

[AQ]

Enseigner l'**amélioration de la qualité**
aux résidents en médecine

ROGER Y.M. WONG



COLLÈGE ROYAL
DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DU CANADA

© Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015.

Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, électronique ou mécanique, y compris la photocopie, l'enregistrement ou tout autre mode de stockage ou de consultation de l'information, sans en obtenir au préalable l'autorisation de l'éditeur. Les demandes d'autorisation doivent être acheminées au Service d'élaboration et de diffusion des produits éducatifs du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada à l'adresse educationalproducts@collegeroyal.ca.

ISBN 978-1-926588-36-0

Table des matières

Avant-propos : La voie vers des soins de qualité est pavée par la formation médicale axée sur l'amélioration de la qualité

La perspective du clinicien

Préface

Remerciements

L'auteur

Comment utiliser ce document

[01] L'amélioration de la qualité (AQ) dans le secteur de la santé : de quoi s'agit-il, et pourquoi devrait-on s'en soucier?

[02] Définir les compétences à enseigner dans un programme d'études axé sur l'AQ

[03] Définir les objectifs d'apprentissage

[04] Conception du programme et choix des modes d'enseignement

[05] Programme modèle : les fondements de l'AQ

[06] Programme modèle : AQ intermédiaire

[07] Programme modèle : AQ avancée

[08] Évaluation des compétences en AQ

[09] Évaluation du programme d'études

[10] Quelques conseils pour faciliter la transition

Bibliographie et lectures suggérées

Ressources complémentaires

Glossaire

Liste des schémas

Outil pédagogique 1 — Fondements de l'AQ

Outil pédagogique 2 — Grille d'AQ

Outil pédagogique 3 — Ateliers sur L'AQ

Outil d'évaluation 4 — Programme d'autoévaluation

Outil d'évaluation 5 — Exemple d'outil d'application des connaissances et compétences en AQ (QIKAT-R)

Outil d'évaluation 6 — Fiche de pointage équilibrée

Avant-propos : La voie vers des soins de qualité est pavée par la formation médicale axée sur l'amélioration de la qualité

La pratique de la médecine a fondamentalement changé. L'interaction entre le patient et un unique praticien est chose du passé depuis déjà longtemps. La santé est désormais un système complexe, une symphonie entre des professionnels compétents et les gens qui doivent se faire soigner. Et nous savons maintenant que cette entreprise du XXI^e siècle ne produit plus toujours des résultats idéaux – pour d'innombrables raisons, les résultats pour les patients sont souvent moins bons que ce que l'on pourrait espérer. Parfois, les professionnels de la santé ne reçoivent pas une formation adéquate pour les préparer à offrir les meilleurs soins qui soient dans leur milieu de pratique. Mais, en présence de tant d'éléments dynamiques et interdépendants influençant le secteur de la santé, que pouvons-nous faire pour améliorer les soins aux patients? Comment doit-on préparer la nouvelle génération de médecins pour qu'ils survivent – voire qu'ils s'épanouissent – dans un système comme le nôtre? Bienvenue dans la science de la sécurité et de la qualité des soins.

Plusieurs rapports et publications d'importance peuvent nous guider dans cette croisée des chemins entre la formation médicale et la science de la qualité. Qu'il s'agisse de *To Err is Human* (2000) ou de *Crossing the Quality Chasm* (2001), tous deux de l'Institute of Medicine aux États-Unis, ou de *Canadian Adverse Events Study* (Baker et coll., 2004), pour ne nommer que ces ouvrages, plusieurs écrits ont permis aux médecins de comprendre l'ampleur du défi qui se présente à nous. Des pionniers tels D.M. Berwick, P. B. Batalden, E.S. Holmboe, et d'autres comme G.J. Langley, R. Moen et leurs collègues, ont éclairci pour les professionnels de la médecine les notions fondamentales de la science de la qualité. Des mouvements tels « Choisir avec soin » ont aussi braqué les projecteurs sur les domaines d'amélioration qui s'imposent dans notre pratique. Par conséquent, des innovations en formation médicale ont été mises en œuvre afin de produire des professionnels adéquatement formés pour continuellement améliorer le système dans lequel ils sont submergés (Wong, Etchells et coll., 2010; Patow, Karpovich et coll., 2009).

