THE COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF CANADA

LE COLLÈGE DES MÉDECINS DE FAMILLE DU CANADA

SYMPOSIUM SUR INVITATION SUR L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ

Les 24 et 25 septembre 2018

RAPPORT SUR LE DÉROULEMENT DU SYMPOSIUM

TABLE DES MATIÈRES

Résumé **1**

Messages clés : Programmes de résidence en médecine familiale 1

Messages clés : Soutien pour la facilitation de la pratique en médecine familiale 1

Messages clés : Symposium national 1

Prochaines étapes 2

Historique, contexte et objectifs **3**

Jour 1 : Facilitation de la pratique, résidence et cours d'ACQ **4**

Volet 1 : Facilitation de la pratique 4

Volet 2 : Programmes de résidence dans les départements de médecine de famille 12

Séance conjointe de l'après-midi : Cours d'amélioration continue de la qualité 16

Jour 2 : Volet des intervenants provinciaux **20**

Tables rondes provinciales : Faits saillants des discussions et plans émergents 25

Thèmes découlant des discussions et aperçu du plan d'action 30

Conclusion et prochaines étapes **34**

Évaluation du Symposium 34

Annexes **35**

A. Ordre du jour du Symposium sur l'ACQ 35

B. Participants 39

C. Compétences en facilitation de la pratique 41

D. Évaluation post-Symposium et rétroaction 43

Résumé

Les 24 et 25 septembre 2018, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC), la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS), Qualité des services de santé Ontario et Réseau-1 Québec tenaient conjointement à Mississauga, en Ontario, le Symposium sur invitation sur l'amélioration continue de la qualité en médecine familiale au Canada. Cette conférence de deux jours réunissait des chefs de file et intervenants clés en amélioration continue de la qualité (ACQ) en médecine familiale de tout le Canada, des chefs de file américains et suédois ainsi que des représentants des patients. La première journée comportait deux volets (résidence en médecine familiale et facilitation de la pratique en médecine familiale) et une séance conjointe sur les cours et programmes d'ACQ mis en œuvre à l'échelle du Canada. La deuxième journée était consacrée à un symposium national sur l'ACQ.

Messages clés : Programmes de résidence en médecine familiale

- Il faut doter les résidents de connaissances et compétences de base en ACQ afin de faciliter leur entrée dans la pratique.
- Certaines méthodes d'apprentissage permettent d'intégrer ces compétences à la formation sans trop alourdir la tâche des résidents et des enseignants.
- Il existe d'excellents programmes de formation en ACQ qui permettent aux enseignants et aux résidents en médecine familiale de se familiariser ensemble à l'ACQ.

Messages clés : Soutien pour la facilitation de la pratique en médecine familiale

- Des données démontrent que les programmes de facilitation de la pratique génèrent des améliorations de la pratique en soins primaires.
- Les programmes de facilitation de la pratique génèrent un solide retour sur investissement (RSI), et les capacités renforcées peuvent appuyer les futures initiatives.
- Des provinces, comme la Colombie-Britannique, l'Alberta et le Québec, ont investi dans des programmes de formation des facilitateurs de la pratique pour soutenir les médecins de famille et les équipes dont ils font partie.

Messages clés : Symposium national

- L'ACQ fournit des outils — qui vont des approches simples et conviviales aux méthodes plus complexes — pour aider les médecins de famille et leurs équipes à améliorer les soins dispensés et bonifier leur propre expérience de travail.
- L'ACQ fait partie intégrante de la pratique quotidienne et de l'exercice du rôle de médecin de famille. Des ressources et du soutien sont cependant nécessaires.
- Riche source d'information, les données des dossiers médicaux électroniques (DMÉ) peuvent guider l'amélioration de la pratique. Elles doivent toutefois être accessibles aux médecins de famille et à leurs équipes sous forme de rapports. Par ailleurs, des ressources sont nécessaires pour aider les équipes à les analyser.

- Les représentants des patients présents à la réunion ont souligné l'importance de l'ACQ et la nécessité d'inclure les patients dans les activités d'ACQ qui ont une incidence sur les soins qui leur sont dispensés.
- De nouveaux partenariats ont été établis au sein des provinces et entre les provinces, y compris une collaboration plus étroite entre les sections provinciales du CMFC, les organismes et ministères provinciaux, et les départements de médecine de famille.
- Il faut intensifier et cibler les efforts de plaidoyer auprès des décideurs régionaux, provinciaux et fédéraux en faveur de ressources pour soutenir l'ACQ en médecine familiale et en soins primaires.

Prochaines étapes

1. Intensifier les efforts de plaidoyer à l'échelle provinciale pour l'obtention de ressources destinées à soutenir l'ACQ en médecine familiale et en soins primaires.
2. Intensifier les efforts de plaidoyer à la grandeur du pays pour garantir l'accès aux données des DMÉ pour l'ACQ.
3. Élaborer un guide pour aider les programmes de résidence à intégrer l'ACQ et la recherche dans leurs cursus, comprenant des clarifications sur ce en quoi consistent les compétences et des idées sur la façon de les enseigner et de les évaluer.
4. Explorer la création d'incitatifs, sous forme de crédits de développement professionnel continu, pour la participation à des activités liées à l'ACQ dans la pratique quotidienne.

Historique, contexte et objectifs

Le CMFC a lancé en 2017 son Initiative d'amélioration de la pratique (Pii) pour promouvoir l'ACQ en médecine familiale. Il a procédé à une évaluation approfondie des besoins et a effectué, de février à mai 2017, une analyse contextuelle pour savoir où en sont les démarches des provinces et territoires en matière d'ACQ. Cette analyse a également servi à répertorier les approches curriculaires et les programmes en place dans les départements de médecine de famille du pays et à évaluer les besoins, ressources et lacunes de chacun. Elle a permis de dresser la liste des besoins et possibilités se rapportant à deux volets principaux, qui sont devenus les axes majeurs de l'initiative Pii : soutien aux médecins de famille et à leurs équipes, et soutien aux départements de médecine de famille du Canada. Une conclusion s'est imposée dans l'un comme dans l'autre : il fallait réunir les intervenants provinciaux. Pour chacun des volets, il existait des programmes et des initiatives de grande qualité, mais il est apparu que les ressources et les programmes variaient considérablement d'un bout à l'autre du pays et que tous les intervenants souhaitaient ardemment faire progresser l'ACQ en médecine familiale et en soins primaires.

Le Symposium, une composante cruciale de ce travail, a été coorganisé par le CMFC et ses partenaires : la FCASS, Qualité des services de santé Ontario et Réseau-1 Québec. Il a réuni des éducateurs, des cliniciens, des décideurs, des représentants des gouvernements et des sections provinciales du CMFC, des patients et d'autres intervenants canadiens et internationaux.

Objectifs du Symposium

Le Symposium a rassemblé des intervenants clés de tout le Canada qui travaillent en ACQ, en facilitation de la pratique, en recherche et en collecte de données, ou s'y intéressent fortement.

Au programme de l'événement de deux jours : volets axés sur la facilitation de la pratique et les programmes de résidence, résumés des différents programmes d'ACQ et possibilités d'intensification des collaborations intra et interprovinciales/territoriales. Des perspectives internationales ont également été présentées, notamment le travail effectué aux États-Unis par l'Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) et en Suède par l'Association suédoise des collectivités locales et des régions. On a aussi tenté de comprendre le point de vue des patients.

L'analyse contextuelle et la planification du Symposium se sont déroulées dans un extraordinaire esprit de collaboration. La volonté de partager, d'aider et d'inviter les autres à aider était manifeste.
Le Symposium a permis de découvrir des innovations récentes susceptibles d'être diffusées et appliquées à plus grande échelle.

Jour 1 : Facilitation de la pratique, résidence et cours d'ACQ

La première journée se composait en matinée de deux volets parallèles : a) ACQ et recherche dans les programmes de résidence en médecine familiale et b) facilitation de la pratique pour soutenir les médecins de famille et leurs équipes qui mettent en œuvre l'ACQ. L'après-midi était consacré à une séance commune qui a permis d'explorer les ateliers, cours et autres programmes de formation en ACQ offerts au Canada et destinés aux médecins de famille, à leurs collègues des autres professions et à leurs équipes, ainsi qu'aux résidents et aux enseignants en médecine familiale.

Volet 1 : Facilitation de la pratique

L'analyse contextuelle effectuée dans le cadre de l'initiative Pii a révélé que, même si de nombreux médecins de famille et les équipes au sein desquelles ils travaillent appuient en général la mise en œuvre de l'amélioration continue dans leurs cliniques, ils n'ont souvent pas la capacité, l'expérience et le soutien nécessaires pour entreprendre ce travail. La facilitation de la pratique a été ciblée dans l'analyse en tant que moyen de surmonter les défis et les obstacles auxquels se heurtent les efforts d'ACQ en milieu de travail.

Le volet « facilitation de la pratique » a réuni des experts, des organisations, des cliniciens, des administrateurs et des décideurs de plusieurs provinces et territoires engagés un peu partout au Canada dans des activités de facilitation de la pratique, ou dont le travail pourrait être appuyé par la facilitation de la pratique. Les objectifs de ce volet étaient les suivants :

- Explorer les données probantes qui sous-tendent la facilitation de la pratique
- Explorer les compétences et fonctions exigées des facilitateurs de la pratique
- Se familiariser avec les programmes et les modèles qui soutiennent la facilitation de la pratique au Canada et déterminer en quoi ils consistent ainsi que les ressources et le financement dont ils disposent
- Répertorier les catalyseurs, défis et possibilités de soutien aux programmes de facilitation de la pratique destinés aux fournisseurs de soins primaires à l'échelle du pays
- Déterminer l'infrastructure et les approches requises pour développer et transmettre les compétences de facilitation de la pratique en se basant sur les exigences et les contributions des organisations locales et nationales

Facilitation de la pratique – Données probantes et propagation : Dr Bill Hogg

La présentation de Dr Bill Hogg de l'Université d'Ottawa a porté sur les données probantes qui sous-tendent la facilitation de la pratique. Il a mis en parallèle les origines de la facilitation de la pratique et le rôle joué par les données probantes relativement à sa propagation dans différentes régions du monde. Utilisant des exemples provenant du Canada, des États-Unis, de l'Australie et des Pays-Bas, il a souligné comment les programmes de facilitation de la pratique ont contribué au succès des activités d'ACQ. Il a également donné l'exemple d'un programme de facilitation de la pratique mis en œuvre en Ontario, qui a connu beaucoup de succès, mais a été abandonné en raison de compressions budgétaires, illustrant l'importance d'un engagement financier soutenu à l'égard de ces programmes.

Dr Hogg a insisté que « selon les recherches, la facilitation des services d'approche est l'un des moyens les plus efficaces d'améliorer la prestation des services préventifs en soins primaires. » Pour ce faire, il faut « une approche de facilitation qui intègre un certain nombre de stratégies d'intervention adaptées à l'environnement et aux besoins de la clinique. »[*] Dr Hogg a présenté deux articles pertinents sur la facilitation de la pratique. Le premier est une analyse coût-conséquences traitant des économies que l'on peut générer en améliorant les soins préventifs appropriés et en réduisant ceux qui ne le sont pas. Le deuxième article était un aperçu d'une analyse systématique et d'une méta-analyse sur l'efficacité de la facilitation de la pratique en soins primaires. L'étude suggère que « la facilitation de la pratique a un effet modérément marqué sur l'adoption de lignes directrices fondées sur les données probantes en soins primaires »[†]. Cependant, l'article souligne que les facteurs de fidélité, comme la personnalisation, le nombre de cliniques par facilitateur et l'intensité de l'intervention, ont des incidences importantes sur les ressources. (Voir le tableau 1.)

Tableau 1 : Aperçu des avantages de la facilitation de la pratique

Avantage	Description
Prévenir l'acuité des besoins des patients	La facilitation de la pratique permet de nouveaux processus qui génèrent une augmentation des soins préventifs appropriés pour les patients au sein d'une clinique et une diminution de ceux qui ne le sont pas.
RSI	Des économies sont générées au niveau des patients, de la clinique et des médecins. Une étude canadienne a estimé le RSI à 40 pour cent.
De meilleurs soins à moindres coûts	Une méta-analyse portant sur 19 interventions de facilitation de la pratique a démontré qu'il y avait eu amélioration des soins et des coûts.
Permet d'élargir la portée des initiatives	Dans certains modèles, les facilitateurs de la pratique continuent d'établir des contacts avec de nouveaux médecins et permettent des améliorations au sein des équipes de soins même après la fin d'une initiative donnée.
Favorise l'ACQ en équipe	Les facilitateurs de la pratique incitent les équipes multidisciplinaires à planifier, tester et mettre en œuvre des améliorations en collaboration.

[*] 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):20. doi:10.1186/1472-6963-5-20
[†] Baskerville N.-B., Liddy C, Hogg W. Systematic review and meta-analysis of practice facilitation within primary care settings. *Ann Fam Med*. 2012 Jan-Feb;10(1):63-74. doi: 10.1370/afm.1312.

Modèles et programmes : au Canada et à l'étranger

Un groupe d'experts a donné un aperçu des divers modèles et approches organisationnelles en matière de facilitation de la pratique, de leurs points forts ainsi que des réussites et défis en la matière. Des représentants du programme Toward Optimized Practice (TOP) de l'Alberta, du Réseau-1 Québec, du RLISS de Champlain (Ontario) et de l'AHRQ (États-Unis) ont fait des présentations qui ont démontré la diversité des contextes et des approches qui orientent la facilitation de la pratique d'un bout à l'autre du pays. La liste des approches recommandées par le groupe d'experts figure au tableau 2.

