intégration et d'harmonisation des efforts et un manque d'engagement au niveau de la pratique ou du secteur.

Des facteurs additionnels influencent l'ACQ au niveau de la pratique : l'ampleur des ressources et de l'infrastructure technologique, l'expertise et la formation, le leadership et la motivation²². Réaliser des changements n'est pas simplement une question de diffuser les connaissances et offrir de la formation. Les stratégies de formation didactique et de diffusion passive sont souvent inefficaces, tandis que la formation interactive, les systèmes de rappel et les interventions à plusieurs facettes donnent de meilleurs résultats ^{23,24}.

Selon les études publiées sur le sujet, plusieurs méthodes appuient l'instauration d'une culture du changement dans la pratique clinique, dont un bon nombre combinent les systèmes et processus organisationnels avec la réforme de la pratique professionnelle de première ligne. Le tableau 2 présente les facteurs qui contribuent à un contexte favorable à la prestation de soins de grande qualité²⁵.

Tableau 2. Catalyseurs d'une culture du changement

<ul style="list-style-type: none"> • Avoir un objectif commun • Ancrer le changement dans une culture organisationnelle axée sur le soutien • Avoir la capacité organisationnelle pour soutenir le changement • Responsabiliser le clinicien pour la performance • Accorder à la qualité « le même sens, la même valeur et la même importance pour tous au sein de l'organisation » • Appliquer les normes et lignes directrices cliniques ainsi que des indicateurs de rendement • Assurer un suivi continu du changement et de la performance • Valoriser la pensée novatrice • Promouvoir une culture de formation et l'apprentissage les uns des autres • Récompenser l'initiative et la capacité à résoudre les problèmes • Remettre en question les attitudes « ça ne marchera pas ici », le cloisonnement des idées et la réticence à prendre des risques • Avoir la volonté de réessayer après un premier échec • Instaurer de solides relations de travail entre la direction et les cliniciens, et planifier conjointement • Créer de nouvelles relations de travail avec divers groupes professionnels • Regrouper différents professionnels 	<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser l'engagement du personnel • Aborder la diversité et le « tribalisme » des sous-cultures • Reconnaître et célébrer les efforts de l'équipe et des personnes • Encourager l'examen régulier par les pairs cliniciens • Valoriser les changements émergeant de la base • Favoriser une culture davantage axée sur le soutien et l'autonomie que sur le commandement et le contrôle • Favoriser un milieu sécuritaire et positif, qui propose des moyens constructifs pour corriger les erreurs • Favoriser les mesures incitatives qui appuient les objectifs à long terme (versus les solutions à court terme) • Réduire les mesures incitatives conflictuelles dans le système de soins de santé • Favoriser la compréhension et la reconnaissance, surtout par les autorités centrales, de la complexité, du temps et des ressources requises pour réaliser des changements durables (et donc des demandes et des échéanciers réalistes pour le personnel de première ligne) • Investir dans les infrastructures, notamment les systèmes de technologie de l'information, l'analyse des données et les outils d'aide à la prise de décision
--	---

Reproduit avec l'autorisation de Dale McMurchy et du Collège des médecins de famille de l'Ontario. McMurchy D. *Evidence Brief: Preparing for a Devolved, Population-Based Approach to Primary Care*. Ontario Collège des médecins de famille; 2015.

Les catalyseurs du changement renferment d'importants éléments à considérer lorsqu'on envisage un changement et une amélioration de la pratique. La facilitation de la pratique peut encourager l'engagement des médecins de famille et des membres de leurs équipes professionnelles qui souhaitent s'améliorer malgré les exigences de leurs multiples rôles et responsabilités. Pour opérer des changements, il faut aider les fournisseurs de soins et les équipes à reconnaître et comprendre les diverses possibilités qui s'offrent à eux, à tester les changements proposés dans la pratique en tenant compte de leurs propres points de vue et contextes, à déterminer l'impact pour eux, et à finir par faire partie du changement.

Il est important pour les médecins de famille et les membres de leurs équipes de s'approprier les activités d'ACQ, d'y participer et souvent de les diriger. Le facilitateur de la pratique n'est pas responsable de la pratique et de l'ACQ. Son rôle est d'accompagner et de guider. Le rôle d'accompagnateur vise à augmenter la résilience et la débrouillardise de l'équipe pour qu'elle continue de s'améliorer et d'évoluer. Les pratiques de soins primaires qui acquièrent le « réflexe de changement » ont généralement tendance à accepter l'amélioration continue, mais elles continuent aussi de bénéficier de l'aide d'un facilitateur de la pratique pour entretenir ce réflexe^{26,27}.

La facilitation de la pratique dans le contexte canadien

Le volet du Symposium sur invitation sur l'amélioration continue de la qualité au Canada tenu en 2018 consacré à la facilitation de la pratique a présenté un éventail d'approches pour la facilitation de la pratique qui existent au pays. Il a mis en vedette les pratiques exemplaires dans plusieurs provinces et territoires canadiens et à l'étranger, y compris les facteurs de réussites et les leçons qu'on en a tirées. (Ces programmes sont résumés à l'annexe A.)

Chaque province et territoire a entrepris d'une façon ou d'une autre une réforme et une transformation des soins primaires. Au Canada, les modèles de pratique de première ligne, de structure, de financement et de paiement varient énormément à l'intérieur des provinces et des territoires et entre ceux-ci, et chaque province ou territoire a mis en œuvre l'ACQ et la facilitation de la pratique à sa façon. Reconnaisant l'importance de cette activité, plusieurs provinces et territoires ont créé des conseils de qualité des services de santé (ou l'équivalent) pour faire rapport sur l'état des services et des résultats en santé, identifier les réussites et les améliorations à apporter et promouvoir et diffuser l'apprentissage. En outre, les ministères, les autorités sanitaires régionales, les fournisseurs de soins primaires [p. ex., réseaux de soins primaires ou RSP, équipes Santé familiale, centres de santé communautaires, réseaux de pratique de médecine de famille), les universités, les associations et les collèges professionnels ont entrepris différentes activités d'ACQ dans les limites de leurs compétences respectives. L'amélioration de la pratique reçoit également l'appui d'organisations nationales, comme Choisir avec soin Canada et la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. Certaines initiatives sont basées sur le travail général d'amélioration dans la pratique alors que d'autres portent surtout sur un projet ou une maladie, ou sur les DMÉ et l'amélioration des données.

Certaines provinces et certains territoires ont eu plus de succès dans leurs efforts de mise en œuvre et se démarquent comme modèles. Même si les approches adoptées doivent refléter le contexte de la province ou du territoire, la taille de l'organisation, les caractéristiques de la pratique, les objectifs du système, les attentes en matière de financement et celles des bailleurs de fonds et le mandat des organisations de l'ACQ, les pratiques qui ont du succès ont certains éléments en commun. Des exemples sont fournis au chapitre 7.

Le système de soins de santé canadien permet de tirer parti de partenariats et des forces régionales en ACQ et soutient une approche en réseau, qui favorise le développement des capacités nationales requises pour instaurer des changements dans les pratiques de soins primaires et transformer le système. Le soutien pour la formation et le perfectionnement des facilitateurs de la pratique fait partie du processus. Différents termes — professionnel de l'amélioration, facilitateur d'amélioration, accompagnateur de pratique, accompagnateur en ACQ, accompagnateur en DMÉ, facilitateur en utilisation des données issues des DMÉ et consultant en ACQ — sont utilisés au

Canada pour désigner le facilitateur de la pratique. Malgré les différentes terminologies et approches, les habiletés de base, les compétences et la formation requises pour soutenir l'évolution et le développement de ces rôles sont similaires partout au pays. Elles sont décrites plus en détail au chapitre 5. La plupart des compétences se regroupent sous l'un des quatre domaines de compétence définis par l'AHRQ : 1. habiletés interpersonnelles pour rallier du soutien pour les changements et les faciliter, 2. méthodes pour évaluer et utiliser les données pour provoquer le changement, 3. stratégies d'ACQ et de gestion du changement, et 4. optimisation des technologies de l'information sur la santé.

Renforcer les compétences requises pour opérer le changement au niveau de la clinique est la base qui permet d'établir des partenariats en soins primaires à la grandeur du système de santé. Améliorer l'accès aux soins et les coordonner dans les soins primaires améliorent les transitions des soins à l'intérieur du voisinage médical et dans les programmes communautaires. Les facilitateurs de la pratique travaillent avec les pratiques médicales et peuvent appuyer les soins intégrés et l'engagement communautaire dans le but d'améliorer les soins aux patients et d'aborder la question des déterminants sociaux de la santé. Pour les décideurs du domaine de la santé au Canada, il est important de pouvoir compter sur une vision et une approche nationales pour la facilitation de la pratique en soins primaires, car elles représentent un élément clé pour la main-d'œuvre requise afin d'assurer sa transformation.

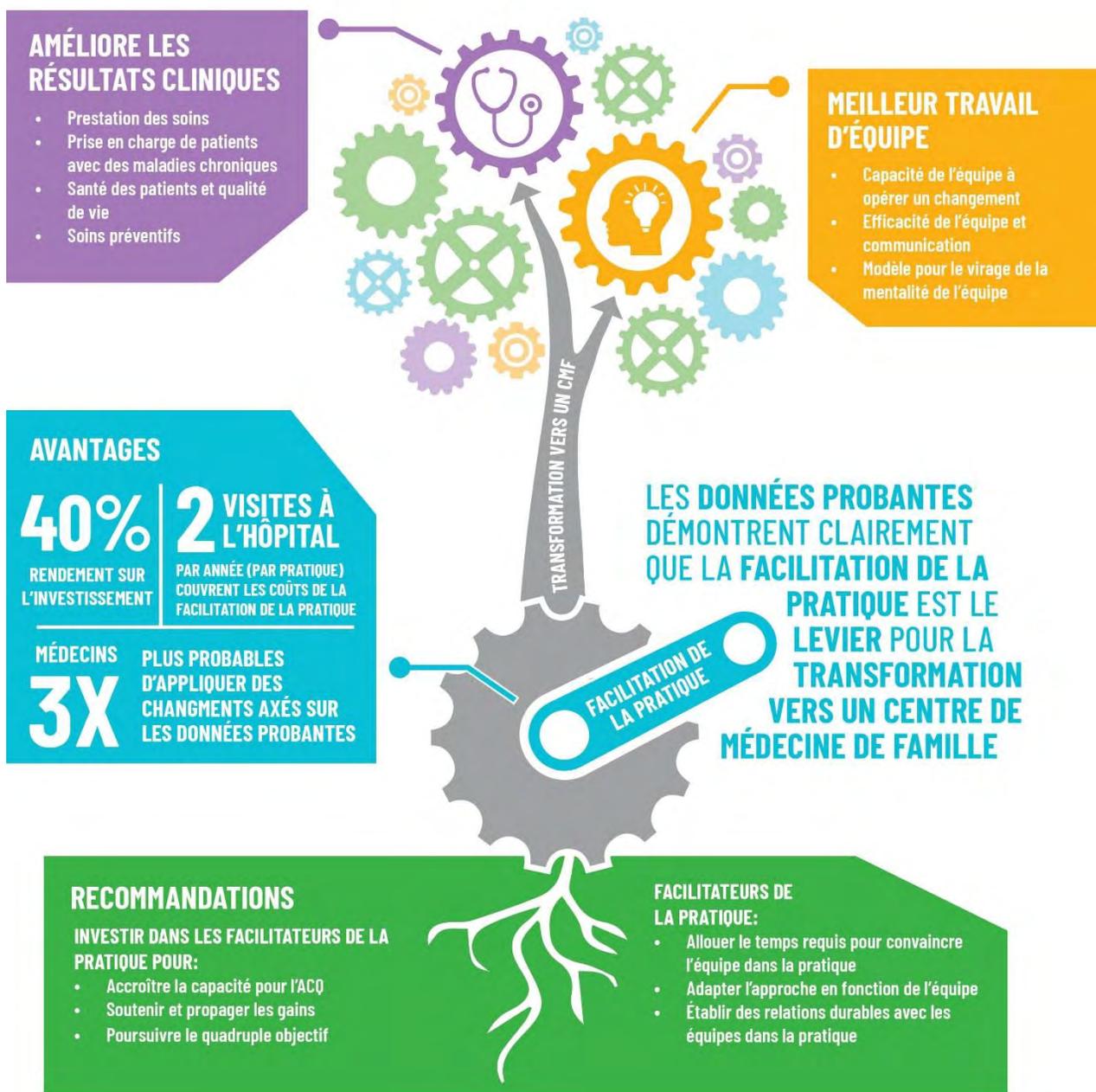
3. La facilitation de la pratique appuyée par des données probantes

Même s'il n'est pas nécessairement simple ou évident d'intégrer la facilitation de la pratique dans les programmes d'ACQ de routine, un corpus croissant de données probantes démontre son impact et son efficacité pour soutenir la modification et l'amélioration de la pratique. La figure 4 présente un résumé des données probantes qui étayent les avantages de la facilitation de la pratique en soins primaires et de la transformation du système.

Figure 4. Les données probantes soutiennent la facilitation de la pratique en soins primaires[†]

ACCROÎTRE LA FACILITATION DE LA PRATIQUE DANS LES SOINS PRIMAIRES

IMPLIQUER LES ÉQUIPES POUR OPÉRER DES CHANGEMENTS IMPORTANT POUR AMÉLIORER LES SOINS PRIMAIRES



[†] Cette infographie a été créée par le CMFC en collaboration avec l'Accelerating Change Transformation Team.