Le temps est venu de placer la science de la qualité au centre même de la formation médicale. Partout dans le monde, des organismes tels le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et l'Accreditation Council for Graduate Medical Education ont établi de nouvelles normes pour l'enseignement et l'évaluation qui tiennent compte de notions axées sur la qualité. En effet, le Collège royal publie cette année, de concert avec ses partenaires, une nouvelle version de son référentiel de compétences pour les médecins : CanMEDS 2015 est le cadre qui définit les rôles et les compétences des médecins ainsi que les jalons qu'ils doivent franchir afin de posséder les aptitudes des praticiens de la médecine du XXI^e siècle. Brian M. Wong et ses collègues se sont ainsi assurés de donner une place prépondérante à la qualité et la sécurité des patients dans le nouveau contenu de CanMEDS 2015.

Maintenant que nous avons défini de nouvelles normes de compétence dans le domaine de la science de la qualité et que nous reconnaissons la nécessité d'intégrer de telles notions dans la formation médicale, tout ce qu'il nous manque est une orientation pour aller de l'avant. Or, je suis heureux d'annoncer que les travaux novateurs de Roger Y.M ont été consignés dans les pages qui suivent. Le présent ouvrage tombe à point nommé. En tant qu'éducateurs, il nous faut miser sur les principes du Dr Wong contenus ici, et comprendre comment les adapter rapidement à nos propres programmes de formation.

Batalden et Davidoff l'ont affirmé, il faudra « les efforts incessants de tous » pour améliorer les soins de santé. Vous devez tous participer à ce virage fondamental. Merci d'avoir choisi de faire cette lecture des plus intéressantes; puisse-t-elle mener au rehaussement de la formation et à l'amélioration continue des soins prodigués par vous et vos diplômés.

Jason R. Frank, MD, MA(Ed), FRCPC
Directeur, Normes, formation et stratégies d'éducation spécialisée
Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada
Vice-président, département de la médecine d'urgence, Université d'Ottawa
Ottawa (Canada)

Références bibliographiques

- Baker GR, et al 2004. The Canadian Adverse Events Study: incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal* 2004;170(11):1678–86.
- Batalden PB and F Davidoff. What is “quality improvement” and how can it transform healthcare? *Quality and Safety in Health Care* 2007;16(1):2–3.
- Berwick DM. A primer on leading the improvement of systems. *British Medical Journal* 1996;312:619–622.
- Berwick DM. Continuous improvement as an ideal in health care. *New England Journal of Medicine* 1989;320(1):53–56.
- Choisir avec soin. Site Web consulté le 9 août 2015. www.choisiravecsoin.org/
- Frank, J.R., L.S. Snell, J. Sherbino, rédacteurs. *Le référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins*, Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015. Accès : www.royalcollege.ca/canmeds.
- Holmboe ES. 2010. Teamwork, Humility, and Servant Leadership. Chapter 7. in Batalden P. ed. *Lessons Learned in Changing Healthcare*. www.Longwoods.com. Consulté le 9 août 2015.
- Holmboe ES, P Batalden. Achieving the desired transformation: thoughts on next steps for outcomes based education. *Academic Medicine*, 16 juin 2015 (publié en ligne avant la version papier). Consulté le 9 août 2015.
- Institute of Medicine. *To Err is Human*. Washington, DC: National Academies Press; 2000.
- Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academies Press; 2001.
- Langley GJ, R Moen, KM Nolan, TW Nolan, CL Norman, LP Provost. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. San Francisco: Jossey-Bass; 2009.
- Patow CA, K Karpovich, LA Riesenber, J Jaeger, JC Rosenfeld, M Wittenbreer, JS Padmore. Residents' engagement in quality improvement: a systematic review of the literature. *Academic Medicine* 2009;81(12):1757–64.
- Wong BM, EE Etchells, A Kuper, W Levinson, KG Shojania. Teaching quality improvement and patient safety to trainees: a systematic review. *Academic Medicine* 2010;85(9):1425–1439.
- Wong, B., S. Ackroyd-Stolarz, M. Bukowskyj, L. Calder, A. Ginzburg, S. Microys, A. Stang, G. Wallace. *The CanMEDS 2015 Patient Safety and Quality Improvement Expert Working Group Report*. Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015. Accès : www.royalcollege.ca/canmeds.