AHRQ : Robert McNellis

Initiative EvidenceNOW (programme axé sur l'amélioration de la santé cardiaque)

- Aide les cliniques à déterminer comment renforcer leur capacité à recevoir et incorporer d'autres conclusions de recherche sur les résultats axés sur les patients
- Étudie comment le soutien externe à l'ACQ peut aider les cliniques de soins primaires
- Établit et diffuse un plan directeur des mesures efficaces pour transformer les soins
- Organisation : Offre des services à plus de 1500 petites et moyennes cliniques de soins primaires, regroupant plus de 5000 professionnels qui dispensent des services à quelque 8 millions de patients ; a déployé de 70 à 100 facilitateurs de la pratique ; emploie plus de 500 personnes
- Financement : investissement de 112 millions de $ (US), qui a en partie généré sur quatre ans :
  - Sept subventions destinées à l'établissement de coopératives régionales
  - Une subvention destinée à une évaluation externe indépendante
  - La création d'un centre d'assistance technique

Alberta – Les programmes TOP et Accelerating Change Transformation Team (ACTT), Arvelle Balon-Lyon

- Crée du contenu axé sur la modification de la pratique en soins primaires
- Renforce les capacités en facilitateurs d'amélioration, médecins champions et autres agents de changement
- Offre son appui et sa collaboration aux intervenants (p. ex., Réseaux de soins primaires, zones d'Alberta Health Services [AHS], ministère)
- Financement : La principale source de financement est le budget des services de médecin par l'intermédiaire de l'Alberta Medical Association (AMA). Le programme reçoit également des subventions additionnelles, dont des subventions de recherche pour s'attaquer à des problèmes cliniques prioritaires, des fonds provenant des membres de l'Alberta Medical Association (AMA) et des subventions d'Inforoute Santé du Canada et d'AHS.

RLISS de Champlain : Dr Bill Hogg

Programme de facilitation de l'excellence en pratique

- Trois facilitateurs de la pratique ont offert du soutien aux professionnels des soins primaires.
- Les facilitateurs ont personnalisé leur approche, en la basant sur des outils et méthodes d'ACQ fondés sur des données probantes, pour répondre aux besoins des cliniques.

- Le programme a pris contact avec des médecins de famille et des infirmières issus de tous les modèles implantés dans l'Est de l'Ontario.
- Financement : Autorité régionale de la santé pendant trois ans (le programme a été discontinué)

Agents d'amélioration continue de la qualité (AACQ) : Jean-Luc Tremblay

- Entré en vigueur le 1er avril 2017, le cadre de gestion des GMF-U du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) prévoit l'intégration d'un agent d'ACQ dans chacun des 46 GMF-U du Québec.
- Ces agents agissent à titre de facilitateurs de la pratique dans les différents secteurs des GMF-U, leur principal rôle étant de consolider la culture d'ACQ et de coordonner les projets définis comme priorités locales.
- Employés des centres intégrés de santé et de services sociaux et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CISSS et CIUSSS), les agents d'ACQ travaillent dans les GMF-U (modèle de facilitation hybride).
- Financement : Financé par le MSSS ; le nombre d'inscriptions pondérées sert à déterminer l'attribution des ressources

Discussion

Les présentations susmentionnées ont donné lieu à un débat entre les membres du groupe d'experts et les participants sur les principales caractéristiques d'une infrastructure de facilitation de la pratique. La liste des cours spécifiquement destinés aux facilitateurs de la pratique, ou qui leur sont utiles, figure à la section « Séance conjointe de l'après-midi : Cours sur l'amélioration de la qualité » (voir à la page 16).

Tableau 2 : Aperçu de l'infrastructure et des approches recommandées pour la facilitation de la pratique

Approche	Description
Cadres provinciaux	• Intégrés dans les organisations de soins primaires • Guidés et soutenus par un cadre provincial
Culture de l'ACQ	• Soutenue par des responsables aux niveaux provincial et régional/local
Groupes consultatifs	• Pour fournir de la rétroaction et des conseils • Collaboration pour offrir du soutien
Communautés de pratique	• Soutien provincial via : ○ Des réseaux de pratique ○ Une formation de base ○ Des événements réguliers

Approche	Description
Ratios cliniques/facilitateurs de la pratique	• Dans la plupart des cas, un facilitateur de la pratique peut être affecté à plusieurs cliniques. À l'occasion, dans certaines provinces, les grosses cliniques peuvent se voir attribuer un facilitateur de la pratique à temps plein. La distribution est basée sur le nombre de patients inscrits, les inscriptions pondérées et/ou la participation volontaire par les organisations de soins primaires.
Renforcement des capacités	• L'investissement dans la facilitation de la pratique est lié à des activités mesurables de renforcement des capacités visant la transformation du système, comme une démarche de mise en œuvre du Centre de médecine de famille.
Plan stratégique ou plan directeur	• Ces plans comprennent des stratégies organisationnelles visant à identifier/recruter des facilitateurs de la pratique, à assurer leur perfectionnement, à les déployer et à contrôler leurs progrès / leur rétention dans le cadre d'un plan directeur plus vaste, notamment des partenariats avec des médecins champions.
Postes de facilitateur de la pratique financés	• Les initiatives du Réseau-1 Québec emploient et déploient des facilitateurs de la pratique dans les organisations de soins primaires. • Le programme TOP de l'Alberta et l'AHRQ assurent la formation et le perfectionnement de facilitateurs de la pratique, qui travaillent pour des organisations de soins primaires.

Rôles des facilitateurs de la pratique : Spécialistes ou touche-à-tout ?

L'analyse contextuelle menée dans le cadre de l'initiative Pii a répertorié quatre rôles différents attribués aux facilitateurs de pratique selon la province ou le territoire :

- Facilitateurs en ACQ
- Facilitateurs de la recherche
- Facilitateurs en matière de données des DMÉ
- Combinaisons des trois rôles qui précèdent

Ce phénomène a été exploré plus à fond durant la séance, avec des présentations par divers conférenciers qui ont insisté sur les différents rôles ou profils. Les présentations ont aussi mis l'accent sur les différentes compétences élaborées pour ces rôles par différentes organisations, ainsi que sur les obstacles et les catalyseurs.

AHRQ : Robert McNellis

Robert McNellis a donné un aperçu de l'élaboration d'un cursus plus étoffé pour la formation des facilitateurs de la pratique et a évoqué les leçons qui en ont été tirées.

- Objectif du cursus : offrir une formation de base aux facilitateurs de la pratique afin d'aider les cliniques de soins primaires à atteindre leurs objectifs en matière de transformation liés à l'ACQ
- Compétences de base : Maîtrise des contenus (p. ex., changement organisationnel) et compétences pratiques (p. ex., méthodes d'ACQ, utilisation de technologies d'information sur la santé, facilitation de réunions)
    - Connaissances de base : Amélioration des soins primaires, changement organisationnel, principes du Centre de médecine de famille et environnement de soins primaires
    - Compétences générales : Méthodes d'ACQ de base, évaluation de la pratique et gestion de réunions
    - Compétences spécialisées : Utilisation de technologies d'information sur la santé et ingénierie des méthodes de travail
    - Compétences professionnelles, connaissances et engagement : Communication efficace, développement de la confiance et formation continue

TOP : Mark Watt

- Les compétences des facilitateurs de la pratique sont entre autres :
    - Compétences de base : P. ex, connaissance du modèle d'amélioration, tests à l'aide du modèle Planifier-Faire-Étudier-Agir, utilisation des données pour guider les décisions
    - Compétences avancées : P. ex. cartographie de la chaîne de valeur, la qualité en tant que stratégie opérationnelle et analyse cognitive des tâches
- L'évaluation et l'appréciation des rôles des facilitateurs de la pratique sont faites selon le modèle de Kirkpatrick
    - Réactions, apprentissages, comportements et résultats
- Les obstacles et les catalyseurs sont entre autres :
    - Abandon d'une logique axée sur les projets en faveur d'une logique axée sur l'ACQ
    - Soutenir une équipe d'agents de changement de la pratique plutôt qu'un facilitateur de la pratique individuel

Réseau UTOPIAN (Practice-Based Research Network) de l'Université de Toronto) : Michelle Greiver

- Les compétences en facilitation de la pratique sont entre autres :
    - D'excellentes habiletés en relations interpersonnelles et en communication
    - La capacité de gérer de multiples projets de recherche
    - Des compétences vérifiables en informatique, compréhension des logiciels de statistique et des instruments de sondage
- Catalyseurs :
    - Communication : Réunions d'équipe et soutien administratif

- Obstacles :
  - Temps, financement et bureaucratie
- Enseignements tirés :
  - Reconnaître que les coordonnateurs de pratique sont des membres clés de l'équipe
  - Offrir soutien et investissement aux fins de leur progression et de leur avancement professionnel
  - Embaucher un gestionnaire des opérations compétent
  - Collaborer avec d'autres organisations

Programme de facilitation de la recherche axée sur le patient au Québec : Annie LeBlanc

- Les compétences en facilitation de la pratique sont entre autres :
  - Développement des compétences en facilitation : Ces compétences sont présentement évaluées au moyen d'une initiative appliquée, issue de la pratique, dont les objectifs sont d'élaborer un programme d'intégration en facilitation de la recherche axée sur le patient
- Catalyseurs :
  - Vision collaborative commune entre les utilisateurs des connaissances et les intervenants
  - Infrastructure commune
- Obstacles :
  - Viabilité financière des facilitateurs de la recherche axée sur le patient
  - Réticence à effectuer des projets de recherche
- Enseignements tirés :
  - Il est nécessaire de s'adapter à un environnement en évolution
  - Importance d'évaluer les responsabilités et rôles respectifs dans le milieu visé
  - Similitudes (et différences) entre la recherche et l'ACQ

Une expérience d'intégration d'agents d'amélioration de la qualité dans un GMF-U du Québec : Édith Bernier

- Les compétences en facilitation de la pratique incluent :
  - Travail d'équipe
  - Aptitudes de communication et intelligence émotionnelle
  - Créativité
  - Partenariats
- Catalyseurs :
  - Conseillers-cadres à l'amélioration continue de la qualité pour tous les GMF-U de la province
  - Participation à une communauté de pratique virtuelle et création de comités locaux d'ACQ
  - Proximité, collaboration et soutien à la dyade de cogestion médico-administrative
- Obstacles :
  - Connaissance insuffisante du rôle
  - Résistance au changement

- Manque de communication à propos des changements
- Ressources limitées (humaines, financières, matérielles)
- Temps insuffisant alloué à certains agents d'ACQ

- Enseignements tirés :
  - L'adhésion des membres de l'équipe doit être acquise avant de commencer à planifier un projet
  - Efficacité de la direction commune
  - Suivis d'équipe réguliers et un bon plan de communication

Facilitation de la pratique : Cartographier les compétences

Compétences en facilitation de la pratique : Eileen Patterson (consultante en ACQ et facilitatrice)

Un deuxième groupe d'experts a donné un aperçu des compétences spécifiques développées par des organisations chefs de file en facilitation de la pratique. Le groupe d'experts se composait de représentants de l'AHRQ, du réseau UTOPIAN, des AACQ, de l'Alberta Medical Association (AMA), du programme TOP et de l'Université Laval. Ces organisations ont montré que, selon les circonstances, il est possible d'utiliser différents modèles de facilitation de la pratique, en fonction des attentes des bailleurs de fonds, de la taille des cliniques, de la structure de l'organisation d'appui, de l'harmonisation des objectifs au niveau du système, etc.

Tous les rôles des facilitateurs de la pratique étaient fondés sur une compréhension du contexte des soins primaires dans lequel ils sont exercés, sur l'utilisation efficace des DMÉ pour l'ACQ et la prise de décision, et sur la gestion du changement. Dans le cas des modèles d'amélioration, les compétences de base étaient l'ACQ, la facilitation, le leadership et la cohésion d'équipe. Les modèles de recherche étaient axés sur les outils d'analyse des données et les aptitudes au mentorat. L'annexe C donne un aperçu des compétences qui ressortent de chacune des présentations.

Discussion

Une période de discussion entre les participants, les membres du groupe d'experts et les présentateurs a suivi les présentations susmentionnées. Deux questions ont servi à orienter les discussions (dont les faits saillants sont présentés ci-après) :

Mis à part l'augmentation du financement, qu'est-ce qui vous aiderait à faire progresser la facilitation de la pratique dans votre travail ?

- Il est essentiel de partager le leadership et l'engagement des médecins
- Accélérer l'expansion au moyen d'un organe de coordination central de l'ACQ au niveau des cliniques
- Utiliser une approche interdisciplinaire aux niveaux local et national
- Identifier et soutenir les champions locaux en tant que modèles et influenceurs
- Déployer des efforts de plaidoyer auprès du gouvernement (au niveau provincial ou national) et influencer la prise de décision
- Faire participer les patients à toutes les étapes de la planification et de la mise en œuvre
- Utiliser une approche de renforcement des capacités pour favoriser l'expansion et la pérennité

- Harmoniser les politiques et l'infrastructure de données pour accéder à l'information d'aide à la décision
- Agir au niveau local, collaborer au niveau national et réseauter pour aider les petites administrations à progresser
- Convaincre les décideurs que l'ACQ et la facilitation de la pratique mènent à des soins efficaces et efficients
- Lier l'importance de l'ACQ en équipe à la réduction / l'atténuation des risques d'épuisement professionnel chez les médecins

Que pourraient faire les organisations nationales pour vous aider à progresser plus rapidement ?