L'une des premières revues systématiques de la facilitation de la pratique a été publiée en 2005⁸. Elle regroupait des études sur l'impact des facilitateurs et décrivait leurs rôles, leurs méthodes et leur financement. Sur les 47 articles recensés, 25 mesuraient l'effet des interventions des facilitateurs sur la santé des patients. Huit étaient des essais contrôlés randomisés (dont sept portaient sur des interventions à volets multiples auxquelles participaient des facilitateurs de la pratique), deux étaient des études de cas-témoins et 14 étaient des études avant-après. Pour la prévention, les études indiquaient, entre autres choses, une augmentation du taux d'examen des pieds et des yeux chez les patients diabétiques, une augmentation des taux de dépistage du cancer et une augmentation des interventions préventives dans les cas de maladies cardiovasculaires. Une étude a constaté que les facilitateurs amélioraient la compréhension et l'utilisation des trousseaux de cessation de tabac, mais que celle-ci n'avait pas été rentable. La présence des facilitateurs s'est avérée rentable dans le dépistage rétinien chez les patients diabétiques et dans l'amélioration du diagnostic et du traitement des enfants asthmatiques. Les études ont recensé de nombreuses améliorations au niveau du système. La présence de facilitateurs de la pratique a accéléré le processus d'amélioration en éduquant le personnel clinique sur l'importance et les avantages des améliorations et en fournissant la rétroaction et le matériel requis. Dans les pratiques dotées de facilitateurs, les équipes de soins comprenaient mieux et appliquaient davantage les méthodes d'ACQ ; leur attitude à l'égard de l'ACQ a aidé à soutenir les améliorations à long terme. Les études ont également signalé une meilleure documentation des dossiers pour certaines conditions et des systèmes de rappel des patients.

En 2012, une revue systématique et méta-analyse s'est penchée sur la facilitation de la pratique dans des milieux de soins primaires³. Portant sur 23 essais contrôlés randomisés et non randomisés et des études de cohorte prospectives, elle a analysé 697 pratiques randomisées ou réparties selon l'intervention de facilitation de la pratique, et 701 autres assignées à un groupe contrôle. On a constaté un effet d'ampleur de 0,56 en faveur de la facilitation de la pratique. On a également constaté que les pratiques de soins primaires qui intégraient les services d'un facilitateur de la pratique étaient 2,8 fois plus susceptibles d'adopter des lignes directrices fondées sur les données probantes. Toutes les études dans la revue de 2012 comprenaient les composantes clés suivantes : un audit avec rétroaction, la recherche de consensus et l'établissement d'objectifs. Elles basaient aussi leur approche au changement sur des outils d'ACQ communs, dont le cycle Planifier-Exécuter-Étudier-Agir. Bon nombre intégraient aussi des rencontres de collaboration qui, comme l'ont noté les auteurs, augmentaient les coûts des initiatives, bien que l'on ne sache pas si ces rencontres avaraient en ressources augmentaient l'efficacité. Les processus de mise en œuvre variaient d'une étude à l'autre, notamment en ce qui a trait aux titres de compétence des facilitateurs, à leur formation, au nombre de pratiques et à l'intensité et à la durée de l'intervention. La revue a constaté que l'augmentation du nombre de pratiques par facilitateur diminuait l'effet global de la facilitation, ce qui indique que le nombre de pratiques qui bénéficient des services d'un même facilitateur est un facteur important à considérer lors de la mise en œuvre de la facilitation de la pratique. De même, l'intensité de l'intervention était associée à des effets plus importants, tout comme l'adaptation des interventions en fonction de la pratique (c.-à-d. le fait de tenir compte de son contexte, de ses réalités et de ses ressources). Élément important à signaler : les auteurs ont conclu que la facilitation doit être adaptée au contexte de la pratique, et mettre l'accent sur les processus et l'organisation des soins³.

On a aussi constaté que les facilitateurs de la pratique aident les pratiques à se transformer conformément à la vision du CMF. Aux États-Unis, le National Demonstration Project, un projet axé sur le *patient-centered medical home (PCMH)*²⁸ a évalué l'effet de la facilitation sur les résultats des pratiques à mesure qu'elles adoptaient différentes composantes de ce modèle américain similaire à celui du CMF. Trente-six cliniques de médecine de famille ont été assignées

aléatoirement à des groupes d'intervention qui, soit avaient un facilitateur de de pratique, soit devaient diriger elles-mêmes le processus. L'étude a conclu que les facilitateurs étaient importants pour expliquer aux équipes des pratiques comment mettre en œuvre les composantes du modèle américain du centre de médecine de famille. Ils ont aidé les équipes à créer des feuilles de route pour le changement, à définir des priorités et à utiliser les bons outils pour soutenir la transition. Ils ont aussi aidé les équipes à acquérir les compétences en gestion du changement et en gestion de projet. Compte tenu des différences de base et de la taille des pratiques, l'étude a conclu que les pratiques avec un facilitateur présentaient une plus importante capacité d'adaptation et avaient mis en œuvre davantage de composantes du modèle du PCMH.

Les études ont également démontré que la facilitation de la pratique a un rôle à jouer dans l'application de changements plus complexes, comme les consultations virtuelles, la prestation de soins en équipe et la gestion de populations. Notons, par exemple, que les pratiques très motivées — celles qui ont été répertoriées comme innovatrices — étaient mieux placées pour s'autogérer et mettre en œuvre les éléments du PCMH de façon autonome, mais pour eux, l'amélioration de l'expérience des soins vécue par le patient était moindre^{13,28}.

Une autre étude du National Demonstration Project s'est penchée sur les stratégies pour améliorer la transformation de la pratique²⁹. Cette analyse secondaire a décrit une séquence de stratégies utilisées pour générer des changements dans les pratiques de soins primaires qui tentait d'adopter le nouveau modèle de soins. Les auteurs ont analysé les données qualitatives générées par un facilitateur travaillant auprès de six pratiques. Selon les constats, l'encadrement a favorisé la séquence suivante : 1. les médecins-chefs passent d'un style de communication hiérarchique, de haut en bas, à des communications plus larges, multidirectionnelles et attentives. 2. La planification et la résolution de problèmes en collaboration par les membres de l'équipe de soins dans le contexte clinique, incluant des caucus quotidiens. 3. Les médecins donnent l'exemple d'un leadership facilitateur et répondent aux préoccupations liées à la gestion et aux ressources humaines. 4. Les médecins acquièrent une vision élargie de leur rôle au sein de la pratique et dans l'ensemble des soins prodigués aux patients. Les résultats de l'étude ont souligné qu'avec un encadrement cohérent, le personnel de la pratique peut mieux mettre en œuvre les composantes du modèle et trouver de nouvelles façons de travailler²⁹.

Les données probantes portent à croire que la facilitation de la pratique peut aider tant les milieux de soins hautement performants que ceux qui le sont moins. Cependant, elle peut être moins efficace pour les pratiques aux prises avec de profondes difficultés (p. ex. les pratiques les moins performantes) ou celles qui sont extrêmement performantes (p. ex. pratiques exemplaires)⁵. Néanmoins, avoir ou établir une base solide et une capacité d'amélioration permet d'entreprendre des initiatives d'amélioration plus complexes et d'instaurer des processus qui intègrent l'amélioration dans la pratique : elle devient donc un élément stratégique du fonctionnement et de la culture³⁰. Quant à la longévité, les études ont pu observer que les effets de la facilitation, une fois que celle-ci était terminée, peuvent durer sur une période pouvant aller jusqu'à 12 mois³¹⁻³⁴.

Au Canada, le corpus de données probantes prend de l'ampleur. Plusieurs participants du Symposium sur invitation sur l'amélioration continue de la qualité, tenu en 2018 ont présenté des allocutions sur la facilitation de la pratique et comment elle a aidé à améliorer les processus des pratiques et la santé des patients. Une étude, *The Improved Delivery of Cardiovascular Care program*, a examiné l'influence des facilitateurs de pratique sur les réactions des médecins de famille à un programme d'ACQ dans l'est de l'Ontario entre 2007 et 2011³⁵. Elle a indiqué que même si les avantages et l'impact du programme variaient, globalement, les interventions ont été vues favorablement et les médecins ont apprécié la présence d'un facilitateur. Les facilitateurs

remplissaient trois rôles clés : 1. agir à titre de personne-ressource ; 2. motiver ; et 3. apporter une perspective de l'extérieure. Avec l'appui de leurs facilitateurs de la pratique, les médecins ont pu mettre en œuvre des changements qui incluaient l'adoption de systèmes d'information clinique et d'outils d'aide à la décision ainsi que la refonte du système de prestation des soins³⁵. Une étude canadienne antérieure avait constaté que, comparées aux pratiques sans facilitation, les pratiques avec des facilitateurs ont appliqué des mesures plus pertinentes et percutantes et qu'elles avaient épargné 1,87 \$ par patient ou 3 321 \$ par médecin, soit un retour sur investissement de 40 p. cent³⁶.

Une étude³⁷ réalisée en 2018 a fait ressortir l'importance d'investir dans le soutien externe pour aider les pratiques de soins primaires à mettre en œuvre le changement et à adopter des innovations. Cette étude décrit l'utilisation, dans le cadre du projet *EvidenceNOW* aux États-Unis, de l'approche de l'élargissement des soins de santé (*health care extension*), lancée pour diffuser et appliquer rapidement des lignes directrices fondées sur des données probantes pour les soins cardiovasculaires préventifs en milieu de soins primaires. Sept coopératives régionales subventionnées ont fourni les éléments de base de cette approche — soutien en matière de technologie et d'ACQ, pratiques pour renforcer les capacités et liens avec les ressources communautaires — à plus de 200 cliniques de soins primaires dans chaque région.

Selon l'étude, l'approche de l'élargissement des soins est réalisable et potentiellement utile pour offrir du soutien à l'ACQ aux pratiques de soins primaires.

Un supplément de 2019 des *Annals of Family Medicine* a répertorié des exemples et des connaissances clés sur la transformation de la pratique, dont un aperçu de la facilitation de la pratique. On pouvait lire ce qui suit dans un éditorial de ce numéro :

La plupart des pratiques manquent de temps, d'énergie et de ressources pour réaliser seules ces changements, et la plupart manquent de moyens de se renseigner sur les politiques qui les inciteraient à apporter des changements ou d'exemples dont ils pourraient apprendre. [...] La facilitation de la pratique, l'élargissement des soins et les autres formes de soutien à la transformation de la pratique et à l'amélioration de la santé des communautés sont d'importantes interventions qui s'opèrent au niveau du système pour améliorer les soins de santé et atteindre le Quadruple objectif³⁸.

Un article de ce supplément fait état d'un essai contrôlé randomisé portant dans des petites pratiques (jusqu'à 10 médecins) dans trois États américains³⁹. L'essai a cherché à déterminer l'impact sur les pratiques des diverses façons de soutenir la facilitation de la pratique (ACQ) pour réduire le risque cardiovasculaire. Un soutien a été fourni à 209 pratiques pendant 15 mois. L'étude a comparé l'efficacité de quatre scénarios : 1. la facilitation de la pratique comme intervention unique, 2. une combinaison d'apprentissage partagé et de facilitation de la pratique ; 3. une combinaison de visites éducatives sur place et de facilitation de la pratique, et 4. une combinaison d'apprentissage partagé, de visites éducatives sur place et de facilitation de la pratique. Dans l'ensemble, les conclusions suggèrent qu'il n'y avait aucune différence significative dans les mesures de qualité clinique utilisées pour les interventions. Cependant, les petites pratiques bénéficiant de soutien externe ont pu améliorer leur performance concernant les facteurs de risque de maladies cardiovasculaires et atteindre leur niveau de performance cible dans les quatre volets de l'étude. Pour améliorer davantage la performance de ces pratiques, l'étude a proposé que des interventions additionnelles et permanentes, comme des visites sur place, des possibilités d'apprentissage partagé et la facilitation de la pratique, pourraient être intégrées.

Dans le même supplément des *Annals of Family Medicine*, une autre étude a décrit comment la facilitation à distance a été utilisée avec succès pour accompagner les cliniques d'optométrie dans les 50 États américains pour une initiative d'ACQ qui préconisait les soins oculaires urgents pour réduire l'achalandage aux services d'urgence. Les facilitateurs de la pratique qui ont participé à ce projet ont effectué des évaluations de la pratique à distance, établi des objectifs avec chaque pratique et aidé à mettre en œuvre des cycles Planifier-Exécuter-Étudier-Agir itératifs⁴⁰.

Ayant observé que les petites pratiques de soins primaires indépendantes n'avaient souvent pas les ressources requises pour mettre en place des changements systémiques, un groupe de chercheurs de New York, NY, a étudié l'efficacité de la facilitation de la pratique pour améliorer les maladies cardiovasculaires dans 257 petites pratiques⁴¹. Les cliniciens percevaient la facilitation de la pratique comme une ressource importante pour lier leurs pratiques au milieu et aux ressources en soins de santé externes et pour renforcer leurs capacités en ACQ par l'enseignement et par le soutien pratique et en offrant des solutions qui s'appuient sur les dossiers médicaux électroniques. L'étude a également souligné le rôle de la facilitation de la pratique pour déceler les écarts dans la qualité et relier les pratiques à l'information, aux ressources et aux stratégies dont elles ont besoin.