La perspective du clinicien

C'est avec grand plaisir que je rédige un avant-propos à cet ouvrage. Le Dr Roger Wong mérite des félicitations pour ses travaux des dernières années. Il a conçu, pour l'enseignement de l'amélioration de la qualité aux résidents, un programme novateur décrit de façon détaillée dans le présent livre. Il a exercé une influence considérable sur les activités éducatives de notre programme de formation des résidents et sur la qualité des soins aux patients. Son programme a été adapté pour être utilisé dans nombre d'établissements en Amérique du Nord. En définitive, les programmes de résidence qui offrent ce programme sur l'amélioration de la qualité à leurs stagiaires prépareront mieux les médecins du futur à déceler les problèmes dans notre système de santé et à rechercher des solutions de manière proactive. Ces initiatives entraîneront des effets considérables sur les patients et le système de soins de santé.

Ce programme comprend plusieurs composantes novatrices. En premier lieu, j'apprécie la façon dont le Dr Wong a relié le processus de détermination des questions relatives à l'amélioration de la qualité à la médecine factuelle. La perspective de s'adonner à des activités d'amélioration de la qualité est souvent intimidante pour les résidents. En situant ces enjeux dans le contexte des soins cliniques, le Dr Wong a créé un programme que les résidents accueilleront certainement beaucoup plus favorablement. Deuxièmement, il est intéressant de voir comment il a intégré les compétences CanMEDS dans son programme. Il a réussi à traiter de chacun des rôles CanMEDS, pas uniquement de celui de leader. Ces travaux revêtent une importance capitale non seulement pour la formation des résidents, mais aussi pour l'éducation médicale en général. Maintes facultés de médecine, y compris la nôtre, procéderont à un réexamen de leurs programmes à la lumière du référentiel CanMEDS. Le fait que le programme du Dr Wong sur l'amélioration de la qualité est imbriqué dans les compétences CanMEDS augmentera considérablement la probabilité de son intégration complète dans les programmes d'études prédoctorales.

Enfin, la plupart des médecins exerceront au sein d'équipes de soins de santé dans l'avenir. Le programme axé sur l'amélioration de la qualité du Dr Wong cadre parfaitement dans la formation interprofessionnelle. Les stagiaires en médecine et d'autres disciplines peuvent être réunis pour apprendre les principes de l'amélioration de la qualité, prendre connaissance des contributions exceptionnelles que font les professionnels de chaque discipline aux soins des patients, et entreprendre l'apprentissage du travail efficace au sein d'une équipe de soins.

En résumé, le Dr Roger Wong mérite des félicitations pour le tour de force qu'il a réalisé. Nous sommes extrêmement fiers de ce qu'il a accompli.

Graydon S. Meneilly, MD, FRCPC, FACP, professeur et titulaire de la chaire Eric W. Hamber
Directeur du département de médecine, Université de la Colombie-Britannique, médecin-chef
et directeur du département de médecine, Vancouver Acute Services
Directeur régional, Vancouver Coastal Health et Providence Health Care

Préface

Le présent ouvrage est destiné aux éducateurs qui s'intéressent à l'amélioration de la qualité (AQ) qui œuvrent avec des médecins généralistes et spécialistes de toutes disciplines. Mon intention est d'offrir des conseils pratiques qui aideront les lecteurs à enseigner l'AQ d'une façon souple et durable, le tout en parallèle avec le référentiel CanMEDS. L'information présentée ici peut être adaptée à tout programme de formation. Comme il ne fait aucun doute, selon moi, que de nouvelles données et lignes directrices émergeront quant à la façon dont l'AQ peut être enseignée et mise en œuvre, je suis convaincu que ce document sera appelé à évoluer.

L'AQ n'est pas chose facile, et probablement encore plus difficile à enseigner aux résidents, notamment parce qu'aucun programme d'études propre à ce sujet n'a encore été établi, et ce, malgré le fait que l'AQ soit une compétence fondamentale obligatoire que doivent acquérir tous les médecins en vertu du rôle CanMEDS de leader. Par conséquent, les directeurs de programmes de résidence et les éducateurs de la santé souhaitant concevoir et offrir des cursus axés sur l'AQ doivent se résoudre à s'atteler à la tâche eux-mêmes.