- Travailler en synergie en utilisant les initiatives du CMFC tels le Centre de médecine de famille (CMF), le développement professoral, le développement professionnel continu (DPC) ; faire contribuer les membres non-médecins à la promotion (pas nécessaire de réinventer la roue)
- Former les facilitateurs (l'approche « formation des formateurs ») afin de tirer parti des cursus existants et de les propager à la grandeur du pays (travailler avec des partenaires provinciaux)
- Créer un répertoire central de ressources, d'outils, de processus, de données nécessaires aux processus décisionnels, d'exemples patents d'approches de mise en œuvre et de contacts à des fins de collaboration
- Établir des liens avec le travail en cours et émergent à l'échelle nationale, comme l'agrément, la défense des droits des patients, la recherche, etc.
- Mettre en place des politiques pour promouvoir l'équité et l'efficacité en santé (lois sur la protection des données et de la vie privée)

Volet 2 : Programmes de résidence dans les départements de médecine de famille

En 2016, on a demandé au CMFC de clarifier les compétences se rapportant à l'ACQ et à la recherche dans CanMEDS-MF 2017 et dans le *Livre rouge*. Plus particulièrement, on lui demandait de suggérer des objectifs d'apprentissage ainsi que des méthodes d'enseignement et d'évaluation dans le but de mettre en application les compétences en ACQ et en recherche définies dans CanMEDS-MF. Après une analyse contextuelle exhaustive et plusieurs séances de consultation des intervenants, un groupe consultatif spécialement réuni à cet effet a établi une liste d'objectifs d'apprentissage en ACQ et en recherche qui pourraient s'appliquer aux résidents et aux médecins de famille dans leurs cinq premières années de pratique.

Buts et objectifs

Le second volet a été consacré à une discussion sur l'ACQ et la recherche dans les programmes de résidence des départements de médecine de famille. Étaient présents à cette séance des représentants de tous les départements de médecine de famille, y compris des directeurs de programmes, de la recherche et de l'ACQ, les départements de la recherche, de l'éducation et de l'agrément du CMFC et des collègues du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (Collège royal).

L'objectif du second volet était double : premièrement, susciter l'adhésion à l'égard des objectifs d'apprentissage suggérés en ACQ et en recherche pour les résidents et les médecins de famille dans leurs cinq premières années de pratique ; deuxièmement, déterminer des méthodes appropriées d'enseignement et d'évaluation de l'ACQ pendant la résidence et les cinq premières années de pratique. Avant le Symposium, une liste des objectifs d'apprentissage suggérés a été distribuée par le CMFC aux participants concernés. Ces derniers les ont examinés à l'avance et ont formulé des rétroactions durant la première partie de ce volet.

Objectifs d'apprentissage en ACQ et en recherche : Rétroactions

Dans l'ensemble, les participants étaient d'accord avec les objectifs d'apprentissage proposés et, en attendant d'obtenir des précisions supplémentaires sur les objectifs d'apprentissage de base et exemplaires, ils se disaient prêts à s'en servir comme outil de planification et d'évaluation du cursus. De l'avis des participants, il faut clarifier comment devront être utilisés les objectifs d'apprentissage de base en ACQ pour éviter les risques d'épuisement professionnel chez les résidents inscrits à un programme de résidence de deux ans dont le calendrier est déjà comprimé. L'épuisement professionnel chez les directeurs de programme était aussi considéré comme une question préoccupante. Il a été suggéré que les résidents en recherche pourraient assumer une plus grande charge de travail si des objectifs d'apprentissage spécifiquement axés sur la recherche étaient intégrés dans une troisième année bonifiée. Chaque programme devrait également aborder la question du choix d'un projet d'ACQ ou de recherche durant la résidence. Les participants ont fait remarquer qu'il faudrait discuter davantage du moment qui convient pour enseigner l'ACQ : actuellement, la formation en ACQ est parfois dispensée au niveau prédoctoral, parfois pendant la résidence et parfois au cours des cinq premières années de pratique. On a demandé au CMFC de fournir des conseils et des éclaircissements sur la question de savoir si les résidents doivent réaliser deux projets, un projet d'ACQ et un projet de recherche, et si ce niveau d'activité sera rendu obligatoire dans le *Livre rouge*.

En ce qui concerne les médecins dans leurs cinq premières années de pratique, on a suggéré de préciser davantage les objectifs d'apprentissage pour les cliniciens des cliniques universitaires afin de traduire la nécessité de savoir comment enseigner l'ACQ et faire de la recherche. En outre, il faut élaborer des objectifs d'apprentissage particuliers pour ceux qui sont inscrits à un volet de formation de cliniciens-chercheurs. On a recommandé que la formation en ACQ soit dispensée de façon continue — pendant la résidence et les cinq premières années de pratique — et que du DPC soit instauré pour les médecins en exercice. Il faut mieux faire comprendre ce qui constitue une activité d'ACQ, car il est possible que des médecins de famille en réalisent ou y participent sans même savoir qu'il s'agit d'ACQ.

Méthodes d'apprentissage de l'ACQ

Trois approches de l'apprentissage se rapportant à l'ACQ et à la recherche ont été suggérées :

1. Nécessité d'un changement de culture (gestion du changement)
2. Nécessité d'adapter l'approche pédagogique au contexte des apprenants et des programmes

3. Nécessité de créer une norme nationale[‡]

Les résultats d'apprentissage minimaux en recherche et en ACQ combinées pour les résidents pourraient comprendre ce qui suit :

- Démontrer la capacité de formuler une question générale (énoncé de recherche ou d'objectifs)
- Démontrer une compréhension des données et des méthodes appropriées
- Démontrer la capacité de présenter les résultats et la documentation

Méthodes d'évaluation de l'ACQ

Brent Kvern, directeur de la certification, de l'évaluation et des examens au CMFC, a présenté quelques considérations majeures à prendre en compte pour évaluer l'ACQ pendant la résidence.

- Les compétences associées à l'ACQ s'appuient sur la maîtrise de l'information et peuvent lui être liées. Ces compétences pourraient être démontrées par la production d'un projet.
- Pour l'évaluation critique / Perles pour les résidents / la planification d'un projet d'ACQ, Brent Kvren recommandait de :
    - Reconnaître que nous confondons souvent les compétences en recherche de documents avec les compétences en lecture critique, alors que ce sont deux ensembles de compétences distincts
    - Commencer la lecture critique par une ligne directrice et déterminer s'il est construit de manière à ce que ses constatations s'appliquent aux patients auxquels le résident dispense des soins
    - Choisir une revue systématique de bonne qualité dans la bibliographie de la ligne directrice, puis la critiquer
    - Choisir une étude clinique principale de bonne qualité dans la bibliographie de la revue systématique et la critiquer
- Utiliser les critiques pour aider à établir le contexte général du projet d'ACQ
- Avoir un barème d'évaluation extrêmement clair et transparent pour l'évaluation du projet d'ACQ, un barème qui définit tous les éléments attendus du projet

Suggestions des départements de médecine de famille

Le groupe a proposé des idées pour soutenir le développement et le renforcement de l'enseignement de la recherche et de l'ACQ pendant la résidence et durant les cinq premières années de pratique.

Créer une synergie

Il faut établir des liens entre l'ACQ et la recherche.

Changement de culture et gestion du changement

Un changement culturel est nécessaire en médecine familiale, et il doit commencer pendant la résidence si l'on veut que l'ACQ devienne partie intégrante de la pratique quotidienne. Instaurer une

[‡] Cependant, on a fait valoir qu'une norme nationale ne pourrait pas être envisagée en tant que norme d'agrément.

gestion efficace du changement nécessitera une approche délibérée et planifiée. Une stratégie nationale, coordonnée par le CMFC, devra également être mise en place.

Approche qui permet une adaptation au contexte propre aux départements de médecine de famille

L'ACQ est acceptée dans le processus de communication savante, mais les départements de médecine de famille ont besoin de programmes qui peuvent être personnalisés. Ils doivent aussi avoir accès aux ressources existantes ou mieux les connaître. Plus particulièrement, il est nécessaire d'adapter l'approche au contexte des apprenants et des programmes. À leur tour, les départements de médecine de famille doivent accorder de l'importance à l'ACQ en tant qu'activité d'érudition prise en compte dans les promotions des enseignants.

Objectifs d'apprentissage en ACQ et en recherche

Grâce aux objectifs d'apprentissage élaborés, les médecins de famille dans leurs cinq premières années de pratique et ceux qui viennent de terminer leur formation auront le niveau de compétence requis défini dans le *Livre rouge.*

Chef de file du programme d'ACQ

À titre de pratique exemplaire, chaque département de médecine de famille devrait avoir un chef de file pour son programme d'ACQ.

Préparation des enseignants

Pour soutenir leurs résidents, les enseignants doivent avoir des connaissances et compétences de base en ACQ. Il faut offrir davantage de formation professorale dans ce domaine. Des possibilités d'apprentissage accessibles doivent être offertes. Le CMFC pourrait appuyer les efforts de plaidoyer des conseils provinciaux de qualité des services de santé en faveur de la formation. Dans le cas des médecins de famille dans leurs cinq premières années de pratique, des lignes directrices sur les compétences en ACQ et les objectifs d'apprentissage connexes sont nécessaires afin d'éclairer les activités de DPC dans ce domaine.

Évaluation et agrément

Des normes d'évaluation des exigences minimales pourraient être définies de façon à refléter les critères d'obtention du permis d'exercice en médecine familiale. Les cycles d'agrément pourraient servir à offrir des possibilités de consultation des pairs.

Lignes directrices

Le CMFC devrait produire des lignes directrices applicables à la formation de base, intermédiaire et avancée en ACQ et en recherche.

Ressources

Il faut rendre disponibles des catalogues bilingues présentant des prototypes d'ACQ et de recherche fructueux, avec outils et résultats (p. ex., SPIDER). Il serait utile de disposer d'un répertoire des projets d'ACQ et des réussites dans le domaine. Des vignettes/vidéos pourraient être pratiques.

Marketing et communications

Le site Web du CMFC doit afficher du matériel documentaire sur l'ACQ et la recherche, y compris des vidéos sur des projets réussis. En outre, des vidéos sur des médecins ruraux qui ont intégré l'ACQ dans leur pratique devraient être diffusées. Ces récits doivent être présentés aux résidents pour encourager le changement de culture.

Prix

Il serait avantageux de remettre des prix pour les réalisations en ACQ et en amélioration de la pratique dans le cadre d'événements comme le Forum en médecine familiale (FMF).

Collaboration

Au sein du département de médecine de famille, les directeurs de la recherche et de l'ACQ devraient chercher ensemble des occasions de collaborer et de partager leurs expériences. Pour encourager ce travail et créer cette occasion, une demi-journée de rencontre pourrait être organisée dans le cadre du FMF.

Les communautés de pratique en ACQ ont également été jugées indispensables en tant qu'outils de collaboration.

Plaidoyer et engagement

Le CMFC doit inciter les intervenants (y compris les patients, la communauté) à s'engager dans les efforts de plaidoyer en faveur de l'ACQ et de la recherche. Une présentation d'ascenseur, exposant clairement l'importance de l'ACQ pendant la résidence et dans la pratique, doit faire partie de la stratégie de plaidoyer et d'engagement.

Réseaux de recherche basée sur la pratique

Les diplômés devraient être encouragés à se joindre à un réseau de recherche basée sur la pratique (RRBP).

Séance conjointe de l'après-midi : Cours d'amélioration continue de la qualité

Lors de la séance de l'après-midi, les participants des deux volets (« résidence » et « facilitation de la pratique ») se sont regroupés pour écouter des exposés sur des initiatives d'ACQ mises en œuvre partout au pays : le programme IDÉES de Qualité des services de santé Ontario, le programme ASPIRE du Collège royal, l'Institut canadien pour la sécurité des patients, le programme CQUIPS de l'Université de Toronto, le programme de formation en qualité et en sécurité des patients de l'ICSP, le cours en ligne de l'HQCA, la Clinician Quality Academy de la Colombie-Britannique, le programme Compas+ et le cours de niveau intermédiaire CQIP de la Saskatchewan. Une partie de ces exposés a également été consacrée aux résidents.

Un résumé des cours d'ACQ (niveaux de base et intermédiaire) et des programmes de facilitation de la pratique a été fourni par le CMFC. Les tableaux 3 et 4 en donnent un aperçu.

Tableau 3 : Cours et programmes de formation de base en ACQ et facilitation de la pratique

Niveau de base	
Titre et fournisseur	**Renseignements additionnels**
Promouvoir la sécurité des patients dans la formation des résidents (ASPIRE) Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada	Offert en anglais et en français
Cours canadien pour les coordonnateurs de la sécurité des patients Institut canadien pour la sécurité des patients	Offert en personne ou en ligne
Certificate in Investigating and Managing Patient Safety Events Conseil de la qualité de la santé de l'Alberta	Offert en anglais seulement
Group-Based Quality Improvement Workshops Centre for Quality Improvement and Patient Safety (C-QuIPS)	Atelier d'une journée offert en anglais seulement
Gouvernance efficace pour assurer la qualité et la sécurité des patients Institut canadien pour la sécurité des patients	Cours d'une journée
Foundations of Quality Improvement Program IDÉES (Programme pour l'excellence à travers tous les secteurs)	Cours de deux jours ; composante en ligne de trois heures et un atelier d'une journée en personne
Lean Improvement Leader's Training (LILT) Conseil de la qualité de la santé de la Saskatchewan	Classe traditionnelle et classe inversée [§]; 12 à 18 mois Offert en anglais seulement
Les essentiels de l'amélioration de la pratique (EAP parties 1 et 2) Collège des médecins de famille du Canada	Atelier d'une demi-journée
Resident Quality Improvement Program (RQIP) Conseil de la qualité de la santé de la Saskatchewan	Classe inversée ; durée totale de 24 heures (qui peuvent être réparties sur un an ou deux) Offert en anglais seulement
Départements universitaires de médecine de famille	

[§] La classe inversée est une approche pédagogique hybride qui conjugue apprentissage en ligne et en classe.