4. Le profil du facilitateur de la pratique

Les facilitateurs de la pratique appliquent des stratégies individuellement ou en les regroupant pour générer et maintenir des changements. Les stratégies individuelles peuvent inclure la formation de groupe, la planification en équipe avec un facilitateur, l'enseignement individuel, la rétroaction et les rappels. Les stratégies qui visent le regroupement de pratiques peuvent inclure du matériel pédagogique et de la rétroaction, de la formation en groupe avec d'autres stratégies, de l'enseignement individuel combiné à d'autres stratégies, de la rétroaction et des rappels, et de la rétroaction combinée à des évaluations par les pairs ou à de la formation continue. Le soutien est offert à des groupes de cliniciens d'une ou de plusieurs professions ou à des médecins qui exercent en solo, même si c'est plus rare dans le cas de ces derniers puisque les pratiques en solo n'ont souvent pas les ressources pour embaucher des facilitateurs de la pratique.

Les facilitateurs de pratique comprennent les processus et les contextes. Bon nombre d'entre eux proviennent du domaine des soins de santé et peuvent avoir exercé une profession connexe, tandis que d'autres viennent des domaines du développement communautaire ou de l'éducation et possèdent une solide expérience en gestion du changement.

Figure 5. Les quatre profils des facilitateurs de la pratique



Amélioration continue de la qualité

Le facilitateur de la pratique assume une vaste gamme de rôles liés à l'ACQ. De concert avec le personnel de la pratique, il planifie les interventions, détermine et attribue les tâches, étudie leurs effets et peaufine les interventions en se basant sur la rétroaction du personnel et les résultats des essais pilotes. Dans ce rôle, le facilitateur de la pratique peut être un « généraliste » capable de faciliter une variété d'initiatives d'ACQ ou un « spécialiste » qui se limite à un seul type d'initiative.

Ces divers rôles comprennent : inciter les équipes à utiliser les outils et méthodes d'ACQ, comme la schématisation des processus, le Modèle d'amélioration, les améliorations de processus LEAN, l'élaboration de graphiques de séquences et l'utilisation de données pour l'amélioration et la prise de décision. La facilitation permet aussi de se concentrer sur les aspects importants du maintien et de la diffusion des changements percutants, tel que décrit dans le *Sustainability Model* du National Health Service et le document *Framework for Spread* de l'IHI^{42,43}. Les rôles plus avancés peuvent comprendre l'enseignement aux équipes et les soutenir en fournissant de la cartographie de la chaîne de valeur, des graphiques de contrôle, des sondages et des examens qualitatifs. Une méthode utilisée couramment comprend les audits de dossiers. Se basant sur ces audits, les facilitateurs de la pratique rédigent des rapports, fournissent de la rétroaction au personnel clinique et aident à planifier afin de mener à bien l'amélioration souhaitée. Les rôles plus avancés comprennent aussi la dissémination des initiatives à un plus grand public, et l'élargissement de leur portée dans les pratiques et même dans l'ensemble du système de santé, y compris la diffusion des compétences en innovation.

Recherche basée dans la pratique

Les facilitateurs de recherche basée dans la pratique travaillent généralement dans un RRBP (où ils sont financés par le réseau) ou dans un projet précis, dont le budget inclut la facilitation de la pratique. Dans ce rôle, les facilitateurs de la pratique peuvent être soit des généralistes, soit des spécialistes.

Le rôle de soutien à la recherche consiste notamment à aider les pratiques à être mieux disposées à la recherche et plus actives à cet égard. Au niveau de la pratique, être disposé à la recherche signifie que la pratique est en mesure de recueillir, entreposer et gérer les données (y compris le partage et le transfert de données) conformément aux meilleures pratiques éthiques (dont la protection des renseignements personnels, les principes éthiques et les normes), et de comprendre les différents types d'études. À cet égard, aider les pratiques à mieux comprendre les processus, les approches et les méthodes de recherche est essentiel. Être active en recherche signifie que la pratique peut trouver et recruter des participants potentiels pour les études et s'assurer que les processus d'établissement de rapports et de contrôle de sécurité sont en place et respectés. Ce rôle de soutien peut également aider à préparer des rapports de recherche réguliers. D'autres activités d'acquisition des compétences en recherche que soutiennent les facilitateurs peuvent inclure l'analyse documentaire, la préparation de protocoles de recherche, la soumission de demandes au comité d'éthique de la recherche, le recrutement de participants, la collecte de données et la réalisation d'entrevues qualitatives si besoin est. Le soutien plus poussé peut comprendre la gestion d'une base de données de recherche et la réalisation d'analyses statistiques (bien que ce soit normalement la responsabilité des statisticiens membres de l'équipe de l'étude).

Utilisation des données des DMÉ

Dans ce rôle, la principale fonction du facilitateur de la pratique est d'aider la pratique à exploiter le plein potentiel des données de ses DMÉ, souvent pour orienter et soutenir les activités d'amélioration de la pratique, comme les audits ou les projets d'ACQ. Pour ce faire, le facilitateur doit avoir une bonne connaissance des différents types de DMÉ et de leurs composantes et fonctions, savoir comment les données sont recueillies et saisies par les cliniciens, et pouvoir évaluer la qualité de ces données. Ce rôle consiste notamment à aider les cliniciens et les pratiques à améliorer la saisie des données dans les DMÉ afin de créer des entrepôts de données fiables et de grande qualité pour pouvoir effectuer des audits et surveiller la performance, générer des rapports sur les pratiques et analyser leurs données pour trouver les points forts ainsi que les points à améliorer. Le facilitateur peut aussi aider les pratiques à utiliser des outils d'aide à la prise de décisions pour formuler les grandes questions à aborder dans la pratique.

Les données et l'information peuvent éclairer la prise de décisions stratégiques dans les pratiques de même que la surveillance et l'évaluation de l'impact des initiatives d'amélioration de la pratique. Ce rôle recoupe souvent, à divers degrés, celui du facilitateur d'ACQ.

Cumulation de rôles

Certains rôles liés à la facilitation de la pratique exigent la cumulation de deux ou de plusieurs des rôles susmentionnés (p. ex., rôles liés à l'ACQ et à celui de l'utilisation des données des DMÉ). Cependant, plus on ajoute des rôles, plus le fardeau imposé aux facilitateurs de la pratique est lourd et plus il devient difficile de trouver des personnes avec l'expertise et la formation requises pour s'acquitter adéquatement des différents rôles.

À mesure que les RRBP se transforment en systèmes d'apprentissage, où l'ACQ et la recherche coexistent pour appuyer les améliorations de la pratique, la demande pour des facilitateurs qui possèdent des compétences dans les deux domaines augmentera vraisemblablement. Quelques études ont décrit comment les RRBP aux États-Unis utilisent les facilitateurs de la pratique, entre autres pour coordonner des projets de recherche, élaborer et mettre en œuvre des interventions au niveau des systèmes (p. ex., des services de vaccination et de prévention, la gestion de maladies chroniques, les audits de dossiers et la rétroaction sur l'ACQ), pour créer des programmes d'éducation des patients et, de plus en plus, pour impliquer les patients dans des projets d'ACQ et de recherche^{8,44}. Par exemple, l'Oklahoma Physicians Resource/Research Network a utilisé cinq facilitateurs de la pratique équivalents temps plein (appelés dans ce contexte assistants en amélioration de la pratique) pour aider les pratiques membres à participer à des projets de recherche et d'ACQ menés au niveau des pratiques et du réseau⁸.

Les facilitateurs de la pratique peuvent améliorer les communications et diffuser des idées utiles parmi les pratiques (pollinisation croisée des idées), et ils peuvent aider à créer de nouveaux liens entre les membres d'un même milieu de pratique ou entre les différentes pratiques d'un réseau de professionnels de la santé³. Les professionnels en soins primaires sont souvent isolés, même au sein d'un même groupe de pratiques et, en général, ne partagent pas entre eux les méthodes, idées et solutions pratiques qu'ils ont découvertes. Les facilitateurs de la pratique peuvent créer des liens entre les professionnels de la santé et faciliter le partage des expériences et des ressources afin qu'un réseau de cliniciens fonctionne comme une communauté d'apprentissage. Ces liens peuvent être particulièrement importants pour les pratiques rurales qui n'ont pas accès aux ressources disponibles dans les régions métropolitaines (comme les centres de soins tertiaires).

L'annexe A présente un résumé des programmes de facilitation de la pratique mis sur pied dans certaines provinces canadiennes et explique comment ils ont financé et déployé les facilitateurs de la pratique.

5. Compétences, rôles et approches des facilitateurs de la pratique

Comme les facilitateurs de la pratique peuvent assumer différents rôles et utiliser diverses approches, les compétences requises peuvent varier. Cependant, leurs rôles reposent sur une base de compétences essentielles et d'attributs qui incluent les suivantes :

- Compétences relationnelles
- Compétences en facilitation et en enseignement
- Communication
- Coordination et organisation
- Stratégies d'ACQ et de gestion du changement
- Comportements de leader
- Intelligence émotionnelle
- Connaissance de l'optimisation des technologies d'information sur la santé
- Capacité d'utiliser les données (des DMÉ et administratives) pour provoquer le changement
- Curiosité et ouverture
- Compréhension des activités et cadres des soins primaires
- Grande appréciation de l'amélioration continue

Comme décrit au chapitre 1, l'AHRQ a regroupé en quatre domaines les compétences dont ont besoin les facilitateurs de pratique en soins primaires :

1. Connaissances fondamentales
2. Compétences générales
3. Compétences spécialisées
4. Compétences professionnelles, connaissances et engagement

Voir au tableau 3 la description de ces rôles et des compétences connexes⁴⁵.

Tableau 3. Compétences des facilitateurs de la pratique en soins primaires définies par l’AHRQ

Domaine	Description	Exemples de compétences
Connaissances fondamentales	Connaissance des sujets clés importants pour l’amélioration et la réforme des soins primaires	<ul style="list-style-type: none"> • Processus de changement organisationnel • Objectifs de l’ACQ pour améliorer les soins • Principes du PCMH[‡] et logique dans laquelle il souhaite influencer la santé • Stratégies pour diffuser les innovations et de l’apprentissage organisationnel • Connaissance de l’évolution du contexte de pratique des soins primaires, y compris la réglementation et les politiques • Connaissance des systèmes de santé et du marché local des soins primaires • Compréhension des modèles de rémunération et de leurs relations avec la prestation des soins • Connaissance de la prestation des soins respectueuse de la diversité culturelle et linguistique
Compétences générales	Compétence dans l’application des connaissances fondamentales à diverses tâches de transformation	<ul style="list-style-type: none"> • Méthodes d’ACQ (p. ex. comprendre les cycles Planifier-Exécuter-Étudier-Agir) • Évaluation organisationnelle (p. ex. évaluer la disposition des pratiques au changement) • Éducation des équipes sur les méthodes d’ACQ • Gestion du changement • Gestion des personnes, des projets et des réunions
Compétences spécialisées	Compétence dans l’utilisation de techniques particulières pour soutenir le changement	<ul style="list-style-type: none"> • Collecte et analyse des données pour guider la démarche d’ACQ • Utilisation des logiciels de technologie de l’information • Ingénierie des méthodes de travail
Compétences professionnelles, connaissances et engagement	Communications efficaces et engagement des intervenants	<ul style="list-style-type: none"> • Compétence dans l’utilisation de techniques de communication efficaces • Compétences en relations interpersonnelles et en facilitation • Capacité à créer un climat de confiance auprès du personnel de la pratique • Connaissance de la facilitation de la pratique en tant que profession et communauté de pratique nationale

[‡] PCMH = Patient-Centered Medical Home (l’équivalent du Centre de médecine de famille du CMFC)

		<ul style="list-style-type: none"> • Engagement à l'égard de l'auto-évaluation, de l'apprentissage permanent et de la transparence
--	--	---

Reproduit avec la permission de l'Agency for Healthcare Research and Quality. Crosson J et coll. *Primary Care Practice Facilitation Curriculum* [introduction]. Agency for Healthcare Research and Quality; 2015.

Pour être efficace, il est impératif que le facilitateur de la pratique comprenne les soins primaires, leur fonctionnement et leurs contextes. Par exemple, si le travail de changement inclus notamment, la mise en œuvre des aspects du CMF, une compréhension pratique et théorique du cadre du CMF, de ses composantes et des concepts de changement est nécessaire. De plus, une compréhension des facteurs liés à la pratique, à l'organisation et au système est requise pour aligner les initiatives sur les innovations et les politiques publiques au fil du temps.

La facilitation est une compétence clé qui regroupe un large éventail de capacités : savoir quand utiliser différentes fonctions de soutien pour aider un groupe à atteindre un résultat attendu — savoir quand être un « collaborateur » et recueillir des idées, quand être un « consultant » pour partager les connaissances, quand être un « accompagnateur » pour améliorer les compétences d'une autre personne et quand être un « évaluateur » pour évaluer les progrès et les cibles. Le rôle du facilitateur de la pratique est également celui d'un guide et d'un mentor ; il habilite plutôt que d'assumer l'entière responsabilité de l'amélioration de la pratique et d'accroître la résilience et l'ingéniosité de l'équipe de la pratique afin qu'elle puisse constamment s'améliorer. Il peut également exercer un rôle de leader afin d'influencer et de guider le travail, d'aider à former les équipes, de gérer les conflits et de mobiliser les intervenants internes et externes, dont les patients. La capacité de garder le cap malgré les influences politiques et les tensions qui peuvent survenir au sein des équipes est un atout précieux.