Je comprends à quel point cela peut paraître intimidant, faisant moi-même face à un tel défi à l'Université de la Colombie-Britannique. Le présent dossier est la culmination de plusieurs années de travail ardu consacré à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un programme d'études sur l'AQ destiné aux résidents en médecine. Mon objectif est de définir une approche conviviale pour les éducateurs qui souhaitent mettre en place un programme pertinent en la matière ainsi que des modes d'évaluation connexes. En mettant à disposition le fruit de mes travaux, j'espère pouvoir éviter à d'autres la tâche ingrate de réinventer la roue.

Roger Y.M. Wong, BMSc, MD, FRCPC, FACP
Doyen associé, formation médicale postdoctorale
Professeur clinicien de médecine gériatrique,
Faculté de médecine, Université de la Colombie-Britannique

Remerciements

La rédaction de cet ouvrage n'aurait pas été possible sans le généreux soutien du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, plus précisément grâce à sa subvention CanMEDS pour le développement de la recherche accordée conjointement avec l'Associated Medical Services.

J'aimerais exprimer ma reconnaissance aux éducateurs cliniciens du Collège royal qui ont transmis leurs commentaires sur cet ouvrage à ses divers stades de rédaction, et toute ma gratitude à la D^{re} Anna Oswald et au D^r Brian Wong pour avoir partagé leurs précieuses observations et leur expérience.

Je remercie aussi vivement les équipes extraordinaires du Collège royal : CanMEDS et l'Unité du développement et de la diffusion des produits éducatifs. Je suis redevable au D^r Jason Frank pour sa clairvoyance dans l'élaboration de cette ressource, et à Patti O'Brien pour sa vision et ses conseils tout au long de la rédaction. J'aimerais aussi remercier Anne Moralejo pour son excellent travail d'édition et Kristopher Tharris pour son travail sur les outils. Enfin, merci à Wendy Jemmet et Cynthia Abbott pour leur participation aux débuts de cette publication, ainsi qu'à Caroline Clouston et Shelley Murdock qui ont recherché et obtenu les autorisations relatives aux droits d'auteur pour les nombreuses autres ressources qui constituent une valeur ajoutée à ce livre.

Je remercie également l'équipe du département de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique qui a joué un rôle central dans la mise en œuvre harmonieuse du programme axé sur l'AQ dans cette institution. Je ne saurais oublier tous les résidents et les membres du corps professoral qui m'ont fait parvenir leurs commentaires s'appuyant sur leurs propres expériences avec ce programme.

Pour terminer, je remercie du fond du cœur les membres de ma famille (Robert, Juanita, Josephine et Raphael) pour leur soutien inconditionnel.

L'auteur

Le D^r Roger Wong est doyen associé aux études médicales postdoctorales de la faculté de médecine et professeur clinicien à la division de médecine gériatrique du département de médecine de l'Université de la Colombie-Britannique (UCB).

Le D^r Wong est médecin consultant à l'Hôpital général de Vancouver où il a occupé le poste de chef du programme de consultation gériatrique de 1998 à 2014. Il a également fondé, à Vancouver, l'Acute Care for Elders Unit (ACE), unité de pointe de soins actifs pour les aînés, dont de nouvelles unités ont été établies à l'échelle nationale et ailleurs dans le monde. Il a été président de la Société canadienne de gériatrie de 2011 à 2013. Ses recherches cliniques se concentrent sur la médecine hospitalière pour les aînés vulnérables, notamment sur l'amélioration de la qualité dans les soins gériatriques de courte durée. Le D^r Wong est l'auteur de nombreuses publications sur la médecine gériatrique et l'éducation médicale, et a donné maintes conférences sur ces thèmes. Il a contribué à d'importants ouvrages de référence en médecine, comme *Oxford Textbook of Geriatric Medicine* (2016) et *Acute Care for Elders: A Model for Interdisciplinary Care* (2014). Il a occupé des postes de professeur invité dans des centres nationaux et à l'étranger.

Le D^r Wong a obtenu son doctorat en médecine avec distinction en recherche médicale de l'Université de l'Alberta, et a poursuivi sa formation postdoctorale et réalisé son stage de perfectionnement à cette même université. Il a reçu de nombreux prix en reconnaissance de l'excellence de son enseignement, dont le prix Killam pour l'enseignement de l'UCB en 2007, le prix Donald Richards Wilson du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, aussi en 2007, et le prix « Master Teacher » du département de médecine de l'UCB en 2012. Il a été admis à l'Académie canadienne des sciences de la santé en 2015, ainsi qu'à l'American College of Physicians en 2005.