Niveau intermédiaire	
Titre et fournisseur	**Renseignements additionnels**
Certificate Course Centre for Quality Improvement and Patient Safety (C-QuIPS)	Programme d'une durée de 10 mois (60 heures) offert en anglais seulement
Certificate in Investigating and Managing Patient Safety Events Conseil de la qualité de la santé de l'Alberta	Cours d'une durée de deux jours et demi offert en anglais seulement
Certificate in Patient Safety & Quality Management Course Conseil de la qualité de la santé de l'Alberta	Offert en personne et en ligne, en anglais seulement ; durée de sept à huit mois
Clinical Quality Improvement Program (CQIP) Conseil de la qualité de la santé de la Saskatchewan	Classe inversée et modules en ligne ; programme d'une durée de 10 mois offert en anglais seulement
Clinician Quality Academy BC Patient Safety & Quality Council	Programme en personne offert en anglais seulement ; cinq jours de séances en résidence, neuf jours de séances en classe ; huit mois pour réaliser un projet d'ACQ
Excellence in Quality Improvement Certificate Program (EQUIP) Faculté de médecine de l'Université de Toronto	Cours avancé offert en anglais seulement ; cinq jours en personne (répartis sur une période de neuf mois)
IDEAS Advanced Learning Program (ALP) IDÉES (Programme pour l'excellence à travers tous les secteurs)	Cinq mois Offert en anglais seulement
Les essentiels de l'amélioration de la pratique Collège des médecins de famille du Canada	Atelier d'une demi-journée
Niveau de base/intermédiaire	
Titre et fournisseur	**Renseignements additionnels**
FORCES : Programme de formation pour cadres Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé	Offert en anglais et en français ; programme d'une durée de 14 mois
Faculty Resident Co-Learning Curriculum in Quality Improvement Centre for Quality Improvement and Patient Safety (C-QuIPS)	Deux ateliers offerts en anglais seulement
IHI Open School Online Courses Institute for Healthcare Improvement	Offre des programmes de certificat en anglais seulement
Quality Improvement Programs Toward Optimized Practice (TOP)	Cours en personne offert en anglais seulement ; quatre jours (par tranches de deux jours, à deux semaines d'intervalle)

Tableau 4 : Cours et programmes de facilitation de la pratique

Programmes de facilitation de la pratique	
Amélioration continue de la qualité Réseau-1 Québec	
Agency for Healthcare Research and Quality Primary Care Practice Facilitation (AHRQ) • EvidenceNOW • Developing Curriculum and training, • Webinars Études de cas et enseignements titrés, facilitateurs de la pratique en ACQ (Livre blanc, Guide de démarrage rapide, Conseils)	
Alberta Health Services • AIM Alberta Health Change Methodologies (HCM) • Better Choices Better Health (BCBH) Collaboration for Change Initiative (CCI)	
CoMPAS+ Réseau-1 Québec	Durée de l'atelier : jusqu'à une journée complète
Primary Care Quality Practice Facilitation Program Centre de santé communautaire Pinecrest-Queensway	Durée : 6–24 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 Conseil de la qualité de la santé de l'Alberta

Jour 2 : Volet des intervenants provinciaux

La deuxième journée du Symposium a été axée sur l'avancement de la collaboration au sein des provinces et entre elles dans le but de promouvoir l'ACQ en médecine familiale et en soins primaires à la grandeur du Canada. Au nombre des intervenants clés figuraient des représentants des ministères de la Santé provinciaux et territoriaux, des conseils de qualité des services de santé, des sections provinciales du CMFC, des départements de médecine de famille et d'autres organisations nationales[**]. Des représentants de l'Alberta, de la Colombie-Britannique, de l'Île-du-Prince-Édouard, du Manitoba, du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse, de l'Ontario, du Québec, de la Saskatchewan, de Terre-Neuve-et-Labrador et des Territoires du Nord-Ouest étaient présents.

La matinée a été consacrée à des présentations de représentants de plusieurs organisations canadiennes et américaines et d'une organisation suédoise ainsi que de représentants des patients. Ces présentations ont donné un aperçu des programmes efficaces mis en œuvre partout au pays, dont certains sont appuyés et financés par des gouvernements provinciaux. Consacré à des discussions entre provinces, l'après-midi a été pour les principaux intervenants une occasion de discuter de leurs programmes et de planifier la meilleure façon d'aborder et de faire progresser l'ACQ en médecine familiale et en soins primaires sur leurs territoires respectifs. Plus particulièrement, on a demandé aux provinces de s'entendre sur une vision pour 2020, d'en définir les buts pour les 18 prochains mois et d'établir les mesures de suivi à prendre.

La structure du rapport sur le déroulement du Symposium est basée sur le programme de la journée.

Réflexions d'un patient

Les présentations ont débuté avec les réflexions d'un patient, Donald Lepp, qui a fait part de son expérience personnelle et a insisté sur les points suivants :

- Les soins de santé, c'est essentiellement une question de relations
  - La communication permet d'établir des relations qui, à leur tour, instaurent la confiance
- Les efforts de chacun font toute la différence
  - Certaines personnes ont continuellement fait un effort supplémentaire
  - Ces personnes ont littéralement sauvé sa famille
- Les patients peuvent être des agents de changement
  - Les patients sont de plus en plus avertis
  - Est-ce que l'opinion des patients, marquée au coin du bon sens, peut triompher de l'idéologie ?

Perspective mondiale : Primary Care Quality Sweden

La présentation d'Ulrika Elmroth, responsable du projet Primary Care Quality Sweden de l'Association suédoise des collectivités locales et des régions, a apporté une perspective mondiale. Mme Elmroth a souligné que d'importants facteurs favorisent l'amélioration :

- La coopération des organisations et autorités professionnelles

[**] La liste complète des organisations représentées figure à l'annexe B.

- La collecte automatique des données, en utilisant la documentation structurée existante des DMÉ
- Les données probantes et les valeurs fondamentales des soins primaires
- Le respect de la loi : flux de données
- Du soutien pour les usagers

Le paysage de l'ACQ au Canada

Les présentateurs invités ont décrit plusieurs programmes provinciaux d'ACQ en médecine familiale et en soins primaires.

Qualité des services de santé Ontario : Lee Fairclough

Le rôle de Qualité des services de santé Ontario est de générer une amélioration significative des soins de santé :

- Établir des partenariats avec les patients
- Établir des liens et renforcer les capacités en ACQ, soutenir la mise en œuvre
- Suivre de près les variations dans la qualité et en faire rapport

Trois types de leviers pour le changement à grande échelle :

- Type 1 : Mécanisme de production de résultats
  - Gestion des cibles de rendement, mesures incitatives compensatoires, réglementation, concurrence
- Type 2 : Soutien proactif
  - S'appuie sur le renforcement de la motivation intrinsèque du personnel à réaliser les bons changements pour susciter l'amélioration
- Type 3 : Approche axée sur les gens
  - Éducation et formation, contrats nationaux, réglementation professionnelle, qualité clinique

Conseil de la qualité de la santé de la Saskatchewan : Dennis Kendel

<u>Clinical Quality Improvement Program (CQIP)</u>

- À la fin du programme, les médecins seront en mesure de :
  - Diriger et faciliter des projets d'ACQ
  - Agir à titre de consultants internes relativement au travail lié à l'ACQ
  - Enseigner les outils et méthodes d'amélioration clinique
- Composantes du programme :
  - Préparation guidée et travail préalable au cours
  - Apprentissage en classe inversée
  - Périodes d'action
  - Accompagnement professionnel

Rapports sur les clientèles de patients

- Conçus pour fournir aux médecins des renseignements sur la population ou clientèle de patients à laquelle ils dispensent des soins
- L'offre initiale est spécifiquement destinée aux 1200 médecins de famille de la Saskatchewan

Remaniement des soins primaires

- L'objectif est de réduire la dépendance aux soins intensifs de courte durée en renforçant les soins en équipe à l'hôpital et dans la communauté, et en appliquant une approche fondée sur les données probantes pour le transfert des patients d'une équipe à l'autre (transitions de soins de grande qualité)

Agents d'amélioration continue de la qualité pour les GMF-U du Québec : Jean-Luc Tremblay

Dans la continuité de sa présentation de la veille, Jean-Luc Tremblay a parlé plus en détail du cadre de gestion des agents d'ACQ dans les GMF-U du Québec.

Coordination et soutien au niveau provincial :

- Le CIUSSS de la Capitale-Nationale a été chargé par la province d'assurer soutien et coordination aux agents d'ACQ en poste dans les GMF-U.
- Le conseiller-cadre appuie la consolidation d'une culture d'ACQ dans les GMF-U.
- Un comité consultatif guide le conseiller-cadre relativement aux priorités stratégiques.

Ce qui fonctionne bien :

- Communications régulières émanant du conseiller-cadre en ACQ
- Une communauté de pratique virtuelle très active réunissant les agents d'ACQ
- Création du comité consultatif du conseiller-cadre en ACQ
- Direction locale dans chaque GMF-U pour déterminer, prioriser et coordonner les projets d'ACQ ; consultation au niveau local et stratégies de partenariat pour les activités d'ACQ

Ce qui pourrait être fait différemment :

- Embauche du conseiller-cadre au moins six mois avant l'arrivée des premiers agents d'ACQ pour faciliter leur intégration en collaboration avec les différents partenaires
- Développement et mise en œuvre d'un mécanisme de rétroaction quantitative et qualitative lié aux activités et résultats des projets d'ACQ

Alberta Medical Association (AMA) : Arvelle Balon-Lyon

Vision :

Inciter tous les médecins et toutes les équipes des cliniques de l'Alberta à contribuer à la création d'un système de soins intégré. Pour réaliser cet objectif, du soutien en matière de gestion du changement est offert aux médecins par l'intermédiaire des programmes de l'ACTT (Accelerating Change Transformation Team) de l'AMA. Le programme de gestion du changement pour les médecins et leurs équipes compte 69 membres.

Cinq objectifs stratégiques des programmes de l'AMA :

- Gouvernance responsable et efficace
- Centre de médecine de famille
- Solides partenariats et transitions des soins
- Besoins en matière de santé de la communauté et de la population
- Voisinage médical

Rôle de l'équipe de gestion du changement de l'AMA :

- Soutenir les médecins qui sont chefs de file en Alberta
- Donner de la formation aux facilitateurs de la pratique et aux médecins champions sur les trousses de changement, sur les tactiques clés visant l'engagement et l'influence, et sur les outils et méthodes visant la qualité
- Rassembler des réseaux pour partager les apprentissages
- Soutenir les conseils d'administration et les chefs de file dans les 42 réseaux de soins primaires
- Soutenir les comités de zone provinciaux
- Stratégie provinciale

British Columbia Patient Safety Quality Council – Clinician Quality Academy : Andrew Wray

But du programme : Donner aux participants la capacité de diriger efficacement des interventions relatives à la qualité et la sécurité dans le processus d'amélioration de la qualité des soins.

Domaines de programme : Améliorer la qualité et la sécurité ; penser en termes de processus et de systèmes ; mobiliser les autres ; instaurer le changement ; mesure et utilisation des données ; innovation, expansion et durabilité.

Réussites : Soixante et onze diplômés, rétroaction extrêmement positive et amélioration autodéclarée des compétences et de la confiance.

Défis : Temps pour appliquer les compétences à des projets ; engagement attendu des participants ; soutien en dehors du programme ; investissement au niveau des mentors.

L'ACQ étayée par les données : Tara Kiran

Tara Kiran a fait une présentation sur l'amélioration guidée par les données, expliquant le parcours de l'unité universitaire de médecine familiale de l'Hôpital St. Michael depuis sept ans. Elle a fait part de cinq réflexions se rapportant à ce parcours :

- Écouter les patients
- Avoir une vue d'ensemble
- Utiliser les données pour comprendre le problème
- Voir plus loin que le total
- Prioriser ce qui est important

Elle a émaillé son récit d'exemples d'initiatives d'amélioration liées à l'accès en temps opportun, au dépistage du cancer, aux ordonnances à risque élevé, à la centralité du patient et à l'équité. Elle a conclu en s'interrogeant sur les possibilités de soutenir, à l'avenir, l'utilisation des données par les médecins à des fins d'apprentissage et d'amélioration.

Programmes de formation et d'éducation en ACQ et en facilitation de la pratique : Faits saillants du 1er jour

Bill Hogg a fait une brève présentation dans laquelle il a souligné les principaux points qui avaient été discutés la veille, pendant le volet « facilitation de la pratique » et la séance de l'après-midi, relativement aux cours et programmes d'ACQ offerts au pays.

Départements de médecine de famille de tout le Canada : Faits saillants du 1er jour

Dans leur brève présentation, Elizabeth Muggah et Donna Manca ont souligné les principaux points qui avaient été discutés la veille, pendant le volet « résidence ».

Autres activités liées à l'ACQ au Canada

Réseaux de recherche basée sur la pratique

Michelle Greiver a fait une présentation sur UTOPIAN dans laquelle elle a souligné les principales stratégies du réseau, ses réalisations majeures et les orientations futures du RRBP.

Principales composantes :

- Quatorze unités d'enseignement et environ 400 cliniques, 1500 enseignants et un million de patients
- Le réseau offre du soutien pour la recherche sur les soins primaires (facilitateurs de la pratique, gestion et analyse des données, cours sur les méthodes de recherche/la rédaction)
- Il a créé le UTOPIAN Data Safe Haven, une base de données composée de dossiers de patients extraits des DMÉ des cliniques de soins primaires participantes (plus de 550 000 dossiers de patients en 2018)

Principales stratégies et réalisations majeures :

- Nous tirons parti de l'excellence en matière de soins cliniques, d'ACQ et de recherche en :
  - Améliorant l'accès à notre clinique – laboratoires vivants pour la recherche clinique
  - Fournissant un dépôt central de données sécurisé (Data Safe Haven)
  - Renforçant les capacités et les compétences requises pour la recherche
  - Facilitant le processus de recherche de grande qualité
- Soixante-neuf chercheurs formés via le cours *Idea to Proposal*
- Data Safe Haven : plus de 550 000 dossiers extraits des DMÉ
- Recherche clinique ; plus de 25 projets en cours

Orientations futures :

- Continuer de contribuer à la culture de curiosité en soins primaires en augmentant la participation à la recherche — données des DMÉ et recherche clinique

Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires (RCSSSP) : outil de présentation des données (OPD)

Sabrina Wong a présenté un aperçu du réseau, de ses fonctions et des données qu'il recueille.