Valoriser l'amélioration en tant que cheminement continu, et non pas simplement une destination, est essentiel au succès d'un facilitateur de la pratique. Il doit posséder une grande intelligence émotionnelle, une capacité d'écoute et de communication de sorte que ses propos résonnent dans l'expérience et la pensée des autres. La curiosité, la créativité d'esprit et la capacité de faire ressortir ces attributs chez les autres sont essentielles pour créer un environnement propice au changement et à l'innovation qui soutient l'apprentissage de chacun des membres de l'équipe.

6. Formation des facilitateurs de pratique

Il existe plusieurs cours et programmes au Canada et ailleurs qui soutiennent l'acquisition et le maintien des compétences en facilitation de la pratique. Certains sont basés sur l'autoapprentissage, d'autres sur l'apprentissage en groupe. Les cours peuvent être donnés sous forme d'enseignement traditionnel en classe, exclusivement en ligne ou une combinaison des deux.

Les programmes de formation (comme les cours et les programmes menant à l'attribution d'un certificat) sont généralement destinés à un certain niveau de compétence ou d'expertise (p. ex., de base, intermédiaire et avancée). Comme dans tout rôle, la plupart des personnes commencent par la formation de base puis, au fil de leur carrière, passent aux niveaux intermédiaire et avancé. L'augmentation du niveau d'expertise résulte habituellement d'une combinaison de trois choses : le perfectionnement professionnel (c.-à-d. suivre des formations ou ateliers supplémentaires), suivi de l'acquisition d'une expérience pertinente et de l'application des apprentissages. Les compétences décrites au chapitre 5 sont en général acquises au niveau de base et intermédiaire de la formation — niveaux qui peuvent toutefois également comprendre des compétences avancées.

Les programmes de facilitation de la pratique doivent investir dans des occasions de développement professionnel continu et la création de ressources pour soutenir les facilitateurs dans leurs rôles. Ceci est important, non seulement pour améliorer leur compétence, leur efficacité et leur capacité de contribuer à l'amélioration de la pratique ou à la recherche basée dans la pratique, mais aussi, dans bien des cas, pour combler toute lacune au niveau de leurs compétences. Compte tenu du large éventail de compétences et de rôles requis, on ne s'attend pas à ce que les programmes puissent recruter des candidats qui possèdent toutes les compétences requises.

Même s'il peut être difficile de trouver un programme de formation qui couvre toutes les compétences du facilitateur de la pratique, quelques organismes de santé provinciaux commencent à développer des programmes complets afin d'atteindre cet objectif, comme, par exemple, le *Blueprint for Change Agents Supporting Patient's Medical Home and Integration of the Health Neighbourhood in Alberta*⁴⁶. Il existe des programmes — dont les ateliers *Les Essentiels de l'amélioration de la pratique* du CMFC et les programmes de SoinsSanté CAN — qui présentent du contenu pertinent : méthodes de communication et de collaboration, établissement de normes avec les équipes des pratiques, principes de collecte et d'analyse des données, gestion du changement et encouragement le travail d'équipe. Les normes s'appliquant aux programmes provinciaux s'inspirent des programmes nationaux américains de l'IHI (Improvement Advisory Training), de l'AHRQ (Practice Facilitator Curriculum) et du programme de formation des facilitateurs de la pratique de l'University of Buffalo, qui sont plus avancés. Vous trouverez plus d'information sur ces programmes à l'annexe A.

Les administrations locales peuvent prendre différents moyens pour identifier, former et soutenir les facilitateurs de la pratique. Cependant, une approche nationale pourrait faciliter le changement, et ce, de trois façons importantes : 1. trouver et partager les pratiques exemplaires et prometteuses qui existent ; 2. soutenir l'acquisition du savoir, de la formation et des compétences requises pour favoriser le renforcement des capacités, et 3. créer des réseaux et des relations qui accélèrent la diffusion des améliorations.

Exemples

Toutes les provinces explorent des moyens durables afin de soutenir les soins primaires, comme la facilitation de la pratique, ou y investissent. Chacune a atteint un différent niveau de maturité ou de capacité. Quelques exemples sont présentés ci-après.

Canada

Alberta : Les facilitateurs de la pratique sont embauchés et affectés à des pratiques par les réseaux de soins primaires. Ils reçoivent de la formation, du mentorat et du soutien par l'Accelerating Change Transformation Team (ACTT) de l'Alberta Medical Association (AMA). Le plan directeur de l'ACTT pour la facilitation de la pratique décrit l'engagement organisationnel en décrivant le recrutement, le perfectionnement, le déploiement et la progression du facilitateur⁴⁶. Un programme de trois jours, de l'Open School de l'IHI, propose un cadre de compétences global conçu pour préparer les facilitateurs de la pratique à soutenir les priorités des réseaux de soins primaires. Ces priorités correspondent aux stratégies provinciales et visent à accélérer l'adoption du CMF. On considère que les facilitateurs de la pratique jouent un rôle de premier plan dans la transformation, tout comme les médecins champions et les facilitateurs des données des DMÉ. Ces derniers reçoivent de la formation, des outils et des ressources spécifiques aux fournisseurs de logiciels, ce qui leur permet d'exploiter les rapports sur les données des DMÉ pour soutenir la planification et la mise en œuvre au niveau de la pratique⁴⁷. Les médecins leaders de l'Alberta ont fixé comme objectif la présence d'un facilitateur de la pratique pour cinq cliniques (20 médecins) et ils sont à mi-chemin vers l'atteinte de cet objectif.

Présentement, l'ACTT de l'AMA forme les facilitateurs de la pratique en gestion du changement en prévision de l'initiative *Community Information Integration & Central Patient Attachment Registry*, qui vise à promouvoir la continuité relationnelle, informationnelle et administrative afin d'offrir de meilleurs soins aux patients.

Colombie-Britannique : Pour développer de nouvelles façons de soutenir les équipes de soins primaires et de perfectionner celles qui existent déjà, le BC Patient Safety & Quality Council collabore avec General Practice Services Committee (GPSC) — un partenariat entre le ministère de la Santé et Doctors of BC — et l'Innovation Support Unit (ISU) de l'Université de la Colombie-Britannique. ISU a conçu une méthode de cartographie d'équipe pour aider les nouvelles initiatives de prestation de soins en équipe (p. ex., les réseaux de soins primaires et les centres de médecine de famille) à explorer et décrire comment structurer les équipes. Financée par le GPSC, cette approche de « formation des formateurs » mettra l'accent sur la préparation de la cartographie, la facilitation des séances de cartographie d'équipe et les procédures d'analyse et de communication de l'information qui permettent aux communautés de prendre les constats issus des processus de cartographie d'équipe et de les traduire en apprentissage et en action.

Terre-Neuve-et-Labrador : Les facilitateurs de la pratique ont concentré leurs efforts sur l'adoption et l'optimisation des DMÉ pour les soins aux patients par l'intermédiaire du programme eDOCSNL. Le Family Practice Renewal Program lance une nouvelle initiative qui apportera du soutien aux facilitateurs de la pratique dans le cadre d'une initiative d'amélioration de la qualité, de gestion de la pratique et d'amélioration de l'accès pour aux médecins de la province.

Ontario : Le réseau de recherche basée dans la pratique UTOPIAN de l'Université de Toronto recrute des facilitateurs de la pratique qui possèdent de solides compétences sur les sondages, l'analyse statistique, la communication et la gestion de projets. Ils reçoivent de la formation

continue et du mentorat et ils travaillent avec des organismes d'ACQ pour développer des compétences complémentaires.

OntarioMD a créé un registre de facilitateurs de la pratique (appelés conseillers en pratique) et de pairs leaders pour aider à promouvoir l'utilisation des DMÉ pour la gestion de la pratique, la gestion de l'information et pour appuyer le diagnostic et le traitement. Le Programme des pairs leaders d'OntarioMD est un réseau provincial composé de plus de 60 médecins, infirmières et infirmiers et gestionnaires de clinique. Tous sont des experts utilisateurs des DMÉ certifiés par OntarioMD. Leurs services sont offerts pour aider les pratiques médicales à tirer une plus grande valeur clinique de leurs DMÉ. Les pairs leaders possèdent des années d'expérience dans l'utilisation des DMÉ. Les pratiques médicales peuvent en tirer parti pour améliorer la qualité des données des patients dans leurs DMÉ et de là, offrir de meilleurs soins. Les pairs leaders peuvent aider les pratiques médicales à élaborer des plans d'enrichissement des DMÉ qui donneront lieu à des améliorations réelles et mesurables.

Québec : Des agents d'ACQ sont intégrés dans les groupes de médecine de famille universitaire. Leur rôle principal est de consolider une culture d'ACQ et de coordonner les projets prioritaires au palier local, souvent sous la direction de comités. Ces agents reçoivent une formation de base et font partie d'une communauté de pratique virtuelle et d'un programme d'intégration. Ils sont déployés dans des pratiques médicales selon la taille pondérée d'un panel de patients⁴⁷. Le Québec intègre également des facilitateurs en recherche axée sur le patient par l'intermédiaire du Réseau-1 et des RRBP. Un programme d'intégration de la facilitation de la recherche axée sur le patient est en cours d'élaboration et comprendra des conférences, du réseautage, l'accès à des modèles partagés, du mentorat, de l'apprentissage appliqué et une communauté d'apprentissage.

États-Unis

Le programme **Primary Care Practice Facilitator (PCPF) de l'AHRQ** est la plus récente et la plus vaste initiative conçue par l'organisation pour soutenir l'éducation et la formation des facilitateurs de la pratique. Les PCPF doivent acquérir plusieurs compétences de base afin de pouvoir travailler efficacement avec les pratiques de soins primaires et les aider à entreprendre une démarche d'ACQ, à devenir des PCMH, et à transformer fondamentalement leur manière de dispenser les soins. Le programme d'études du PCPF propose une série de modules pour l'acquisition de compétences dans chacun des quatre domaines distincts des connaissances et des habiletés requises pour soutenir la transformation des milieux de soins primaires : 1. connaissances fondamentales, 2. connaissances générales, 3. compétences spécialisées, et 4. Compétences et connaissances professionnelles et engagement⁴⁵.

Dans le **Oklahoma Physicians Resource/Research Network**, les assistants en amélioration de la pratique aident les pratiques médicales membres à participer à des projets de recherche et d'ACQ individuels ou en réseau. La formation initiale de ces assistants comprend un programme détaillé d'introduction suivi par une formation propre à un projet⁸.

7. Établir un programme de facilitation de la pratique

Rôle ciblé ou rôle général

En général, la facilitation de la pratique — qu’il s’agisse de soutien à l’ACQ, à la recherche ou à l’optimisation des DMÉ — est intégrée dans une pratique médicale ou un groupe de pratiques par l’une ou l’autre des avenues suivantes : financement ciblé pour un projet particulier ou financement pour un rôle général dans une pratique médicale ou un groupe de pratiques.

Si son rôle est axé sur un projet en particulier, le facilitateur est embauché pour soutenir une étude ou un projet précis. Dans cette situation, le financement provient habituellement d’un organisme de recherche. Par exemple, il peut s’agir d’une initiative d’ACQ pour améliorer le dépistage du cancer ou d’un projet de mise en œuvre d’une composante précise du modèle du CMF, comme la taille du panel de patients ou la continuité des soins.

Si son rôle est celui d’un généraliste, le facilitateur de la pratique ne se limite pas à une seule initiative d’ACQ ou à une étude de recherche en particulier : il soutient l’amélioration de la pratique, la recherche ou l’optimisation des données des DMÉ. Son mandat est d’aider la pratique médicale à mettre en place diverses initiatives identifiées par la pratique comme étant prioritaires. La vision du CMF sert parfois de guide pour transformer une pratique médicale par la mise en œuvre d’une série d’initiatives d’ACQ interdépendantes.

Les rôles axés sur un projet ou une étude sont souvent limités dans le temps et d’une durée relativement courte (quelques mois ou une année ou deux) ; leur durée étant tributaire du financement disponible pour le projet ou l’étude. Même si le facilitateur cherche souvent des façons d’assurer que le projet ou l’étude continuera de progresser après la fin de son mandat, la fin d’un projet représente souvent aussi une perte d’expertise, de relations, d’élan, bref d’une ressource précieuse pour la pratique. Ce guide encourage les pratiques à planifier proactivement dès le début du projet afin de réduire l’impact lorsqu’il arrivera à son terme. Les étapes suivantes pourraient être envisagées :

- Commencer à planifier en vue de retenir le facilitateur de projet à plus long terme en obtenant d’autres sources de financement ; par exemple, plusieurs pratiques pourraient se regrouper pour financer un facilitateur de la pratique dont elles partageraient les services
- Créer des mécanismes et des processus durant le déroulement du projet pour que le facilitateur, en collaboration avec la pratique, instaure une culture d’ACQ, transmette l’importance l’ACQ et de la disposition à la recherche en général, afin d’intégrer cette mentalité et les compétences liées au changement et d’assurer qu’elles se prolongeront après la fin du projet et qu’elles auront un impact durable (c.-à-d. elles seront solidement ancrées dans les activités quotidiennes de la pratique)
- Calculer le retour sur investissement qualitatif et quantitatif généré par les rôles du facilitateur de la pratique afin de promouvoir l’inclusion de ce rôle dans de futures initiatives
- Envisager d’appuyer la création d’un réseau de facilitateurs de la pratique qui favoriserait le partage des connaissances, incluant l’information sur les possibilités de projets dans le secteur des soins primaires

- Concevoir des initiatives en soins primaires qui s'adapteraient à la taille des pratiques et qui pourraient démontrer leur valeur à l'échelle du système

Idéalement, on devrait considérer la facilitation de la pratique comme un investissement à long terme, où les facilitateurs travaillent étroitement avec une pratique médicale pendant une période prolongée, le financement étant sollicité et fourni en conséquence. Instaurer la facilitation de la pratique, y compris le recrutement de facilitateurs, représente un investissement considérable et important en termes de savoir-faire, de capacité, d'expertise et d'établissement de relations. Même s'il est possible d'en tirer des avantages à court terme (p. ex., un projet d'ACQ efficace ou la réalisation d'une courte étude), le retour sur investissement est maximisé à long terme.