Le D^r a également reçu de nombreux prix de reconnaissance de la Société Alzheimer de la Colombie-Britannique pour son travail de sensibilisation dans la collectivité.

Le programme sur l'amélioration de la qualité présenté dans cet ouvrage et dont il est fait mention dans des revues scientifiques revues par des pairs est utilisé à l'UCB depuis 2005 pour enseigner à des centaines de résidents en médecine interne.

Comment utiliser ce document

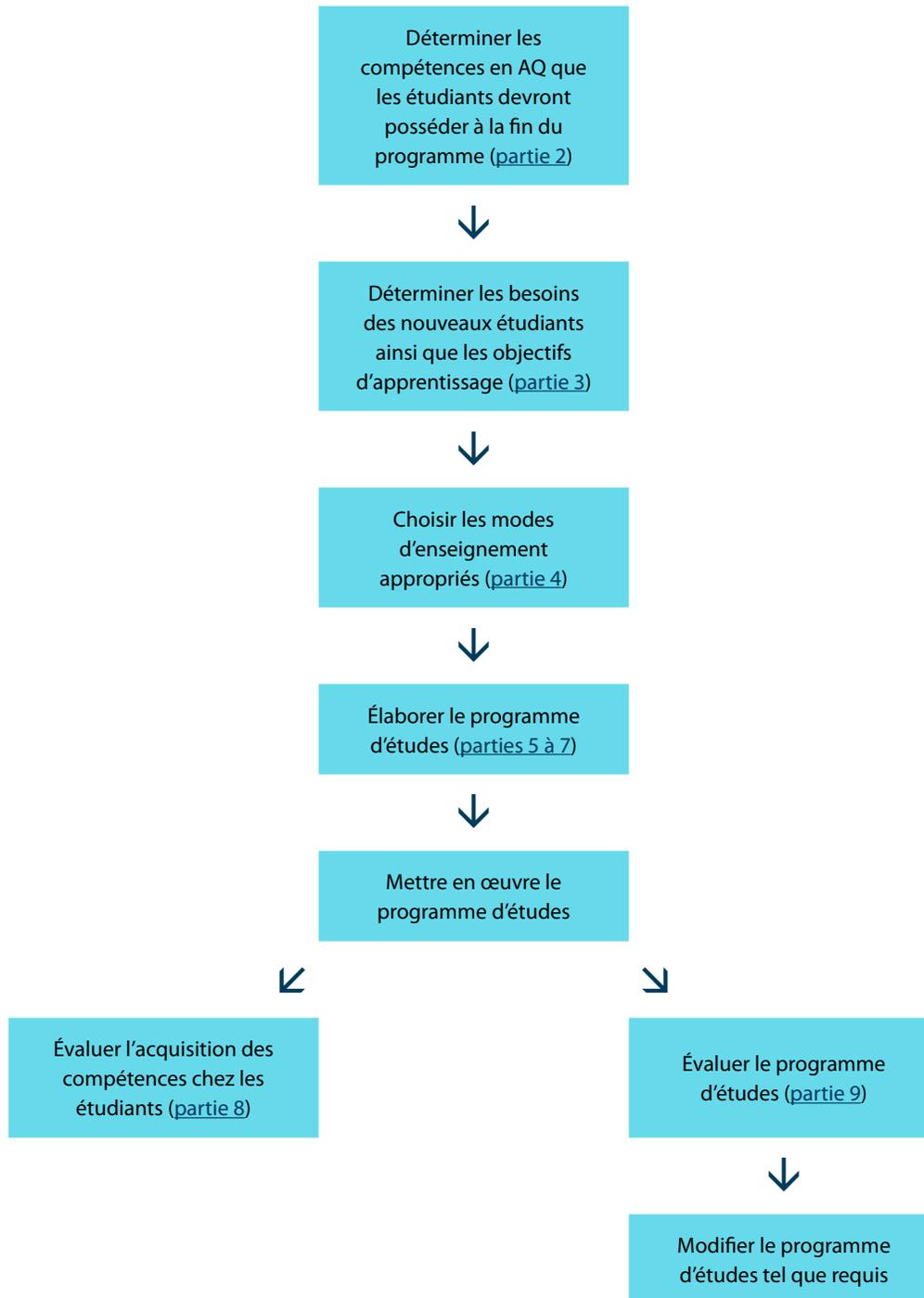
Bien que les fondements de l'amélioration de la qualité (AQ) y soient brièvement résumés, le présent document n'a pas pour objet l'*enseignement* de l'AQ. Il a plutôt été conçu pour proposer une série d'outils pour aider les pédagogues à enseigner l'AQ à d'autres. L'objectif est ainsi de guider les éducateurs en médecine dans l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme d'enseignement postdoctoral axé sur l'AQ et fondé sur les principes reconnus de la formation médicale. Tous les éléments présentés ici peuvent être adaptés aux divers programmes de formation médicale postdoctorale, dans toutes les spécialités et dans tous les contextes.