- Statistiques
  - 1,8 million de patients au Canada
  - 1250 cliniques
  - 12 RRBP répartis dans huit provinces et un territoire
  - Certaines données de DMÉ datent de 2003
  - Créé en 2008
  - 12,5 M $ de financement de l'ASPC
- Fonctions
  - Les fonctions du RCSSSP sont axées sur l'ACQ (clinique, niveau provincial-territorial), la surveillance des maladies chroniques et la recherche
- Données : Profil du fournisseur, données sociodémographiques du patient ; maladie/état de santé ; rencontres ; facteurs de risque ; examen ; médicaments prescrits ; tests de laboratoire ; aiguillages ; techniques

Tables rondes provinciales : Faits saillants des discussions et plans émergents

Lors des discussions des représentants provinciaux et territoriaux, les groupes devaient définir des objectifs pour assurer la progression du travail lié à l'ACQ sur leurs territoires respectifs, résumer leur vision et proposer des objectifs à court et à long terme.

Alberta

Le groupe s'est engagé à chercher à mieux comprendre ce qui compte vraiment pour les médecins de soins primaires afin de les intéresser à la conversation relative à l'ACQ et d'améliorer l'expérience des fournisseurs de soins. Comme les autres provinces, l'Alberta s'efforcera de conclure des ententes avec les fournisseurs de DMÉ afin de libérer et de fusionner les données pour en faciliter l'accès. Finalement, la province cherche des moyens de stimuler l'engagement des patients et du public à l'aide d'outils d'enquête évolués.

Un objectif majeur est ressorti des discussions : explorer la recomposition d'un comité central de coordination pour partager les expériences, relever les défis, canaliser les efforts de plaidoyer et fournir une tribune provinciale permettant aux intervenants concernés d'informer les autres des travaux en cours se rapportant à l'ACQ.

D'ici 2020, l'Alberta aura :

- Résolu la question de la propriété des données avec les fournisseurs de DMÉ et aura réduit ou supprimé les frais d'extraction des données
- Fait progresser les rapports/services offerts par le RCSSSP/ l'HQCA partout en Alberta et dans les réseaux de soins primaires
- Accru l'intérêt des médecins de famille et de leurs équipes de soins primaires à l'égard de l'ACQ
- Encouragé et reconnu les efforts en matière d'ACQ
- Accru l'engagement des patients

Au cours des 18 prochains mois, l'Alberta :

- Rétablira le centre de coordination provincial
- Mettra en œuvre des efforts de plaidoyer visant à concilier les objectifs nationaux et provinciaux et ceux des réseaux de soins primaires en matière d'ACQ
- Explorera les possibilités d'accroître l'offre de formation et de facilitation de la pratique (ou encadrement professionnel)

Provinces de l'Atlantique et Territoires du Nord-Ouest

Les membres du groupe ont souligné la nécessité de transmettre les informations et connaissances acquises pendant le Symposium aux autres parties intéressées dans leurs régions. Faisant écho aux buts indiqués par les autres intervenants, le groupe a insisté sur la nécessité de créer une stratégie coordonnée, au niveau provincial ou régional, en procédant à une analyse des besoins et en engageant les intervenants, tant le gouvernement que les médecins de première ligne et les patients. Cette évaluation des besoins permettra de créer une proposition de valeur et servira de base pour inciter les ministères concernés et les autorités de santé à accorder davantage de ressources (à la fois financières et humaines).

D'ici 2020, les provinces de l'Atlantique et les Territoires du Nord-Ouest auront :

- Mieux fait connaître et comprendre ce que signifie l'ACQ en médecine familiale et en soins primaires
- Établi la liste des partenaires et des intervenants clés dans le domaine de l'ACQ dans leurs provinces et territoires respectifs et défini clairement les rôles et responsabilités
- Formulé une stratégie en matière d'ACQ dans leurs provinces et territoires

Au cours des 18 prochains mois, les provinces de l'Atlantique et les Territoires du Nord-Ouest :

- Inciteront le CMFC et d'autres organisations nationales à soutenir l'avancement de l'ACQ dans les provinces et territoires
- Clarifieront les rôles et responsabilités des intervenants clés travaillant dans le domaine de l'ACQ dans les régions
- Commenceront à renforcer les capacités en matière de facilitation de la pratique
- Engageront les patients et les familles dans la discussion portant sur la stratégie d'ACQ

Colombie-Britannique

Le groupe a souligné le fait qu'il serait judicieux d'assurer une meilleure coordination des activités d'ACQ afin de soutenir celles en cours et celles qui seront entamées à l'avenir dans la province. À cette fin, il

faudrait assurer la diffusion à l'échelle provinciale de messages cohérents et harmonisés aux médecins de famille dans le but d'encourager un changement de culture.

D'ici 2020, la Colombie-Britannique aura :

- Résolu la question de la propriété des données avec le fournisseur de DMÉ et rendu les données accessibles
- Établi la liste des principaux acteurs et décrit les rôles et responsabilités de chacun afin de réduire les cloisonnements
- Centralisé le soutien et les efforts de plaidoyer

Au cours des 18 prochains mois, la Colombie-Britannique :

- Démontrera au Ministère la valeur de l'ACQ et de l'infrastructure qui la soutient, dans l'espoir d'éviter qu'elles fassent l'objet de coupures budgétaires
- Entreprendra l'élaboration d'une analyse des coûts et d'une proposition de valeur pour soutenir les efforts de plaidoyer
- Explorera les possibilités de facilitation de la pratique

Manitoba

Le groupe a parlé de la nécessité d'effectuer une analyse contextuelle pour répertorier les ressources disponibles dans la province et recenser les éventuelles lacunes. Un plan d'action serait élaboré à partir de cette évaluation. Les stratégies pourraient, selon ce qui a été suggéré, comprendre différentes séances destinées aux médecins (dont le format varierait d'une séance d'une heure sur l'heure du midi à un atelier d'une journée complète). Le groupe a reconnu accomplir de grandes choses à partir de l'actuel plan stratégique de la province et a parlé du besoin toujours ressenti en matière d'ACQ. Il a également répertorié les possibilités de financement par l'intermédiaire des réseaux affiliés au Réseau pancanadien de la SRAP sur les innovations en soins de santé de première ligne et intégrés (ISSPLI).

D'ici 2020 :

- Le Manitoba disposera d'un plan pour coordonner et mettre en œuvre l'ACQ au moyen d'équipes interdisciplinaires de soins primaires, qui comportera une stratégie de marketing avec différents niveaux d'intensité de l'information basés sur la réceptivité au changement

Au cours des 18 prochains mois, le Manitoba :

- Effectuera une analyse du contexte local pour synthétiser ce qui est déjà disponible pour soutenir l'ACQ et recenser les lacunes
- Déterminera une stratégie pour réaliser des activités d'ACQ, tout en faisant en sorte que les médecins privilégient une approche locale, par étapes, plutôt que d'entreprendre des projets à court terme sans aucun lien entre eux
- Améliorera la coordination de l'ACQ par l'intermédiaire de réseaux qui impliquent tous les intervenants, comme le Réseau ISSPLI

Ontario

Le groupe s'est fixé un objectif ambitieux : « D'ici mars 2020, nous voulons que le nombre de cliniques de soins primaires qui participent à l'ACQ ait augmenté de 30 p. cent ». Comme premières étapes, il a suggéré de réunir tous les enseignements tirés des initiatives mises en œuvre jusqu'à maintenant et de publier un état de l'ACQ au Canada qui servira de catalyseur des discussions. Il a également été suggéré que l'on pourrait développer une appli d'ACQ, qui relierait les médecins et leurs équipes de soins de santé à un facilitateur et fournirait un cadre pour aborder des thèmes spécifiques (p. ex., la campagne Choisir avec soin). Pour atteindre ces objectifs, des efforts de plaidoyer en faveur de l'ACQ sont indispensables afin de nous assurer d'un soutien soutenu, en particulier concernant les ressources de gestion du changement.

D'ici 2020, l'Ontario aura :

- Créé des stratégies provinciales et défini les priorités pour l'ACQ en médecine familiale et en soins primaires
- Invité l'Alberta Medical Association à s'entendre avec l'Ontario Medical Association afin de faire pression pour l'obtention de ressources de gestion du changement pour les médecins de famille
- Étoffé le RCSSSP en tant que dépôt central de données

Au cours des 18 prochains mois, l'Ontario :

- Optimisera l'utilisation des DMÉ et réglera les problèmes avec les fournisseurs de DMÉ
- Commencera à élaborer des stratégies pour faire participer les médecins de famille et leurs équipes de soins de santé aux activités d'ACQ (p. ex., par l'entremise de champions locaux)
- Commencera à élaborer une stratégie de plaidoyer provinciale pour obtenir du financement et des ressources

Québec

Le groupe a insisté sur la nécessité d'éviter la duplication des efforts et sur l'importance de partager les ressources offertes en dehors des GMF-U. Les participants s'entendaient pour dire que la collaboration est essentielle pour la réalisation des objectifs provinciaux et que, dans la province, tous les principaux acteurs doivent être sur la même longueur d'onde et travailler à définir un objectif commun. Pour arriver à une collaboration plus étroite, la première étape était d'élaborer un énoncé de position et de recueillir les commentaires des partenaires provinciaux concernés. La deuxième étape était de s'entendre pour organiser au Québec en 2019 une journée de symposium en collaboration avec le Collège québécois des médecins de famille.

D'ici 2020, le Québec aura :

- Obtenu une bonne compréhension de l'impact de la phase 2 du déploiement des agents d'amélioration continue de la qualité (AACQ) dans la province
- Veillé au partage des connaissances liées aux outils et ressources d'ACQ qui existent dans la province
- Assuré qu'il y a suffisamment de possibilités d'éducation et de formation en ACQ
- Assuré qu'il existe une collaboration entre les agents d'ACQ et la recherche

- Garanti la pérennité de la présence des facilitateurs de la recherche via le Réseau de recherche axée sur les pratiques de première ligne (RRAPPL)

Au cours des 18 prochains mois, le Québec :

- Rédigera un énoncé de position et élaborera une stratégie axée sur les prochaines étapes pour la province
- Tiendra une journée de symposium sur l'ACQ en 2019 au Québec
- Effectuera une consultation et élaboré une stratégie intégrée pour l'accès aux données
- Réalisera une évaluation des produits offerts par les différents fournisseurs de DMÉ
- Élaborera une stratégie pour accroître la participation des médecins de famille et de leurs équipes de soins de santé aux activités d'ACQ

Saskatchewan

Le groupe a souligné la nécessité de coordonner les efforts déployés au niveau provincial en matière d'ACQ et de grouper les activités d'érudition se rapportant à l'ACQ. Dans l'immédiat, le groupe s'est engagé à établir, comme prochaine étape, un comité provincial sur l'ACQ dans les soins primaires et à trouver des membres provenant de toute la province pour ce comité. Celui-ci contribuera à la formulation d'objectifs et de repères clairs en matière d'ACQ. On a beaucoup insisté sur la nécessité de réduire les cloisonnements et de renforcer les capacités en matière d'ACQ dans les soins primaires.

D'ici 2020, la Saskatchewan aura :

- Adapté le Resident Quality Improvement Program (RQIP)[††] à la médecine familiale
- Amélioré la capacité des DMÉ
- Promu et pleinement déployé le RCSSSP à la grandeur de la province
- Établi un comité de coordination pour grouper les activités d'érudition se rapportant à l'ACQ

Au cours des 18 prochains mois, la Saskatchewan :

- Clarifiera les rôles en définissant le leadership et la structure de gouvernance appropriée
- Développera des indicateurs pour comprendre les progrès réalisés
- Assurera la promotion et le progrès du RCSSSP à la grandeur de la province
- Explorera la possibilité d'associer des crédits de FMC aux activités et initiatives liées à l'ACQ (p. ex., séances de type « Power Hour »)

Table nationale et internationale

En plus des représentants provinciaux et territoriaux, des représentants de différentes organisations nationales et internationales étaient présents. Ce groupe a repris à son compte les commentaires formulés par les autres représentants et a souligné l'important rôle dévolu aux établissements universitaires dans les initiatives d'ACQ en soins primaires. Il a été suggéré que le fait d'intégrer et d'harmoniser ces initiatives avec celles qui sont mises en œuvre par les provinces pourrait améliorer les résultats des patients et faire diminuer les coûts du système de santé.

[††] Ce programme est présentement offert en partenariat avec le Conseil de la qualité des services de santé de la Saskatchewan et le bureau de la formation médicale postdoctorale de la Faculté de médecine de l'Université de la Saskatchewan.

D'ici 2020, à l'échelle nationale :

- Le nombre de cliniques de soins primaires qui participent aux activités d'ACQ (pratique et apprentissage de l'ACQ) aura augmenté de 30 p. cent.
- Des mesures quantitatives standard auront été fixées pour la médecine familiale et les soins primaires.
- Les cliniques de médecine familiale auront défini les compétences en ACQ.
- Il existera un répertoire central des projets d'ACQ terminés qui pourrait servir de ressource à l'échelle nationale.
- Une appli d'accompagnement en ACQ aura été développée pour soutenir les activités d'ACQ et mettre les gens en relation avec des facilitateurs en ACQ.