Le soutien offert par un facilitateur de la pratique à long terme peut aider l'équipe à acquérir de l'expérience et à accepter d'entreprendre des améliorations de la pratique et/ou de participer à des travaux de recherche ou d'optimisation des données des DMÉ. Il peut également nourrir une culture d'amélioration continue et d'érudition. Jusqu'à maintenant, le succès de la mise en œuvre à long terme de la facilitation de la pratique au Canada et ailleurs (p. ex., aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie) a été possible grâce au financement des gouvernements ou du financement provenant de partenariats entre les gouvernements et des organisations médicales et, au Canada, des sections provinciales du CMFC.

Exemples

À l'échelle nationale et internationale, plusieurs approches ont été utilisées pour développer une main-d'œuvre capable de soutenir le changement dans les soins primaires. Toutes ces approches reposent sur l'hypothèse que la facilitation de la pratique rend l'adoption du changement plus rapide et plus efficace. Reconnaisant les différences entre ces approches ainsi qu'entre le financement et les mandats des gouvernements auxquels elles sont associées, trois approches ont été recensées :

- Utiliser une initiative ou un projet spécifique pour renforcer les capacités internes pour l'amélioration.
- Miser sur les RRBP comme moteurs de changement dans les pratiques qui font partie du réseau.
- Organiser les soins primaires de sorte à renforcer les capacités d'une équipe pour atteindre un objectif stratégique plus vaste, comme une performance correspondant à celle que préconise le CMF.

Facilitation de la pratique non ciblée à grande échelle

En Alberta, les facilitateurs de la pratique sont embauchés par les réseaux de soins primaires et jouent un rôle de premier plan dans l'atteinte des objectifs organisationnels partagés. De telles initiatives de facilitation de la pratique à grande échelle sont rendues possibles grâce à des partenariats et à des collaborations à l'échelle provinciale. En 2014, un consortium représentant le gouvernement, les universités et les soins de santé a été formé en Alberta. Les organisations membres se sont entendues sur un objectif, des ressources et des outils communs[‡]. Le consortium

[‡] Le consortium est composé des organismes suivants : Alberta Health Services, Access Improvement Measures Alberta, Collège des médecins de famille de l'Alberta, Physician Learning Program, Département de médecine de famille de l'Université de l'Alberta, HQCA, Toward Optimized Practice (TOP), Primary Care Networks Program Management Office, Alberta Medical Association.

a convenu que la continuité relationnelle était une priorité, puisque le lien entre ce concept et une amélioration de la santé des patients et de la performance du système avait été solidement établi⁴⁸. Les médecins leaders se sont fixé comme cible que 80 pour cent des médecins de famille identifieraient et garderaient à jour leur panel de patients^{47,48}. Les facilitateurs de la pratique dans les réseaux de soins primaires ont été formés par le programme TOP de l'AMA et ont reçu les ressources et les outils nécessaires pour aider les pratiques médicales à faire les changements requis, par exemple par l'intermédiaire de Access Improvement Measures Alberta, le Health Quality Council of Alberta (HQCA) et d'autres organismes. Selon le HQCA, la proportion des médecins de famille qui tiennent activement à jour leur panel de patients est passée de 54 pour cent en 2015 à 71 pour cent en 2018, et la continuité des soins a augmenté à l'échelle du système provincial (HQCA, données non publiées, 2018 et 2017).

Facilitation de la pratique axée sur un projet

Les détails peuvent varier d'un projet à l'autre, mais fondamentalement, on prévoit que le projet recrutera les cliniques participantes, leur fournira une trousse d'outils pour effectuer un changement et les mettra en lien avec un facilitateur de la pratique qui guidera leur processus d'amélioration. Ces facilitateurs peuvent être des fournisseurs indépendants liés à un organisme comme une association médicale ou une autorité sanitaire. Ces initiatives sont conçues non seulement pour atteindre les résultats d'un projet spécifique, mais aussi pour renforcer les compétences de l'équipe dans la pratique médicale et laisser en leg l'infrastructure qui permettra à la pratique de poursuivre sa démarche vers l'excellence.

Christina Southey est facilitatrice de la pratique en Ontario. Elle est embauchée sous contrat par des projets précis et travaille normalement avec huit à douze pratiques médicales sur une période d'un an. En présentant l'approche et en offrant aux membres de l'équipe l'espace nécessaire pour explorer ensemble les idées les plus pertinentes pour eux, M^{me} Southey ouvre la voie à l'amélioration. Elle met l'accent sur le renforcement des capacités de l'équipe pour la réalisation d'un projet choisi et offre un cadre d'ACQ réutilisable. Elle a découvert que les médecins sont prêts à établir des cibles et des mesures; ils tirent le plus grand avantage des conseils qui les aident à transformer leurs idées en action et à tester ces idées relatives au changement. En travaillant avec différents types de pratiques (solo, équipes santé familiale, unités d'enseignement, etc.), elle a appris qu'il est toujours mieux « d'évaluer leurs forces et les ressources dès le départ pour développer ce qu'ils ont déjà » (communication orale, avril 2019).

Facilitation de la pratique dans les réseaux de recherche

Les RRBP ont été des moteurs de changement dans différentes régions du Canada et des États-Unis. Les membres de ces réseaux communiquent entre eux pour examiner les pratiques exemplaires et élaborer des questions de recherche pertinentes afin de promouvoir un cycle continu de transfert du savoir et d'amélioration dans les soins primaires⁴⁹. Dans ce contexte, la facilitation de la pratique met fortement l'accent sur la détermination des écarts entre les pratiques actuelles et les pratiques exemplaires, tente de comprendre les données des DMÉ et d'améliorer la qualité des soins et la santé.

Zsolt Nagykaldi est facilitateur de la pratique au Department of Family and Preventative Medicine à l'université de l'Oklahoma depuis 20 ans (communication orale, mai 2019). On lui a attribué de huit à dix pratiques médicales, qu'il a aidées à mettre en œuvre des projets d'érudition. Ce faisant, il a compris que les besoins concrets de ces pratiques pouvaient représenter des possibilités de recherches pour le département. Cette circulation bidirectionnelle d'idées — où la pratique oriente la recherche et la recherche oriente la pratique — a bien fonctionné et le programme a fait bouler de neige. Avec l'augmentation du nombre de facilitateurs — qui a atteint une douzaine — et la collaboration entre le département et les pratiques médicales à l'échelle de l'État, les facilitateurs ont découvert qu'ils avaient besoin de meilleures infrastructures et de soutien. Ils ont donc conçu un modèle en réseau, qui comprend plusieurs facilitateurs de la pratique responsables de certaines régions, et des « super facilitateurs » qui leur offrent du mentorat et des conseils. Le réseau permet une pollinisation croisée d'idées et de compétences, toute en restant fidèle à ses racines universitaires, intégrant la recherche et l'apprentissage dans tous les domaines de la pratique.

Ce modèle hautement axé sur les relations est issu non pas des besoins d'un projet ou d'une étude en particulier, mais plutôt du développement de relations à long terme et d'une profonde compréhension de la culture de deux mondes distincts — le milieu universitaire et la recherche et le « monde réel » des pratiques médicales — et de créer un lien entre les deux.

Facilitation de la pratique dans les organismes de soins primaires

Dans une organisation des soins primaires, la facilitation de la pratique axée sur les processus internes vise la réforme des services offerts en équipe. Elle correspond souvent à des objectifs stratégiques et de performance plus globaux, comme l'harmonisation avec le CMF. Des modèles qui cadrent avec cette vision sont déjà opérationnels dans diverses provinces canadiennes et semblent bien fonctionner là où il existe déjà une approche en réseau pour la prestation et la gouvernance des soins primaires.

En 2018, l'Alberta comptait plus de 100 facilitateurs de la pratique. Embauchées par des réseaux de soins primaires, ces personnes travaillaient avec des pratiques médicales individuelles⁴⁷. Les RSP répartissent leurs ressources provinciales entre l'administration, les besoins cliniques et le soutien à la facilitation de la pratique. En Ontario, certaines équipes Santé famille attribuent les fonds reçus de l'État à l'embauche de facilitateurs de la pratique pour soutenir l'amélioration continue de leurs cliniques. Au Québec, les groupes de médecine de famille universitaire embauchent des facilitateurs de la pratique pour desservir 46 sites en utilisant un modèle hybride soutenu par un partenariat entre le gouvernement et les universités. Le ratio facilitateur/milieu de pratique varie d'un site à l'autre. Dans certains cas, un facilitateur est assigné à un groupe de cinq à sept pratiques médicales, tandis que dans d'autres, les facilitateurs sont attribués selon le nombre total de patients inscrits (p. ex. un facilitateur à temps plein par 12 000 patients)¹³.

Incorporer le rôle des facilitateurs dans les organisations de soins primaires renforce leurs capacités à répondre à une combinaison de priorités provinciales et locales et aide les équipes à

instaurer une culture d'ACQ. Les provinces et territoires ont eu du mal à intégrer la facilitation de la pratique dans des modèles de financement de soins primaires, qui n'étaient pas conçus pour

soutenir cette approche d'amélioration continue à long terme. Le CMFC encourage fortement les gouvernements à investir dans cette importante infrastructure, dont le rendement de l'investissement et autre avantage ont été démontrés.

D^r Brad Bahler est médecin de famille dans une clinique qui compte huit médecins dans une région rurale de l'Alberta (communication orale, mai 2019). Il travaillait afin d'intégrer l'ACQ dans son milieu de pratique en initiant les membres de l'équipe aux principales données probantes, aux mesures et aux stratégies, mais les changements ne prenaient simplement pas. Puis Sandee Foss, une facilitatrice de la pratique de l'AMA, a été affectée au réseau de soins primaires. Pour faire progresser la vision du CMF dans la clinique, elle a appliqué des méthodes de facilitation de la pratique, en commençant par le dépistage. Elle a ensuite ajouté d'autres thèmes selon l'équipe. Elle a invité l'équipe à des discussions. Ensemble, ils ont exploré et testé les changements désirés et se sont approprié les nouvelles façons de faire. La clinique a maintenant des facilitateurs de la pratique qualifiés à l'interne et l'ACQ est devenue routine.

Financement et partenariats

Financement

Là où les provinces investissent dans la facilitation de la pratique, le ministère de la Santé offre du financement à un organisme hôte chargé de mettre en place les innovations en soins primaires, soit au moyen de projets, soit d'une nouvelle infrastructure opérationnelle. Ces organismes peuvent être des associations médicales ou des autorités sanitaires provinciales et parfois des organisations de première ligne régionales comme les RSP. En général, ils embauchent des facilitateurs de la pratique qui travaillent directement avec les pratiques médicales et les aident à mieux utiliser les DMÉ, à améliorer la santé et à adopter des pratiques fondées sur les données probantes. Ce financement est souvent versé sous forme de subventions ou est renouvelé sur une base annuelle. À l'heure actuelle, seuls l'Alberta, l'Ontario et le Québec disposent de financement durable.

Le présent document plaide en faveur d'un financement fiable et élargi, sous forme d'investissements pour la formation et l'embauche de facilitateurs de la pratique dans le secteur des soins primaires. Si l'on souhaite que l'ensemble du système de santé canadien profite des avantages de la transformation des soins primaires, des facilitateurs de la pratique doivent être intégrés dans les systèmes provinciaux de soins primaires. Ils préparent le terrain afin d'aider les pratiques fort occupées à optimiser leurs processus pour accroître leur efficacité, leur permettant d'accueillir davantage de patients et de coordonner plus efficacement les transitions des soins avec les centres hospitaliers, les autres spécialistes et les services communautaires.

Partenariats

Les facilitateurs de la pratique sont maintenant reconnus comme des composantes clés de la réforme du système de santé. Par conséquent, les organismes de santé s'associent pour intégrer ce nouveau rôle dans le système. Dans chaque province qui aborde la transformation des soins primaires, des partenariats sont nécessaires entre les organismes de santé, comme les associations médicales, les sections provinciales du CMFC, les régions socio-sanitaires, les départements universitaires de médecine de famille et les structures organisationnelles de soins primaires.

Les ministères de la Santé de l'Alberta, de Terre-Neuve-et-Labrador et de l'Ontario octroient du financement aux associations médicales, aux sections provinciales du CMFC et aux départements de médecine de famille et travaillent de concert avec ces organismes pour mettre en place et financer la facilitation de la pratique. Au Québec, le ministère de la Santé finance des groupes de facilitateurs de la pratique et collabore avec les groupes de médecine de famille universitaire pour que ces facilitateurs soutiennent les équipes de soins primaires qui effectuent des changements basés sur des données probantes dans leurs pratiques médicales.