Thèmes des discussions et aperçu du plan d'action

Il est ressorti des discussions qui ont suivi les présentations qu'il y a rapprochement marqué des idées et que les défis à relever sont semblables d'un bout à l'autre du pays. Les principaux thèmes qui se sont dégagés des discussions provinciales se divisent en six grandes catégories et, à la fin de la journée, un bel élan semblait avoir été donné aux principaux moteurs de changement. Les participants ont insisté sur l'importance d'instaurer un dialogue entre les organisations et de collaborer à l'échelle nationale pour faire progresser la qualité en médecine familiale et en soins primaires et améliorer la santé des Canadiens et Canadiennes.

- Démontrer la valeur et l'impact des activités d'ACQ pour susciter l'engagement des acteurs provinciaux et nationaux

  On a convenu qu'il était urgent de démontrer la valeur et l'impact des activités d'ACQ propres à la médecine familiale et aux soins primaires. Démontrer la valeur de l'ACQ et de l'infrastructure qui l'appuie aux ministères fédéral, provinciaux et territoriaux pourrait être une façon d'éviter les coupures budgétaires et d'obtenir un financement soutenu. On pourrait démontrer la valeur ajoutée et l'importance de l'ACQ en préparant des propositions de valeur et une analyse des coûts.

- Élaborer une stratégie et une approche coordonnées en matière d'ACQ à l'échelle provinciale/territoriale et nationale

  Même si les problèmes et les besoins propres à chaque province sont nombreux, il ressort du Symposium que les similitudes entre elles sont beaucoup plus nombreuses. Un important message à retenir était qu'il est nécessaire de mener des efforts de plaidoyer concertés pour concilier les buts provinciaux/territoriaux et nationaux.

  - Réduire le chevauchement des tâches et les cloisonnements

    Plusieurs provinces se disaient préoccupées par le fait que différents groupes tentent de renforcer les capacités du système en matière d'ACQ ; ces efforts entraînent un risque de cloisonnements et de chevauchement des tâches. Pour remédier à ce problème, il faudrait faire des efforts soutenus aux niveaux local, régional et provincial/territorial pour identifier les acteurs clés et définir les différents rôles et responsabilités de chacun. On pourrait à cette fin créer des comités provinciaux/territoriaux incluant des représentants des organisations présentes au Symposium (et d'autres organisations qui n'étaient pas présentes, mais qui ont été

identifiées comme acteurs clés) afin de partager l'information et de fournir des mises à jour sur les activités en cours.

- Créer des objectifs généraux

  Adopter un indicateur national général ou un indicateur pour chaque province et territoire serait une façon de lancer un appel clair à l'action et aiderait à concentrer les efforts de plaidoyer. Par exemple, les représentants de l'Ontario ont proposé ceci comme objectif : « D'ici mars 2020, nous voulons que le nombre de cliniques de soins primaires qui participent à l'ACQ ait augmenté de 30 p. cent ».
  Pour définir et formuler des objectifs aussi fermes, il serait utile d'avoir un rapport sur la situation de l'ACQ au Canada. Comprendre où en sont les différentes régions pour ce qui est de leur travail sur l'ACQ renforcerait également les efforts de plaidoyer provinciaux/territoriaux.

- Améliorer l'accessibilité et l'utilisation des données pertinentes pour le travail lié à l'ACQ

  Tous les représentants provinciaux et territoriaux ont insisté pour dire à quel point il est important d'avoir accès à des données significatives et de pouvoir les utiliser. Ces données comprennent celles axées sur la pratique qui proviennent de sources comme les DMÉ et la facturation ainsi que d'autres sources telles que les sondages auprès des patients, les bases de données administratives et les entrevues. Comme l'a illustré l'exemple de la Suède, la force que confère l'accès à des données significatives est incontestable.

  - Fournisseurs de DMÉ et de données

    Toutes les provinces ont soulevé les problèmes qu'elles rencontrent avec les fournisseurs de DMÉ et l'accès à leurs données. Dans l'immédiat, le principal objectif des efforts de plaidoyer menés à l'échelle provinciale, territoriale et nationale devrait être de résoudre la question des droits de propriété du fournisseur et s'assurer que les données sont accessibles à tous les fournisseurs de soins primaires du pays.

  - Formation relative aux données des DMÉ

    Parce qu'ils contiennent des données exhaustives qui peuvent être utilisées pour soutenir les activités d'ACQ, les DMÉ sont une ressource précieuse pour les médecins de famille et leurs équipes de soins de santé. Cependant, comme l'ont souligné certains participants, l'ACQ nécessite des données significatives et de grande qualité, ce qui est possible seulement si les données recueillies sont saisies dans un format standardisé et uniforme. Nous avons besoin de formation pour garantir la fiabilité de la collecte des données. Même si du soutien est offert à cette fin — comme l'ont reconnu les participants —, il se peut que les médecins de famille ne soient pas informés des programmes existants. Il serait donc nécessaire de faire mieux connaître ces ressources, par des efforts de marketing plus dynamiques par exemple.

  - Exploiter le Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires (RCSSSP)

    On a reconnu le potentiel du RCSSSP de rendre disponibles des quantités appréciables de ressources et d'outils pour l'ACQ à la grandeur du pays. Ce réseau aide les médecins et les équipes de santé familiale à nettoyer leurs données et leur offre de la formation de base à cet effet. Ce ne sont pas tous les participants qui étaient au courant des services qu'offre le RCSSSP, ce qui démontre la nécessité d'un effort coordonné pour publiciser les ressources et les outils connexes.

- Répertorier et grouper le travail effectué aux fins de l'ACQ dans chaque province

  La Saskatchewan, le Manitoba et les provinces de l'Atlantique ont évoqué la nécessité d'effectuer une analyse contextuelle à l'échelle locale afin de recenser les progrès réalisés et les lacunes éventuelles à combler. Ce type d'évaluation des besoins locaux synthétiserait les ressources existantes pour soutenir l'ACQ et permettrait de trouver des partenaires provinciaux et de définir leurs rôles. En s'appuyant sur cette analyse, il serait possible d'élaborer des objectifs concrets et une stratégie provinciale rationalisée.

  Le CMFC peut fournir des référentiels et des outils à l'appui de la création d'une telle stratégie. Il a été déterminé qu'un cadre génératif axé sur les forces et visant à transmettre l'impulsion partout au pays constituerait une façon possible de promouvoir l'ACQ en soins primaires. Cette approche aiderait les groupes provinciaux à reconnaître leurs points forts et à en tirer profit ainsi qu'à mettre en lumière les actions qui correspondent à leurs aspirations.

- Inciter à l'adoption d'une culture d'ACQ et de pratique réflexive pour stimuler les médecins de première ligne et leurs équipes
  - Comprendre ce qui importe vraiment aux fournisseurs de soins primaires

    Au moins trois provinces ont mentionné qu'il fallait mieux comprendre ce qui est important pour les médecins de leur région quand vient le temps d'élaborer des stratégies de changement. L'identification des points d'irritation dans la pratique peut favoriser l'adoption de l'ACQ, créer une main-d'œuvre en meilleure santé, améliorer la qualité des soins pour les patients et faire diminuer les coûts de soins de santé. En outre, la démarche des fournisseurs de soins primaires qui s'engagent davantage et font entendre leurs voix correspond au quadruple objectif : améliorer l'expérience de travail des fournisseurs de soins.

  - Impliquer le patient et être à l'écoute de la famille

    Au fil des séances, on a insisté sur la nécessité de donner une place centrale aux voix des patients et de leurs familles. Il a été convenu qu'au fil de la démarche du CMFC et des groupes provinciaux, il sera nécessaire de définir la meilleure façon d'obtenir les opinions des patients et de leurs familles, de les intégrer et d'en tirer parti pour étoffer les arguments en faveur du travail lié à l'ACQ dans les soins primaires.

  - Reconnaître les efforts en matière d'ACQ

    Différents groupes ont souligné l'importance de reconnaître les efforts en matière d'ACQ. Plusieurs suggestions ont été faites quant à la manière de concrétiser cette reconnaissance ; par exemple, en faisant des vérifications de la pratique en ACQ, en offrant une reconnaissance visible pour la participation à l'ACQ (p. ex., attribution de prix dans le cadre du FMF) et en encourageant l'application de crédits Mainpro+^{MD} pour l'ACQ.

- Partager et mettre en valeur les ressources et outils d'ACQ partout au pays

  Il est indispensable de partager les ressources et outils existants pour appuyer et soutenir le renforcement des capacités et le plaidoyer en faveur de l'ACQ partout au Canada. Tout au long des présentations et des discussions, les participants ont partagé leurs connaissances sur les ressources existantes et envisagées pour soutenir les activités d'ACQ. Un consensus s'est dégagé sur le fait que la sensibilisation aux ressources et outils existants est cruciale et qu'un répertoire serait le meilleur

outil à cette fin. On a estimé que le CMFC devrait héberger une telle plateforme et créer des communautés de pratique pour soutenir ces efforts.

- Facilitation de la pratique

  Pour soutenir les médecins de famille et leurs équipes de soins de santé, l'Alberta, la Colombie-Britannique et le Québec ont investi dans des programmes de formation des facilitateurs de la pratique. Les expériences qu'ils ont mises en commun ainsi que la recherche démontrent que les programmes de ce type dégagent un important retour sur investissement et qu'ils produisent d'efficaces améliorations des processus, qui améliorent la qualité des soins. Plusieurs provinces ont convenu qu'outre la formation au nettoyage et à l'utilisation des données des DMÉ, il serait utile d'investir dans la formation de facilitateurs de la pratique. À court terme, il a été suggéré que les champions locaux pourraient donner l'élan initial dans les provinces et territoires qui n'ont pas encore exploré ce modèle.

- Soutien en matière de gestion du changement

  Plusieurs provinces ont mentionné qu'elles avaient besoin de plus de ressources en gestion du changement pour soutenir les efforts visant à faire progresser l'ACQ en soins primaires.

Conclusion et prochaines étapes

Le Symposium s'est conclu sur l'expression d'une volonté de continuer à collaborer pour faire progresser l'ACQ et la facilitation de la pratique en médecine familiale et en soins primaires à tous les niveaux. Les participants ont reconnu l'occasion qui s'offrait à eux de renforcer et de diffuser les pratiques décrites dans le cadre de cet événement national, au bénéfice de l'ensemble de la population canadienne.

- Intensifier les efforts de plaidoyer au niveau provincial pour l'obtention de ressources de soutien pour l'ACQ en médecine familiale et en soins primaires
- Intensifier le plaidoyer à la grandeur du pays dans le but d'assurer l'accès aux données des DMÉ aux fins de l'ACQ
- Créer un guide pour aider les programmes de résidence à intégrer l'ACQ et la recherche dans leurs cursus, clarifier ce qu'impliquent ces compétences et proposer des idées pour les enseigner et les évaluer
- Explorer les mesures incitatives sous forme de crédits de DPC pour la participation à des activités liées à l'ACQ dans la pratique quotidienne

Évaluation du symposium

Le 28 septembre, un sondage a été envoyé à tous les participants pour évaluer l'impact du Symposium et planifier les prochaines étapes. En voici les faits saillants :

- Le taux de réponse a été de 26 pour cent.
- Cinquante-quatre pour cent des répondants étaient d'avis que ce symposium ferait progresser l'ACQ en médecine familiale au Canada.
- Quarante-huit pour cent étaient fortement d'accord et quarante pour cent étaient d'accord pour dire que le Symposium leur avait fait découvrir des ressources d'ACQ qui existent en dehors de leur province et qu'ils ne connaissaient pas auparavant.
- Quarante-sept pour cent convenaient que le Symposium avait permis de forger de nouvelles collaborations dans et entre les provinces.
- Quarante-cinq pour cent convenaient que le Symposium avait renforcé les collaborations et les partenariats existants.
- Soixante-neuf pour cent étaient fortement d'accord avec l'idée que le CMFC a un rôle de première importance à jouer dans l'organisation de telles rencontres.