La collaboration à grande échelle et généralisée en Alberta décrite précédemment exemplifie la puissance des partenariats. Ce partenariat a fait progresser les panels de patients en diffusant un message commun pour mieux soutenir les interventions de facilitation de la pratique. Cette collaboration s'inscrit dans une série d'investissements coordonnés dans la facilitation de la pratique en tant que catalyseur de la vision du CMF en Alberta.

Les collaborations interprovinciales se développent pour renforcer les programmes et encourager le partage des ressources et d'apprentissages. Les provinces où il n'y a pas de facilitation de la pratique peuvent solliciter — et elles le font — des ressources des autres provinces et interpeller les leaders qui peuvent leur offrir conseils et formation. Au Symposium de 2018, des exemples de

collaboration entre l'Alberta et la Colombie-Britannique, entre la Colombie-Britannique et l'Ontario et entre l'Alberta et Terre-Neuve ont été présentés⁴⁷. On espère établir d'autres collaborations interprovinciales en partageant les progrès réalisés dans des documents comme celui-ci, dans le site Web du CMFC et en établissant de nouvelles relations et en faisant du réseautage lors d'événements nationaux comme le Symposium de 2018.

Soutenir le développement de l'infrastructure et des processus

Il est nécessaire de soutenir le développement de l'infrastructure et des processus lors de l'instauration de la facilitation de la pratique à la grandeur d'un système de soins primaires, qu'il soit axé sur la facilitation de l'ACQ, la recherche ou l'utilisation des données des DMÉ. Le niveau de soutien requis varie en fonction de facteurs comme le financement provincial, les politiques habilitantes, les programmes de formation disponibles, les communautés de pratique locales et le ratio de facilitateurs de la pratique par pratique médicale. Diverses approches ont été appliquées au pays pour mettre sur pied l'infrastructure nécessaire pour soutenir la formation, l'embauche et l'évaluation des facilitateurs de l'amélioration.

Lors du Symposium sur invitation de 2018, les participants ont dégagé certaines conditions essentielles habituellement présentes ou envisagées lors de la création d'un programme de facilitation de la pratique :

Établir des politiques déterminantes ou de financement : Les décisions concernant le financement et les politiques sont liées à une solide performance des soins primaires⁵⁰. Les facilitateurs de la pratique doivent être reconnus en tant que membres clés des équipes multidisciplinaires en soins primaires dans les cadres de financement et stratégiques conçus pour catalyser la transformation de ces soins.

Exploiter les possibilités existantes : Intégrer le rôle des facilitateurs de la pratique dans les soins primaires est une évolution, et non une révolution. Comme la facilitation de la pratique est un rôle relativement nouveau, les organisations peuvent s'attendre à devoir investir dans la formation pour répondre aux exigences générales associées à ce rôle⁵¹. Relier le travail des facilitateurs de la pratique au mandat de votre organisation est important. Voici quelques options :

- Utiliser le mandat actuel de votre organisation pour promouvoir l'utilisation de la facilitation de la pratique
- Tirer profit des possibilités de financement de projets et des grandes priorités pour rehausser les compétences de votre personnel de gestion du changement ; affecter votre personnel à différentes possibilités pour leur permettre d'acquérir de l'expérience
- Trouver des occasions de formation dans les domaines de compétences identifiés comme nécessaires pour soutenir votre personnel
- Profiter des sorties sur le terrain pour visiter des cliniques qui ont plus d'expérience en facilitation de la pratique afin de vous familiariser avec le contexte et d'apprendre des erreurs et des réussites des autres¹³.

Comprendre ce qui est unique aux soins primaires : S'assurer que le programme de facilitation de la pratique et les facilitateurs comprennent bien les soins primaires. Le rôle des soins primaires, le cadre dans lequel ils évoluent, les modèles et les antécédents de même que le contexte politique, la culture et les compétences spécialisées (p.ex., travailler avec les DMÉ) sont des considérations à intégrer dans tout programme d'orientation.

Il peut être avantageux d'offrir une formation harmonisée ou croisée aux experts sur l'utilisation des données des DMÉ et aux facilitateurs de la pratique pour renforcer l'efficacité des deux rôles⁵¹.

S'adapter à son public : Pour bien des pratiques, mobiliser du soutien pour opérer des changements dans les soins primaires pourrait être un concept relativement nouveau. De plus, des défis différents nécessitent différents types de soutien. La facilitation de la pratique peut considérablement aider les équipes de soins primaires à atteindre leurs objectifs; cependant, comme il est mentionné au chapitre 3, elle peut être moins efficace pour les pratiques qui se trouvent aux deux extrémités du spectre de la performance⁵.

Se concentrer sur l'objectif global : On optimise le rôle du facilitateur de la pratique lorsque le but de la transformation est clairement défini (comme se transformer en une pratique clinique qui intègre les principes du CMF, ou entreprendre une démarche générale d'amélioration de la pratique) plutôt que des projets ponctuels à court terme⁵¹.

Commencer par soi-même — tout en sachant quand des infrastructures dédiées sont nécessaires : Pour les organisations de soins primaires, il est plus avantageux d'embaucher des facilitateurs de la pratique plutôt que de former un membre du personnel ou d'engager un facilitateur pour chaque clinique^{37,51}. Dans l'exemple de Zsolt Nagykalda en l'Oklahoma dans le présent chapitre, on a appris que pour répondre aux besoins des centres urbains et ruraux à la grandeur de l'État, c'est lorsque le seuil critique de 12 facilitateurs a été atteint qu'on a réalisé qu'il fallait mettre en place une fonction administrative globale pour s'assurer l'établissement de relations et de réseaux, qui concordent avec les besoins en matière de compétences et le développement des facilitateurs de la pratique à la grandeur de l'État. Créer un environnement d'apprentissage où un corpus de connaissances est développé et partagé pour le bien de tous est un facteur clé du succès — et un défi — pour un réseau de facilitation de la pratique.

Prévoir du temps pour l'amélioration dans votre pratique médicale : Il faut apprécier à leur juste valeur le temps et les efforts investis dans les activités d'ACQ, et non pas décourager la participation à ces activités par des modèles de rémunération inappropriés. Les principes opérationnels de la pratique doivent prévoir du temps protégé et les capacités pour réaliser ces activités¹².

Miser sur plusieurs méthodes : Certaines méthodes de prestation des activités d'ACQ, comme les événements *Lean* et le programme *Breakthrough Series* de l'IHI peuvent être exploités en tout ou en partie. Certaines provinces comptent sur les facilitateurs de la pratique pour soutenir ces approches interventionnelles pour livrer ses tâches. À l'heure actuelle, des chercheurs examinent les approches d'ACQ qui fonctionnent le mieux à différentes étapes de l'évolution de la pratique et de l'initiative^{27,37}.

En 2018, le CMFC lançait les ateliers *Les essentiels de l'amélioration de la pratique* qui offrent une introduction pratique à des techniques et outils de base de l'ACQ que les participants peuvent appliquer dans leurs pratiques, avec leurs équipes^{5,52}. Ces ateliers incluent un modèle de planification et de mise en œuvre étape par étape, qui guide les participants tout au long du processus : créer une équipe, identifier une amélioration à apporter, établir des objectifs au niveau de la pratique, élaborer un plan, réaliser de courts cycles itératifs Planifier-Exécuter-Étudier-Agir pour effectuer le changement. Ce programme renforce la volonté des médecins à tirer parti de la

⁵ Visitez le site Web à <https://www.cfpc.ca/fr/policy-innovation/innovation-in-research-and-quality-improvement/practice-improvement-initiative>.

présence des facilitateurs de la pratique et à collaborer avec eux fin d'améliorer la qualité des soins qu'ils offrent.

En 2011, l'AHRQ a réuni un panel de 30 experts sur l'intégration de la facilitation de la pratique dans divers contextes de soins. Ces experts ont également examiné les similarités et les résultats entre les différents modèles et approches. Un guide en ligne — x [Developing and Running a Primary Care Practice Facilitation Program: A How-to Guide](#)⁵³ — est issu de cette rencontre. Le guide présente les données probantes qui appuient la facilitation de la pratique, les ressources administratives et humaines requises, les exigences de financement et les approches stratégiques et tactiques. Il décrit comment former et superviser le personnel et comment évaluer l'impact des interventions.

Le modèle proposé par l'AHRQ sur le soutien au RRBP mérite d'être étudié. Depuis de nombreuses années, l'AHRQ a versé des millions de dollars sous forme de subventions à des fins particulières et de soutien à l'infrastructure⁴⁷. Il partage également des connaissances de différentes façons : en maintenant un dépôt de données probantes et un répertoire des possibilités de pratique et de formation à l'échelle du pays ; en reliant les pratiques exemplaires et en favorisant l'apprentissage par des conférences, des webinaires et de la recherche continue^{47,54}. Ces fonctions contribuent au renforcement des capacités sur le terrain et aident à recueillir les bases de données probantes requises pour le financement et l'avancement des connaissances.

Au Canada, quelques provinces (l'Alberta et le Québec, avec quelques exemples en Ontario et en Colombie-Britannique) ont investi dans la facilitation de la pratique pour soutenir les pratiques de médecine de famille. Les fonds provenaient de diverses sources. Des fonds de fonctionnement provenant d'organismes de soins primaires fondés sur le travail d'équipe ont été utilisés dans les provinces qui disposaient de modèles de soins en équipe comme les RSP en Alberta et les Équipes Santé famille en Ontario. Certains RRBP et organismes universitaires ont investi dans la facilitation de la pratique comme stratégie de mise en œuvre. Des projets pilotes et des subventions sont également utilisés pour soutenir des projets à court terme qui reconnaissent la valeur d'un facilitateur de la pratique pour atteindre les résultats visés.

Au moment où le Canada cherche à mettre en lumière et à élargir les forces existantes dans toutes les provinces, on a besoin d'une organisation pour servir de courtier de l'information, de plaque tournante pour les contacts clés et de promoteur des changements qui ont fait leurs preuves, pour aider les médecins de famille à intégrer de meilleurs processus dans leurs pratiques. Le CMFC est bien outillé pour s'acquitter de ce rôle.

8. Conclusion

Une transformation des soins primaires est nécessaire pour le renouvellement et la durabilité du système de santé dans son ensemble. Les modèles de soins primaires doivent pouvoir s'adapter au changement ; on a démontré que la facilitation de la pratique est un important catalyseur d'amélioration. L'important retour sur l'investissement généré lorsque des facilitateurs de la pratique sont inclus dans les soins primaires aide les provinces à progresser vers leurs buts, à savoir d'obtenir plus de valeur de leurs services de soins de santé.

Même si le rôle de facilitateur de la pratique est relativement nouveau, un soutien important est disponible pour recruter et former ces professionnels et de les intégrer dans les équipes de soins primaires et leur accorder une place dans l'infrastructure requise pour optimiser l'utilisation des DMÉ, favoriser l'adoption à plus grande échelle des soins fondés sur des données probantes, améliorer les processus d'équipe et bonifier l'expérience des patients et des fournisseurs de soins.

Ce nouveau rôle requiert la présence d'un réseau de facilitateurs, de leaders et de décideurs afin de partager les ressources et d'apprendre les uns des autres. Étant donné la nouveauté de ce travail, le CMFC a décidé de regrouper les ressources existantes sur une page Web afin de soutenir le développement de la facilitation de la pratique et d'établir des liens entre les principaux intervenants. Cette page est accessible à <https://www.cfpc.ca/fr/policy-innovation/innovation-in-research-and-quality-improvement/practice-improvement-initiative>.

Le CMFC, qui milite pour l'innovation dans les soins primaires, interpelle donc les ministres provinciaux de la Santé et autres bailleurs de fonds à investir davantage dans la facilitation de la pratique et dans les ressources offertes pour soutenir les facilitateurs. Le système de santé canadien compte sur des données probantes qui reposent sur des pratiques exemplaires pour prendre les décisions qui permettent et soutiennent la réforme du système. Les facilitateurs de la pratique habilite les médecins et les autres membres de l'équipe de soins primaires à effectuer des changements afin d'atteindre les objectifs provinciaux et ceux des pratiques médicales et de mieux répondre aux besoins des patients, des familles et de la population.