Annexes

Annexe A – Ordre du jour du Symposium sur l'ACQ

Le 24 septembre 2018

VOLET 1 – FACILITATION DE LA PRATIQUE (Salle A)

Heure	Sujet	Responsable du groupe
8 h à 9 h	Déjeuner et inscription	
9 h à 9 h 20	• Mot de bienvenue et aperçu des activités de la journée • Aperçu de l'Initiative d'amélioration de la pratique (Pii)	• Maria Judd (FCASS) • Yves Couturier (Réseau-1 Québec) • Jean-Sébastien Paquette (Université Laval) • José Pereira (CMFC)
9 h 20 à 9 h 45	Facilitation de la pratique : données probantes et propagation	Bill Hogg (Université d'Ottawa)
9 h 45 à 10 h 30	Facilitation de la pratique : Modèles et ressources • Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) • Toward Optimized Practice (TOP) • Champlain, Ontario • Agents d'amélioration continue de la qualité (ACQ) dans les groupes de médecine de famille universitaires (GMF-U), Québec	Eileen Patterson (facilitatrice) Présentateurs • Robert McNellis (AHRQ) • Arvelle Balon-Lyon (TOP) • Bill Hogg (Champlain, Ontario) • Jean-Luc Tremblay (Agent d'ACQ pour les GMF-U du Québec)
10 h 30 à 10 h 50	Pause	
10 h 50 à 11 h 40	Rôles des facilitateurs de la pratique : Spécialistes ou touche-à-tout ? • Facilitateur en ACQ • Facilitateur en DMÉ • Facilitateur en recherche • Rôle hybride	Eileen Patterson (facilitatrice) Présentateurs • Robert McNellis (AHRQ) • Mark Watt (TOP) • Michelle Greiver (UTOPIAN) • Annie Leblanc (Université Laval) • Édith Bernier (Agente d'ACQ au GMF-U de Maria du CISSS de la Gaspésie, au Québec)
11 h 40 à 12 h 15	Facilitation de la pratique : Cartographier les compétences	Eileen Patterson (facilitatrice)
12 h 15 à 13 h	Dîner	
13 h à 14 h	Prochaines étapes	Eileen Patterson et José Pereira (facilitateurs)
14 h à 14 h 30	Pause	

VOLET 2 – L'ACQ ET LA RECHERCHE DANS LES PROGRAMMES DE RÉSIDENCE EN MÉDECINE FAMILIALE (Salle B)

Heure	Sujet	Responsable du groupe
8 h à 9 h	Déjeuner et inscription	
9 h à 9 h 45	• Mot de bienvenue et aperçu des activités de la journée • Aperçu de l'Initiative d'amélioration de la pratique (Pii) • Projet GIFT de la Section des résidents	• Nancy Fowler (CMFC) • Ivy Oandasan (CMFC) • Deirdre Snelgrove (CMFC) • Kelsi Cole (Section des résidents)
9 h 45 à 10 h 30	ACQ, données et recherche – Objectifs d'apprentissage : Examiner le travail accompli à ce jour et proposer des éléments de réflexion supplémentaires (pour les résidents et les médecins qui exercent depuis moins de cinq ans)	Ivy Oandasan (CMFC, facilitatrice)
10 h 30 à 10 h 50	Pause	
10 h 50 à 11 h 15	Méthodes d'apprentissage et d'évaluation de l'ACQ : Perspectives du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada	Roger Wong (Collège royal)
11 h 15 à 11 h 50	ACQ, données et recherche – Méthodes d'apprentissage • Perspectives des départements de médecine de famille de tout le pays • Qu'est-ce qui est réaliste pendant la résidence en médecine familiale et au cours des cinq premières années de pratique ?	Travail en groupe : Remue-méninges d'idées et de concepts Facilitatrices : • Ivy Oandasan (CMFC) • Elizabeth Muggah (Université d'Ottawa)
11 h 50 à 12 h 15	Résumés des travaux des groupes	
12 h 15 à 13 h	Dîner	
13 h à 13 h 05	Considérations sur les méthodes d'évaluation	Brent Kvern (CMFC)
13 h 05 à 13 h 30	ACQ, données et recherche – Méthodes d'évaluation : Résidence et cinq premières années de pratique de la médecine familiale : Mettre le processus en marche	Travail en groupe : Remue-méninges d'idées et de concepts Facilitateurs : • Ivy Oandasan (CMFC) • Donna Manca (Université de l'Alberta)
13 h 30 à 13 h 45	Rapport des groupes de discussion	Rapporteur
13 h 45 à 14 h	Possibilités de collaboration et prochaines étapes	Ivy Oandasan (facilitatrice)
14 h à 14 h 30	Pause	

SÉANCE CONJOINTE DE L'APRÈS-MIDI – VOLET « COURS D'ACQ » (Salle A)

Heure	Sujet	Responsable
14 h 30 à 14 h 40	Mot de bienvenue	José Pereira (CMFC)
14 h 40 à 15 h	Qu'est-ce qu'il y a au menu ? Cours d'ACQ, niveaux de base, intermédiaire et avancé	Eileen Patterson (facilitatrice) Présentatrice : • Alexandra Salekeen (CMFC)
15 h à 16 h	Briefings-éclairs I • IDÉES et QUORUM : Qualité des services de santé Ontario • Programme de formation en qualité et en sécurité des patients (ICSP) • Conseil de la qualité de la santé de l'Alberta • C-QuIPS, coapprentissage et cours de certificat	Eileen Patterson (facilitatrice) Présentateurs • Joshua Tepper (Qualité des services de santé Ontario) • Maryanne D'Arpino (ICSP) • Tony Mottershead (Conseil de la qualité de la santé de l'Alberta) • Joanne Goldman (C-QuIPS)
16 h à 16 h 10	Pause	
16 h 10 à 17 h 10	Briefings-éclairs II • CQIP et LILT : Conseil de la qualité de la santé de la Saskatchewan • Clinician Quality Academy : British Columbia Patient Safety and Quality Council (BCPSQC) • Apprendre aux résidents l'utilisation des DMÉ • Programme de leadership pour l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients, École de gestion Telfer	Eileen Patterson (facilitatrice) Présentateurs • Shari Furniss (HQC Saskatchewan) • Andrew Wray (BCPSQC) • Noah Crampton (Apprendre aux résidents l'utilisation des DMÉ) • Catherine Caron (diplômée du cours avancé, École de gestion Telfer)
17 h 10 à 17 h 30	Prochaines étapes	Eileen Patterson et José Pereira (facilitateurs)

LE 25 SEPTEMBRE 2018 – SYMPOSIUM NATIONAL

Heure	Sujet	Responsable
8 h à 9 h	Déjeuner et inscription	
9 h à 9 h 20	• Mot de bienvenue et aperçu des activités de la journée • Un aperçu de l'Initiative d'amélioration de la pratique (Pii) du CMFC • Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé : Initiatives en soins primaires	• Guillaume Charbonneau (CMFC) • José Pereira (CMFC) • Jennifer Zelmer (FCASS)
9 h 20 à 9 h 30	Réflexions d'un patient	Donald Lepp
	Période de questions	Danny Nashman (facilitateur)

Heure	Sujet	Responsable
9 h 30 à 9 h 55	Perspective mondiale : L'expérience de l'ACQ	Ulrika Elmroth (Association suédoise des collectivités locales et des régions)
9 h 55 à 10 h 45	Groupe de discussion : Le paysage de l'ACQ au Canada	• Joshua Tepper (Qualité des services de santé Ontario) • Dennis Kendel (Conseil de la qualité de la santé de la Saskatchewan) • Jean-Luc Tremblay (Agents d'amélioration continue de la qualité pour les GMF-U du Québec) • Arvelle Balon-Lyon (Toward Optimized Practice, Alberta) • Andrew Wray (British Columbia Patient Safety Quality Council)
	Période de questions	Danny Nashman (facilitateur)
10 h 45 à 11 h	Pause	
11 h à 11 h 25	ACQ étayée par les données	Tara Kiran (Université de Toronto)
11 h 25 à 12 h 30	Groupe de discussion : Autres activités d'ACQ au Canada • Facilitation de la pratique • Départements de médecine de famille et programmes de résidence • Aperçu de la formation en ACQ • RRBP • Outils de présentation des données du RCSSSP (OPD)	Danny Nashman (facilitateur) • Bill Hogg (Université d'Ottawa) • Elizabeth Muggah (Université d'Ottawa) • Donna Manca (Université de l'Alberta) • Michelle Greiver (Université de Toronto) • Sabrina Wong (RCSSSP)
	Période de questions	Danny Nashman (facilitateur)
12 h 30 à 13 h 15	Dîner et réseautage	
13 h 15 à 14 h 15	Discussions provinciales : Que pouvons-nous faire collectivement pour progresser à cet égard ?	Une table pour chaque province sera installée et les participants s'assoiront autour pour discuter
14 h 15 à 14 h 55	Faits saillants des discussions provinciales	Rapports des groupes
14 h 55 à 15 h 15	Pause	
15 h 15 à 16 h	Discussions provinciales : Les participants se réunissent à nouveau pour poursuivre les discussions	Rapports des groupes
16 h à 16 h 30	Prochaines étapes et clôture du Symposium	• Guillaume Charbonneau (CMFC) • José Pereira (CMFC)

Annexe B - Participants

		24 septembre		25 septembre
Organisation/Université	**Province**	**Résidence**	**Facilitation de la pratique**	
Université de l'Alberta	Alb.	3	3	6
Université de Calgary	Alb.	3	-	3
Université de la Colombie-Britannique	C.-B.	3	1	4
Université du Manitoba	Man.	3	2	5
Université Memorial	T.-N.-L.	2	-	2
Université Dalhousie	N.-É.	2	-	2
Université McMaster	Ont.	4	1	5
Université d'Ottawa	Ont.	3	2	5
École de médecine du Nord de l'Ontario	Ont.	1	-	1
Université de Toronto	Ont.	3	6	9
Université Queen's	Ont.	3	-	3
Université Western	Ont.	1	1	2
Université McGill	Qc	2	1	3
Université de Sherbrooke	Qc	2	3	5
Université Laval	Qc	3	3	6
Université de Montréal	Qc	2	2	4
Université de la Saskatchewan	Sask.	2	2	4
Université de l'Île-du-Prince-Édouard	Î.-P.-É.	-	1	1
Toward Optimized Practice	Alb.	-	2	2
Alberta Health Services	Alb.	-	2	2
Health Innovation Group	Alb.	-	1	1
Conseil de la qualité de la santé de l'Alberta	Alb.	Jour 2	2	2
British Columbia Patient Safety & Quality Council	C.-B.	-	1	
Health Data Coalition of BC	C.-B.	Jour 2	1	1
Programme de cybersanté du Manitoba	Man.	-	1	
Collège des médecins et chirurgiens du Manitoba	Man.	-	1	
Santé, Aînés et Vie active du Manitoba	Man.	-	1	
Office régional de la santé de Winnipeg	Man.	-	1	1
Institut manitobain sur la sécurité des patients	Man.	-	1	1
Conseil de la qualité de la santé du Nouveau-Brunswick	N.-B.	Jour 2	1	1
Régie de la santé de la Nouvelle-Écosse	N.-É.	Jour 2	2	2
Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador	T.-N.-L.	Jour 2	1	1
Family Practice Renewal Program	T.-N.-L.	-	2	2

		24 septembre		25 septembre
Organisation/Université	**Province**	**Résidence**	**Facilitation de la pratique**	
Fort Smith NWT Health and Social Services Authority	T.N.-O.	-	1	1
UTOPIAN	Ont.	-	1	1
Sunnybrook Health Science Centre	Ont.	-	1	1
Ontario MD	Ont.	-	1	1
Centre de médecine familiale Bruyère	Ont.	-	1	1
Institute for Quality Management in Healthcare	Ont.	-	1	1
Qualité des services de santé Ontario	Ont.	-	2	2
Institut canadien pour la sécurité des patients	Î.-P.-É.	-	1	1
Agente d'amélioration continue de la qualité (ACQ)	Qc	-	1	1
Réseau-1 Québec	Qc	-	1	1
GMF-U du Québec	Qc	-	1	1
PARS3	Qc	-	1	1
Conseil de la qualité de la santé de la Saskatchewan	Sask.	-	2	2
Practice Enhancement Program of Saskatchewan	Sask.	-	1	1
Forces armées canadiennes	Sask.	-	-	1
Université de Buffalo	É.-U.	-	1	
Agency for Healthcare Research and Quality	É.-U.	-	1	
Association suédoise des collectivités locales et des régions	SUÈDE	-	1	1
Fédération des ordres des médecins du Canada	CANADA	-	-	1
Société de la médecine rurale du Canada	CANADA	-	1	1
SoinsSantéCAN	CANADA	-	1	
Institut canadien d'information sur la santé	CANADA	-	3	
Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé	CANADA	-	3	3
RCSSSP	CANADA	-	2	2
Choisir avec soin Canada	CANADA	-	2	2
CMFC	CANADA			
Conseil d'administration du CMFC	CANADA	0	1	1
Section des résidents du CMFC	CANADA	1	1	1
Sections provinciales du CMFC	CANADA			

Annexe C – Compétences en facilitation de la pratique

Compilation des compétences organisationnelles en facilitation de la pratique, telle que présentée au Symposium du CMFC sur l'ACQ

Organisation	Compétences	
Agency for Healthcare Research and Quality	Compétences de base • Maîtrise des contenus : Connaissance des soins primaires, du changement organisationnel • Compétences pratiques : Méthodes d'ACQ, utilisation des technologies d'information sur la santé, facilitation de réunions Domaines de connaissances et de compétences • Connaissances fondamentales : Amélioration des soins primaires, changement organisationnel, principes du CMF, contexte des soins primaires • Compétences générales : Méthodes d'ACQ de base, évaluation de la pratique, gestion de réunions • Compétences spécialisées : Utilisation des technologies d'information sur la santé, ingénierie des méthodes de travail • Compétences professionnelles, connaissances et engagement : Communication efficace, développement de la confiance, formation continue Normes professionnelles • Transparence • Autoévaluation • Engagement envers la formation continue • Engagement envers l'ACQ	
Alberta Medical Association (TOP)	Contexte global des soins primaires Amélioration de la qualité : compétences de base • Modèle d'amélioration • Tests PFÉA • Comprendre la variation du système • Utiliser les données pour guider les décisions • Expansion, maintien et diffusion Modalités d'influence : compétences de base • Leadership et facilitation • Inciter les autres à s'engager • Former une équipe • Résoudre les conflits • Diriger des rencontres efficaces Optimiser le Centre de médecine de famille et l'intégration • Clientèle de patients et continuité • Soins en équipe • Soins organisés fondés sur les données probantes • Soins centrés sur le patient • Accès aux soins • Coordination des soins • Intégration du système • Soutiens du système	ACQ : compétences avancées • Approfondissement des connaissances, compétences et habiletés de niveau 1 • Cartographie de la chaîne de valeur • La qualité en tant que stratégie opérationnelle • Analyse des tâches cognitives Modalités d'influence : compétences avancées • Gestion du changement transformationnel • Diffusion des innovations • Influencer les systèmes adaptatifs complexes • Influencer la modification du comportement clinique