9. Références

1. Collège des médecins de famille du Canada. *Forum électronique 2017 n° 2 : Amélioration de la qualité (AQ) et préparation à la collecte de données [résultats]*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada ; 2017.
2. Bodenheimer T, Sinsky C. From triple to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider. *Ann Fam Med*. 2014 ; 12 (6): 573-576. doi:10.1370/afm.1713.
3. Baskerville NB, Liddy C, Hogg W. Systematic review and meta-analysis of practice facilitation within primary care settings. *Ann Fam Med*. 2012 ; 10 (1): 63-74. doi: 10.1370/afm.1312.
4. Hogg W, Baskerville N, Lemelin J. Cost savings associated with improving appropriate and reducing inappropriate preventive care: cost-consequences analysis. *BMC Health Serv Res*. 2005 ; 5 (1). doi: 10.1186/1472-6963-5-20.
5. Knox L, Brach C. *Primary Care Practice Facilitation Curriculum [Module 18: Assessing Practice Readiness for Change]*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality ; 2015. Dans : pcmh.ahrq.gov/sites/default/files/attachments/pcpf-module-18-assessing-readiness.pdf. Date de consultation : Le 20 janvier 2020.
6. Collège des médecins de famille du Canada. *Profil professionnel en médecine de famille*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada ; 2018.
7. Shaw E, Oandasan I, Fowler N, éd. *CanMEDS-MF 2017 : Un référentiel de compétences pour les médecins de famille dans tout le continuum de formation*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada ; 2017.
8. Nagykaldi Z, Mold JW, Aspy CB. Practice facilitators: a review of the literature. *Fam Med*. 2005 ; 37 (8):581-588.
9. Fullard E. Extending the roles of practice nurses and facilitators in preventing heart disease. *Practitioner*. 1987 ; 231 (1436):1283-1286.
10. Agency for Healthcare Research and Quality. Primary care practice facilitation curriculum. pcmh.ahrq.gov/page/primary-care-practice-facilitation-curriculum. Date de consultation : Le 13 nov. 2019.
11. Agency for Healthcare Research and Quality. Practice Facilitation (site Web). pcmh.ahrq.gov/page/practice-facilitation. Date de consultation : Le 15 janvier 2020.
12. Collège des médecins de famille du Canada. *Une nouvelle vision pour le Canada : Pratique de médecine familiale – Le Centre de médecine de famille 2019*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada ; 2019. Dans : https://patientsmedicalhome.ca/files/uploads/PMH_VISION2019_FRE_WEB_3.pdf. Date de consultation : Le 2 décembre 2019.
13. Abrams M. Primary Care Transformation: Lessons from the field. Travaux présentés au : Medical Home Summit ; juin 2016 : Washington (DC).
14. Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF). *Déclaration d'Astana*. Genève (Suisse) : Organisation mondiale de la Santé ; 2018. Dans : who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf. Date de consultation : Le 12 février 2020.

15. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 2005 ; 83 (3): 457-502. doi: 10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x.
16. Rahman F, Guan J, Glazier RH, Brown A, Bierman AS, Croxford R et coll. Association between quality domains and health care spending across physician networks. *PLoS One.* 2018 ; 13 (4): e0195222. doi : 10.1371/journal.pone.0195222.
17. Manuel DG, Maaten S, Thiruchelvam D, Jaakkimainen L, Upshur REG. Primary Care in the Health Care System. Dans : Jaakkimainen L, Upshur REG, Klein-Geltink JF, Leong A, Maaten S, Schultz SE et coll., éd. *Primary Care in Ontario. ICES Atlas.* Toronto (ON) : Institute for Clinical Evaluative Sciences²⁰⁰⁹; 2006.
18. Kitson A. What is this thing called facilitation ... ??? Travaux présentés à : North American Primary Care Research Group International Conference on Practice Facilitation ; Le 10 décembre 2018 ; Tampa (FL). Dans : [youtube.com/watch?v=YBdztoMIQQI&feature=youtu.be](https://www.youtube.com/watch?v=YBdztoMIQQI&feature=youtu.be). Date de consultation : Le 15 octobre 2019.
19. Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century.* Washington (D.C.): National Academies Press (US); 2001.
20. Grol R, Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care. *Lancet.* 2003 ; 362 (9391) : 1225-1230. doi: 10.1016/S0140-6736(03)14546-1.
21. Levesque JF, Sutherland K. What role does performance information play in securing improvement in healthcare? A conceptual framework for levers of change. *BMJ Open.* 2017 ; 7 (8): e014825. doi : 10.1136/bmjopen-2016-014825.
22. Silver SA, McQuillan R, Harel Z, Weizman AV, Thomas A, Nesrallah A et coll. How to sustain change and support continuous quality improvement. *Clin J Am Soc Nephrol.* 2016 ; 11 (5): 916-924. doi: 10.2215/cjn.11501015.
23. Prior M, Guerin M, Grimmer-Somers K. The effectiveness of clinical guideline implementation strategies—a synthesis of systematic review findings. *J Eval Clin Pract.* 2008 ; 14 (5): 888-897. doi:10.1111/j.1365-2753.2008.01014.x.
24. Oxman AD, Thomson MA, Davis DA, Haynes RB. No magic bullets: a systematic review of 102 trials of interventions to improve professional practice. *CMAJ.* 1995 ; 153 (10): 1423-1431.
25. McMurchy D. *Evidence Brief: Preparing for a Devolved, Population-Based Approach to Primary Care.* Toronto (ON) : Collège des médecins de famille de l'Ontario ; 2015. Dans : oma.org/wp-content/uploads/pbfm_evidence_brief_oct2015.pdf. Date de consultation : Le 25 janvier 2020.
26. Nutting PA, Miller WL, Crabtree BF, Jaen CR, Stewart EE, Stange KC. Initial lessons from the first National Demonstration Project on practice transformation to a patient-centered medical home. *Ann Fam Med.* 2009 ; 7 (3): 254-260. doi :10.1370/afm.1002.
27. Wise CG, Alexander JA, Green LA, Cohen GR, Koster CR. Journey toward a Patient-Centered Medical Home: readiness for change in primary care practices. *Milbank Q.* 2011 ; 89 (3): 399-424. doi: 10.1111/j.1468-0009.2011.00634.x.

28. Nutting PA, Crabtree BF, Stewart EE, Miller WL, Palmer RF, Strange KC et coll. Effect of facilitation on Practice Outcomes in the National Demonstration Project Model of the Patient-Centered Medical Home. *Ann Fam Med.* 2010 ; 8 (Suppl 1): S33-S44. doi : 10.1370/afm.1119.
29. Chase SM, Crabtree BF, Stewart EE, Nutting PA, Miller WL, Strange KC et coll. Coaching strategies for enhancing practice transformation. *Fam Pract.* 2015 ; 32 (1): 75-81. doi: 10.1093/fampra/cmu062.
30. Lloyd R. Building improvement capacity and capability: a “dosing” approach. *Healthc Exec.* 2018 ; 33 (3): 68-71.
31. Dietrich AJ, Sox CH, Tosteson TD, Woodruff CB. Durability of improved physician early detection of cancer after conclusion of intervention support. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 1994 ; 3 (4): 335-340.
32. Hogg W, Baskerville N, Nykiforuk C, Mallen D. Improved preventive care in family practices with outreach facilitation: understanding success and failure. *J Health Serv Res Policy.* 2002 ; 7 (4): 195-201. doi: 10.1258/135581902320432714.
33. Stange KC, Goodwin MA, Zyzanski SJ, Dietrich AJ. Sustainability of a practice-individualized preventive service delivery intervention. *Am J Prev Med.* 2003 ; 25 (4): 296-300. doi: 10.1016/s0749-3797(03)00219-8.
34. Hogg W, Lemelin J, Graham ID, Grimshaw J, Martin C, Moore L et coll. Improving prevention in primary care: evaluating the effectiveness of outreach facilitation. *Fam Pract.* 2008 ; 25 (1): 40-48. doi: 10.1093/fampra/cmm070.
35. Liddy C, Singh J, Guo M, Hogg W. Physician perspectives on a tailored multifaceted primary care practice facilitation intervention for improvement of cardiovascular care. *Fam Pract.* 2016 ; 33 (1): 89-94. doi: 10.1093/fampra/cmv095.
36. Hogg W, Baskerville N, Lemelin J. Cost savings associated with improving appropriate and reducing inappropriate preventive care: cost-consequences analysis. *BMC Health Serv Res.* 2005 ; 5 (1). doi: 10.1186/1472-6963-5-20.
37. Ono SS, Crabtree BF, Hemler JR, Balasubramanian BA, Edwards ST, Green LA et coll. Taking innovation to scale in primary care practices: the functions of health care extension. *Health Aff.* 2018 ; 37 (2): 222-230. doi: 10.1377/hlthaff.2017.1100.
38. Phillips RL, Cohen DJ, Kaufman A, Dickinson WP, Cykert S. Facilitating practice transformation in frontline health care. *Ann Fam Med.* 2019 ; 17 (Suppl 1): S2-S5. doi : 10.1370/afm.2439.
39. Parchman ML, Anderson ML, Dorr DA, Fagnan LJ, O’Meara ES, Tuzzio L et coll. A randomized trial of external practice support to improve cardiovascular risk factors in primary care. *Ann Fam Med.* 2019 ; 17 (Suppl 1): S40-S49. doi: 10.1370/afm.2407.
40. Adler RN, Ferguson WJ, Antar H, Steinkrauss M, Bjoern B, Konar V et coll. Transformation support provided remotely to a national cohort of optometry practices. *Ann Fam Med.* 2019 ; 17 (Suppl 1): S33-S39. doi : 10.1370/afm.2423.
41. Rogers ES, Cuthel AM, Berry CA, Kaplan SA, Shelley DR. Clinician perspectives on the benefits of practice facilitation for small primary care practices. *Ann Fam Med.* 2019 ; 17 (Suppl 1): S17-S23. doi : 10.1370/afm.2427.

42. Maher L, Gustafson D, Evans A. *Sustainability Model and Guide*. Coventry (Angleterre): National Health Service Institute for Innovation and Improvement; 2010. Dans : [webarchive.nationalarchives.gov.uk/20160805122935/http://www.nhs.uk/media/2757778/nhs_sustainability_model_-_february_2010_1.pdf](http://www.nhs.uk/webarchive.nationalarchives.gov.uk/20160805122935/http://www.nhs.uk/media/2757778/nhs_sustainability_model_-_february_2010_1.pdf). Date de consultation : Le 18 janvier 2020.
43. Massoud MR, Nielsen GA, Nolan K, Nolan T, Schall MW, Sevin C. *A Framework for Spread: From local improvements to system-wide change*. Livre blanc de la série Innovation Series de l'IHI. Cambridge (MA) : Institute for Healthcare Improvement; 2006.
44. Mold JW, Peterson KA. Primary care practice-based research networks: working at the interface between research and quality improvement. *Ann Fam Med*. 2005 ; 3 (Suppl 1): S12-S20. doi : 10.1370/afm.303.
45. Crosson J, Knox L, McNellis R. *Primary Care Practice Facilitation Curriculum* [introduction]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2015. Dans : pcmh.ahrq.gov/sites/default/files/attachments/pcpf-module-0-introduction.pdf. Date de consultation : Le 13 novembre 2019.
46. Accelerating Change Transformation Team. *Blueprint for Change Agents Supporting Patient's Medical Home and Integration of the Health Neighbourhood in Alberta*. Edmonton (AB) : Alberta Medical Association; 2019. Dans : actt.albertadoctors.org/Blueprint/Pages/default.aspx. Date de consultation : Le 16 décembre 2019.
47. Collège des médecins de famille du Canada. *Symposium sur invitation sur l'amélioration continue de la qualité : Rapport sur le déroulement du symposium*. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada; 2018. Dans : cfpc.ca/uploadedFiles/Research/Report-InvitationalQISymposium-FR.pdf. Date de consultation : Le 12 février 2020.
48. Access Improvement Measures, Collège des médecins de famille de l'Alberta, Alberta Health Services, Alberta Medical Association, Health Quality Council of Alberta, Physician Learning Program et coll. *Guide to Panel Identification for Alberta Primary Care*. Edmonton (AB) : Access Improvement Measures, Collège des médecins de famille de l'Alberta, Alberta Health Services, Alberta Medical Association, Health Quality Council of Alberta, Physician Learning Program, Practice Management Program, Primary Care Network Program Management Office, Toward Optimized Practice, Département de médecine de famille de l'Université de l'Alberta; 2014.
49. Agency for Healthcare Research and Quality. Practice-Based Research Networks (site Web). 2019. pbrn.ahrq.gov/about. Date de consultation : Le 9 décembre 2019.
50. Erler A, Bodenheimer T, Baker R, Goodwin N, Spreeuwenberg C, Vrijhoef HJ et coll. Preparing primary care for the future – perspectives from the Netherlands, England, and USA. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*. 2011 ; 105 (8): 571-580.
51. Agency for Healthcare Research and Quality. *Case Studies of Leading Primary Care Practice Facilitation Programs – Program Snapshot: Vermont Blueprint's EQuIP Program*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2013. Dans : pcmh.ahrq.gov/sites/default/files/attachments/Vermont_020413comp.pdf. Date de consultation : Le 15 janvier 2020.

52. Collège des médecins de famille du Canada. L'Initiative d'amélioration de la pratique (page Web). www.cfpc.ca/fr/policy-innovation/innovation-in-research-and-quality-improvement/practice-improvement-initiative. 2018. Date de consultation : Le 14 février 2020.
53. Knox L, Taylor EF, Geonnotti K, Machta R, Kim J, Nysenbaum J et coll. *Developing and Running a Primary Care Practice Facilitation Program: A How-to Guide*. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2011. Dans : pcmh.ahrq.gov/sites/default/files/attachments/Developing_and_Running_a_Primary_Care_Practice_Facilitation_Program.pdf. Date de consultation : Le 12 décembre 2019.
54. McNellis R. EvidenceNOW Initiative. Présenté à : Symposium sur invitation sur l'amélioration continue de la qualité. Mississauga (ON) : Collège des médecins de famille du Canada ; 2018.

10. Annexes

Annexe A : Ressources organisationnelles sur la facilitation de la pratique

Les renseignements présentés dans cette section sont reproduits avec la permission des sources appropriées. Dernière mise à jour : décembre 2019.