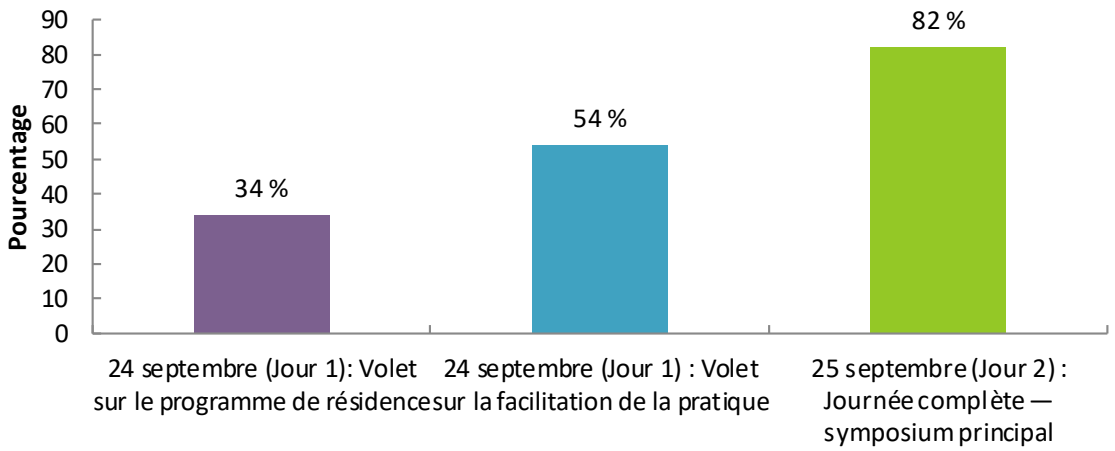
Organisation	Compétences
UTOPIAN	Compétences • Plateformes informatiques (MS Word, Power Point, Excel, etc.) • Logiciels statistiques (SPSS, R) • Outils de sondage : Qualtrix, logiciel d'analyse qualitative : Nvivo Habiletés • Excellentes habiletés interpersonnelles et de communication • Autonomie • Capacité de gérer de multiples projets de recherche ; recrutement ; revue de la littérature ; rédaction ; présentations ; formulaires de demande auprès du CER ; gestion de projets ; coordination avec les cliniques ; contacter les patients ; faire des recherches dans les DMÉ
Programme de facilitation de la recherche axée sur le patient, Qc	En cours d'évaluation des habiletés requises/souhaitables des facilitateurs du Programme de facilitation de la recherche axée sur le patient au moyen d'une initiative appliquée, basée sur la pratique, dans le but d'élaborer un programme d'intégration des facilitateurs
Expérience d'une agente d'ACQ dans un groupe de médecine familiale du Québec	Leadership • Faciliter l'identification des priorités des GMF-U en matière d'ACQ • Faciliter la prise de décisions par consensus au sein de l'équipe • Diriger les initiatives visant les priorités convenues • Soutenir le changement par des suivis et des encouragements • Consolider la culture d'ACQ Gestion de projets • Commencer, planifier, coordonner, exécuter, contrôler, évaluer Organisation rigoureuse des tâches • Coordonner les divers projets, maintenir des plans d'action clairs et détaillés, respecter les capacités dans l'environnement Travail d'équipe Aptitudes à l'écoute • Ouverture à l'égard de tous les intervenants participant aux projets d'ACQ (usagers, apprenants, décideurs locaux, médecins et autres professionnels) Communication • À l'interne et à l'externe Créativité Intelligence émotionnelle • Reconnaître et maîtriser ses émotions, composer avec les émotions des autres Création de partenariats

Annexe D – Évaluation post-Symposium et rétroaction

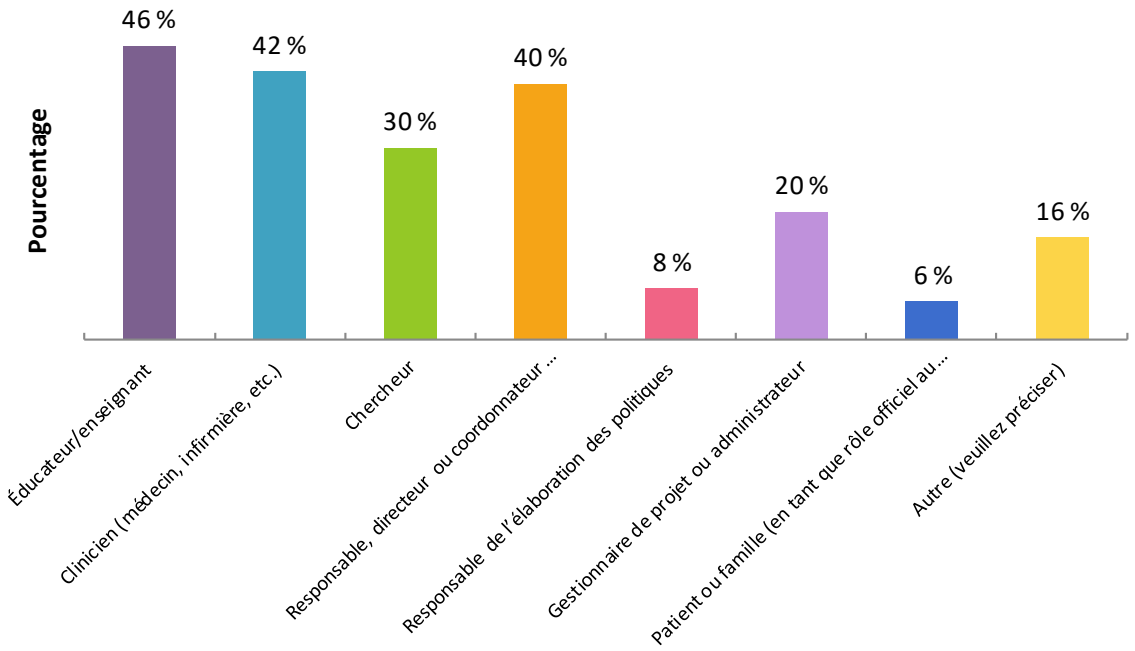
On a demandé aux participants de remplir une évaluation post-symposium. Les commentaires recueillis étaient largement positifs. Le rapport détaillé est disponible sur demande.

Taux de réponse global : 26 pour cent (50/194 répondants)

1. Taux de réponse par volet :

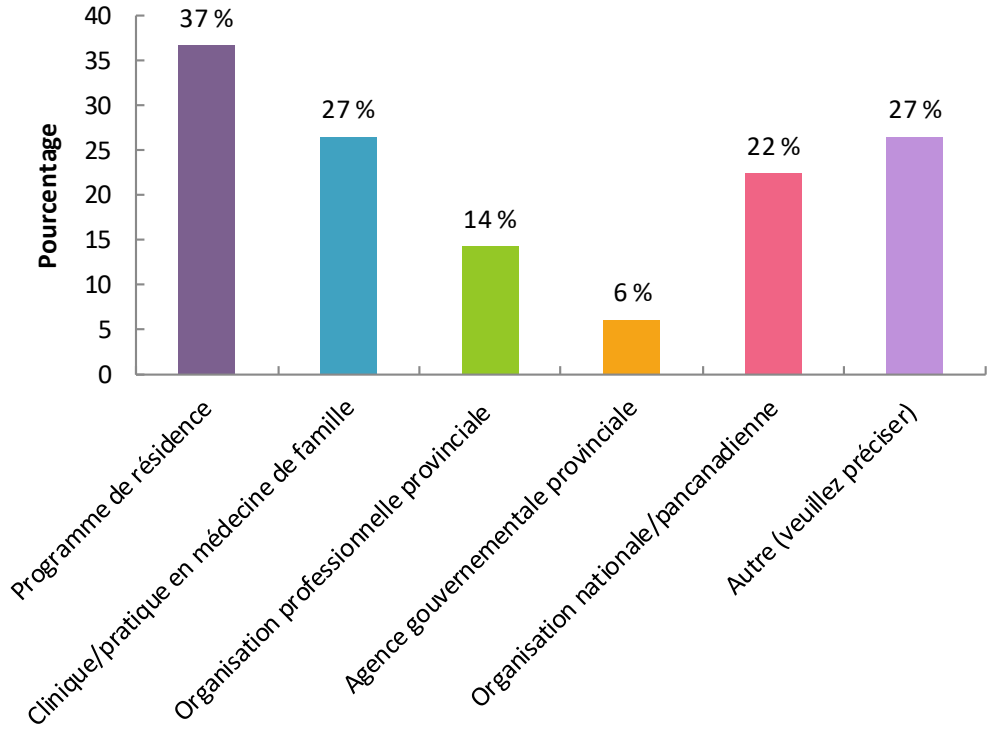


2. Répondants au questionnaire d'évaluation : Rôle des participants



Les autres participants (les 16 pour cent restants) se sont identifiés comme des consultants, des spécialistes en matière de qualité, des directeurs de programme, des médecins à la retraite et des agents d'amélioration continue de la qualité (Québec).

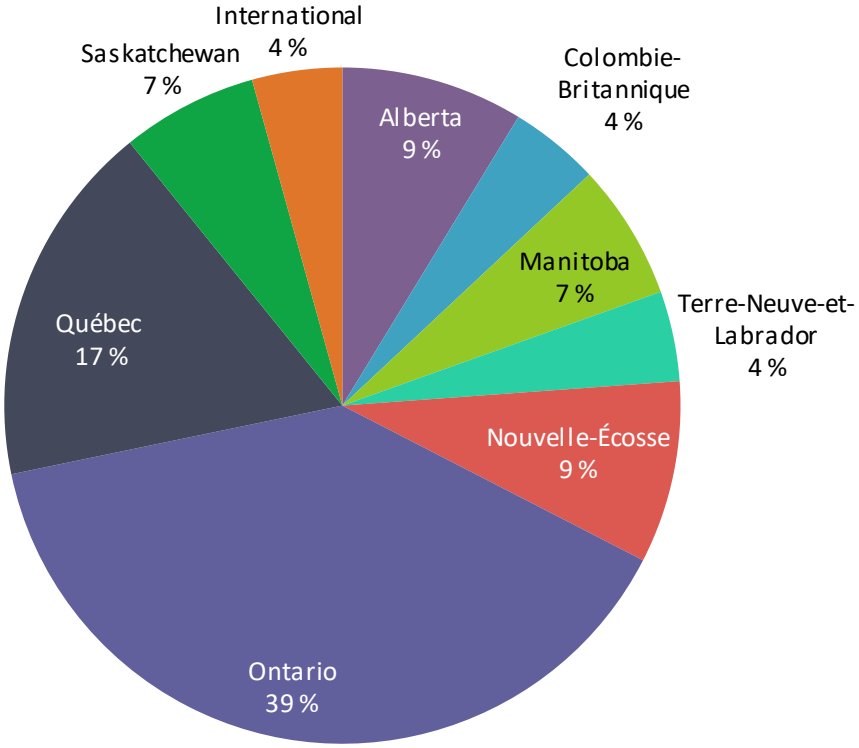
3. Affiliation des participants :



<u>Autre :</u>

- Section provinciale du CMFC
- Centre de recherche
- Département de médecine de famille
- Département de médecine de famille
- Directrice du RRAPPL et directrice du comité amélioration qualité du département de médecine de famille
- RRBP
- Renouvellement des soins primaires
- Programme de facilitation de la pratique en ACQ (Université d'État de New York)
- Réseau-1 Québec
- Filiale de l'OMA agissant au nom des ministères provinciaux de la Santé
- Consultant américain
- Responsable de la qualité et de la sécurité – études prédoctorales
- Université de Toronto, programme de recherche

4. Représentation régionale (basée sur les réponses au sondage) :



4. Degré d'accord avec les énoncés suivants :

	Fortement en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Fortement en accord	Sans objet	Réponses
En général, le Symposium fera avancer l'amélioration continue de la qualité (ACQ) dans le programme, la pratique ou le service où je travaille.	-	-	16,3 %	44,9 %	32,7 %	6,1 %	49
En général, le Symposium fera avancer l'amélioration continue de la qualité (ACQ) en médecine de famille dans ma province.	-	-	28,6 %	42,9 %	24,5 %	4,1 %	49
En général, le Symposium fera avancer l'amélioration continue de la qualité (ACQ) en médecine de famille au Canada.	-	-	16,7 %	54,2 %	27,1 %	2,1 %	48
J'ai appris des choses sur les activités et les ressources relatives à l'ACQ dans ma province que je ne connaissais pas.	-	24,5 %	16,3 %	36,7 %	20,4 %	2,0 %	49
J'ai appris des choses sur les activités et les ressources relatives à l'ACQ à l'extérieur de ma province que je ne connaissais pas.	-	6,3 %	4,2 %	39,6 %	47,9 %	2,1 %	48
Le Symposium m'a aidé à forger de nouvelles collaborations avec d'autres personnes ou organisations de ma province.	-	12,2 %	8,2 %	46,9 %	26,5 %	6,1 %	49
Le Symposium m'a aidé à renforcer les collaborations	-	10,2 %	12,2 %	44,9 %	28,6 %	4,1 %	49

	Fortement en désaccord	En désaccord	Neutre	En accord	Fortement en accord	Sans objet	Réponses
existantes au sein de ma province.							
Le symposium m'a permis d'élaborer de nouvelles étapes à franchir.	-	10,6 %	19,1 %	51,1 %	14,9 %	4,3 %	47
Le Symposium a permis d'élaborer de nouvelles étapes pour faire avancer l'ACQ en médecine de famille au Canada.	-	4,1 %	20,4 %	46,9 %	22,4 %	6,1 %	49
Le Collège des médecins de famille du Canada a un rôle clé à jouer dans la tenue de rencontres comme ce symposium.	-	-	6,1 %	22,4 %	69,4 %	2,0 %	49
J'ai appris beaucoup des présentations en plénières en général.	-	2,0 %	10,2 %	51,0 %	32,7 %	4,1 %	49
J'ai appris beaucoup des présentations des panélistes en général.	-	2,0 %	12,2 %	53,1 %	28,6 %	4,1 %	49
Les tables rondes provinciales ont été généralement efficaces pour faire avancer les collaborations	-	12,2 %	14,3 %	34,7 %	34,7 %	4,1 %	49