Programmes de facilitation de la pratique	
Cadre de référence en lien avec l'amélioration continue de la qualité dans les groupes de médecine de famille universitaires Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec	
Agency for Healthcare Research and Quality Primary Care Practice Facilitation <ul style="list-style-type: none">• Developing and Running a Primary Care Practice Facilitation Program: A How-to Guide• EvidenceNOW• Webinars Études de cas et leçons apprises, facilitateurs de la pratique sur l'ACQ (white paper , quick-start guide , tip sheet)	
Alberta Medical Association: Accelerating Change Transformation Team	
INESSS/CoMPAS+	Durée de l'atelier : jusqu'à une journée entière
Primary Care Quality Practice Facilitation Program Pinecrest-Queensway Community Health Centre	Durée: 6 à 24 mois
Programme d'éducation en sécurité des patients — Canada Institut canadien pour la sécurité des patients	
TeamSTEPPS Canada Institut canadien pour la sécurité des patients	Offert en Alberta en collaboration avec le Health Quality Council of Alberta

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) practice facilitation website

pcmh.ahrq.gov/page/practice-facilitation

Aux États-Unis, AHRQ a un programme de facilitation de la pratique et de formation des facilitateurs de la pratique d'envergure. Son site Web contient un grand nombre de ressources utiles, dont des modules sur la facilitation de la pratique et les facilitateurs, et tout un programme d'études pour les facilitateurs de la pratique. Ces ressources comprennent entre autres, AHRQ Primary Care Practice Facilitator (PCPF) Competencies, Primary Care Practice Facilitator Curriculum, qui comprend 20 excellents modules de formation pour les facilitateurs de la pratique. Pour de plus amples renseignements sur le Primary Care Practice Facilitation Curriculum (Sept 2015) de l'AHRQ, voir pcmh.ahrq.gov/sites/default/files/attachments/pcpf-complete-curriculum.pdf et [How-to Guide on developing and running a primary care practice facilitation program](#).

Alberta Medical Association (AMA) Accelerating Change Transformation Team (ACTT) Program (anciennement Toward Optimized Practice)

top.albertadoctors.org/PMH/capacity-for-improvement/practicefacilitationresources/Pages/PF-Resources.aspx

AMA ACTT est la plus grande équipe de transformation des soins primaires au Canada. Son site Web contient des renseignements pour promouvoir tous les éléments d'un CMF dans un voisinage de santé ainsi que de la formation sur le renforcement des capacités et des occasions de réseautage.

British Columbia General Practice Services Committee Practice Support Program

gpscbc.ca/what-we-do/professional-development/psp

Practice Support Program (PSP) aide les médecins et les équipes à renforcer les capacités de leurs pratiques afin de leur permettre d'exercer avec plus d'efficacité, de se concentrer sur les soins cliniques et les relations avec les patients, d'intégrer les attributs du centre de médecine de famille en C.-B. PSP, qui soutient les médecins qui fournissent des soins complets et globaux, offrent des services de facilitation ciblés aux médecins et à leurs équipes directement dans leurs pratiques. Il fournit des outils et des services axés sur les données probantes pour rehausser les activités d'amélioration de la pratique (parfois appelés amélioration continue de la pratique). Ceux-ci comprennent :

- [Des soutiens aux bases de données](#) pour permettre d'offrir des activités d'ACQ axées sur les données
- [Des activités d'apprentissage](#), dont des occasions d'apprentissage personnalisées
- [De la facilitation de la pratique](#), avec de l'accompagnement et du mentorat

Pour de plus amples renseignements : psp@doctorsofbc.ca.

Programmes d'apprentissage de HealthCareCAN CHA

HealthCareCAN offre aux professionnels des soins de santé des cours en ligne, dont des cours sur le leadership, la qualité et la sécurité. Le programme de leadership s'inspire de la série de modules d'apprentissage LEADS et explore chacun de ces domaines. Le programme sur la qualité et la sécurité couvre toute une gamme de programmes et de cours allant de devenir un coordonnateur de la sécurité des patients au Canada, à la gestion et à l'évaluation de la qualité, la surveillance de la qualité et l'utilisation des ressources. Vous pouvez voir les cours au chalearning.ca/programs-and-courses.

Institute for Healthcare Improvement (IHI)

ihi.org

IHI est un leader mondial de l'ACQ aux niveaux micro, méso et macro, dans le système de soins de santé et dans les organisations de santé. Outre ses nombreuses ressources sur les approches et les méthodes utilisées en ACQ, IHI offre des cours et des programmes sur le sujet. Plusieurs de ces cours sont d'intérêt pour les facilitateurs de la pratique. Certains programmes et modules (comme le IHI Open School), sont offerts gratuitement en ligne. D'autres comme IHI Improvement Coach Program sont offerts sur place.

Pour de plus amples renseignements sur les programmes et pour connaître les personnes-ressources :

<https://www.cfpc.ca/fr/policy-innovation/innovation-in-research-and-quality-improvement/practice-improvement-initiative>

Annexe B : Ressources recommandées dans des domaines clés

La facilitation de la pratique dans les soins primaires est le sujet d'articles de recherche importants qui présentent des données probantes ; des stratégies pour la formation et des façons de développer la capacité ; les coûts et les économies prévus ; et des stratégies de mise en œuvre. Pour accroître votre base de connaissances, vous pouvez aussi consulter des ressources internationales.

Facilitation de la pratique au Canada, renseignements généraux

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

Kotecha J, Han H, Green M, Russell G, Martin MI, Birtwhistle R. The role of the practice facilitators in Ontario primary healthcare quality improvement. *BMC Fam Pract*. 2015;16:93. doi: 10.1186/s12875-015-0298-6. Dans : ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4520205. Date de consultation : Le 25 mars 2020.

Données probantes liées à la facilitation de la pratique

Baskerville NB, Liddy C, Hogg W. Systematic review and meta-analysis of practice facilitation within primary care settings. *Ann Fam Med*. 2012;10(1):63-74. doi:10.1370/afm.1312.

Nagykaldi Z, Mold JW, Aspy CB. Practice facilitators: a review of the literature. *Fam Med*. 2005;37(8):581-588.

Chase SM, Crabtree BF, Stewart EE, Nutting PA, Miller WL, Strange KC, et al. Coaching strategies for enhancing practice transformation. *Fam Pract*. 2015;32(1):75-81.

Nutting PA, Crabtree BF, Stewart EE, Miller WL, Palmer RF, Strange KC, et al. Effect of facilitation on Practice Outcomes in the National Demonstration Project Model of the Patient-Centered Medical Home. *Ann Fam Med*. 2010;8(Suppl 1):S33-S44.

Cranley LA, Cummings GG, Profetto-McGrath J, Toth F, Estabrooks CA. Facilitation roles and characteristics associated with research use by healthcare professionals: a scoping review. *BMJ Open*. 2017;7(8):e014384.

Liddy C, Singh J, Guo M, Hogg W. Physician perspectives on a tailored multifaceted primary care practice facilitation intervention for improvement of cardiovascular care. *Fam Pract*. 2016;33(1):89-94.

Stratégies pour la formation et le développement de la capacité

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

Agency for Healthcare Research and Quality. *Primary Care Practice Facilitation Curriculum*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2015. Dans : pcmh.ahrq.gov/page/primary-care-practice-facilitation-curriculum. Date de consultation : Le 25 mars 2020.

Taylor EF, Machta RM, Meyers DS, Genevro J, Peikes DN. Enhancing the primary care team to provide redesigned care: the roles of practice facilitators and care managers. *Ann Fam Med*. 2013;11(1):80-83. doi:10.1370/afm.1462.

Lloyd R. Building improvement capacity and capability: a “dosing” approach. *Healthc Exec*. 2018;33(3):68-71.

Coûts et économies prévus

Hogg W, Baskerville N, Lemelin J. Cost savings associated with improving appropriate and reducing inappropriate preventive care: cost-consequences analysis. *BMC Health Serv Res*. 2005;5(1). doi:10.1186/1472-6963-5-20.

Culler SD, Parchman ML, Lozano-Romero R, Noel PH, Lanham HJ, Leykum LK, et al. Cost estimates for operating a primary care practice facilitation program. *Ann Fam Med*. 2013;11(3):207-211. doi:10.1370/afm.1496.

Stratégies de mise en œuvre

Nagykaldi Z, Mold JW, Robinson A, Niebauer L, Ford A. Practice facilitators and practice-based research networks. *J Am Board Fam Med*. 2006;19(5):506-510. doi:10.3122/jabfm.19.5.506.

Knox L, Taylor EF, Geonnotti K, Machta R, Kim J, Nysenbaum J, et al. *Developing and Running a Primary Care Practice Facilitation Program: A How-to Guide*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2011. Dans : pcmh.ahrq.gov/sites/default/files/attachments/Developing_and_Running_a_Primary_Care_Practice_Facilitation_Program.pdf. Date de consultation : Le 12 décembre 2019.

Agency for Healthcare Research and Quality. *Case Studies of Leading Primary Care Practice Facilitation Programs: Lessons learned from leading models of practice facilitation*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2013. Dans : pcmh.ahrq.gov/sites/default/files/attachments/LessonsLearned_022813comp_0.pdf. Date de consultation : Le 20 octobre 2019.

11. Ressources additionnelles

Agency for Healthcare Research and Quality. *Case Studies of Exemplary Primary Care Practice Facilitation Training Programs*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2014. Dans : www.ahrq.gov/professionals/prevention-chronic-care/improve/system/pfcasestudies/index.html. Date de consultation : Le 20 octobre 2019.

Agency for Healthcare Research and Quality. *Case Studies of Leading Primary Care Practice Facilitation Programs: Lessons learned from leading models of practice facilitation*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2013. Dans : pcmh.ahrq.gov/sites/default/files/attachments/LessonsLearned_022813comp_0.pdf. Date de consultation : Le 20 octobre 2019.

Agency for Healthcare Research and Quality. *National Healthcare Quality & Disparities Report*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2018. Dans : ahrq.gov/research/findings/nhqdr/nhqdr18/index.html. Date de consultation : Le 21 janvier 2020.

Alberta Medical Association. Accelerating Change Transformation Team. Site Web. 2018. albertadoctors.org/leaders-partners/quality-and-education-programs/actt. Date de consultation : Le 21 janvier 2020.

Bevan H. How can we build skills to transform the healthcare system? *J Res Nursing*. 2010;15(2):139-148. doi:10.1177/1744987109357812.

Breton M, Lévesque JF, Pineault R, Hogg W. Primary care reform: Can Quebec's family medicine group model benefit from the experience of Ontario's family health teams? *Healthc Policy*. 2011;7(2):e122-e135. doi:10.12927/hcpol.2011.22618.

Canadian Foundation for Healthcare Improvement. *Environmental Scan to Inform a Quality Improvement Strategy for CFPC*. Ottawa, ON: Canadian Foundation for Healthcare Improvement; 2017. Dans : cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/reports/cfpc-environmental-scan-report-2017.pdf?sfvrsn=e421ab44_2. Date de consultation : Le 23 janvier 2020.

Collège des médecins de famille du Canada. *Initiative d'amélioration de la pratique (Pii)* [Sommaire]. Mississauga, ON : Collège des médecins de famille du Canada ; 2017. Dans : cfpc.ca/uploadedFiles/Research/Pii-Executive-Summary.pdf. Date de consultation : Le 15 février 2020.

Due TD, Kousgaard MB, Waldorff FB, Thorsen T. Influences of peer facilitation in general practice – a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2018;19,75. doi:10.1186/s12875-018-0762-1.

Franks P, Fiscella K. Primary care physicians and specialists as personal physicians. Health care expenditures and mortality experience. *J Fam Pract*. 1998(47):105-109.

Grimshaw JM, Thomas RE, MacLennan G, Fraser C, Ramsay CR, Vale L, et al. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Int J Technol Assess Health Care*. 2005;21(1):149. doi:10.1017/s0266462305290190.

Harvey G, Kitson A. PARIHS revisited: from heuristic to integrated framework for the successful implementation of knowledge into practice. *Implement Sci*. 2015;11,33. doi:10.1186/s13012-016-0398-2.

Institute for Healthcare Improvement. *QI Essentials Toolkit*. Boston, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2017. Dans : [ihp.org/resources/Pages/Tools/Quality-Improvement-Essentials-Toolkit.aspx](https://www.ihp.org/resources/Pages/Tools/Quality-Improvement-Essentials-Toolkit.aspx). Date de consultation : Le 9 décembre 2019.

Kitson A, Brook A, Harvey G, Jordan Z, Marshall R, O'Shea R, et al. Using complexity and network concepts to inform healthcare knowledge translation. *Int J Health Policy Manag.* 2018;7(3):231-243. doi:10.15171/ijhpm.2017.79.

Kringos DS, Boerma W, van der Zee J, Groenewegen P. Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Aff.* 2013;32(4):686-694. doi:10.1377/hlthaff.2012.1242.

McNellis B, Knox L, Lefebvre A, Kirchner S. *Creating a learning health care system: the role of practice facilitators in primary care*. Presented as an EvidenceNOW Webinar for the Agency for Healthcare Research and Quality; August 2, 2017; Rockville, MD. Dans : [ahrq.gov/evidencenow/research-results/results/webinars/practice-facilitation.html](https://www.ahrq.gov/evidencenow/research-results/results/webinars/practice-facilitation.html). Date de consultation : Le 22 mars 2020.

Shi L, Starfield B. Primary care, income inequality, and self-rated health in the United States: a mixed-level analysis. *Int J Health Serv.* 2000;30(3):541-555.

Wang A, Pollack T, Kadziel LA, Ross SM, McHugh M, Jordan M, et al. Impact of practice facilitation in primary care on chronic disease care processes and outcomes: a systematic review. *J Gen Intern Med.* 2018;33(11):1968-1977. doi:10.1007/s11606-018-4581-9.