Les lecteurs qui connaissent moins la notion d'AQ peuvent se référer au site de l'Institute for Healthcare Improvement (IHI), lequel est un bon point de départ pour en savoir davantage sur les étapes, les notions et les techniques entourant l'AQ. Les novices en matière d'élaboration de programmes d'enseignement ou ceux voulant rafraîchir leurs connaissances à ce chapitre sont invités à lire le manuel *Conception des programmes d'études : un guide CanMEDS pour les professions de la santé* publié par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (Sherbino et Frank, 2011). Le guide *Conception* fait la synthèse de documents revus par des pairs et de documentation parallèle afin de présenter aux éducateurs de la médecine les fondements et concepts essentiels liés à l'élaboration de programmes d'enseignement. Or, les chapitres du présent ouvrage se veulent un parallèle aux éléments explorés dans ce guide. Les lecteurs qui sont avancés dans leur démarche d'élaboration d'un programme sur l'AQ ou qui ont déjà mis un programme en œuvre peuvent passer directement aux sections ayant trait aux questions particulières qui les préoccupent davantage.

La première partie de cet ouvrage fait un survol de l'AQ en contexte de soins de santé, et comprend un schéma énumérant les principales étapes d'élaboration d'un programme de formation. Les parties 2 et 3 traitent des compétences et des objectifs d'apprentissage, et la façon dont ils peuvent être insérés dans la formation médicale. Quant à la partie 4, elle décrit quelques modes d'enseignement suggérés, tandis que les parties 5 à 9 offrent de l'information sur la façon de concevoir un programme sur l'AQ qui saura combler les besoins de groupes d'étudiants particuliers, qu'ils en soient au début, au milieu ou à la fin de leur apprentissage, et sur la façon de le mettre en œuvre puis d'évaluer tant le programme que les apprenants. Enfin, on trouve à la partie 10 des conseils sous forme de foire aux questions prenant appui sur l'expérience qu'a acquise l'auteur en matière d'élaboration et de prestation d'un programme d'études sur l'AQ à son université, afin d'aider les lecteurs dans leurs propres démarches. Des suggestions de lecture et autres ressources sont en outre présentées en fin d'ouvrage.

Des outils à personnaliser sont également proposés; il suffit de les télécharger, individuellement ou en bloc, en cliquant sur les liens fournis, lesquels donnent accès au site du Collège royal (les outils seront mis à jour au besoin). Une version statique de chacun de ces outils est également comprise dans ces pages afin de permettre au lecteur de s'y référer pendant sa lecture.

Schéma 1 : Étapes de création d'un programme d'études axé sur l'AQ





L'amélioration de la qualité (AQ) dans le secteur de la santé : de quoi s'agit-il, et pourquoi devrait-on s'en soucier?

- L'AQ dans le secteur de la santé
- Un aperçu de l'AQ
- Les différences entre l'AQ et l'assurance de la qualité
- Pourquoi les médecins et les praticiens de la santé devraient se préoccuper de l'AQ
- Comment l'AQ s'intègre dans l'éducation médicale
- Comment réaliser l'AQ dans un milieu clinique

[01]

L'amélioration de la qualité (AQ) dans le secteur de la santé : de quoi s'agit-il, et pourquoi devrait-on s'en soucier?

« [...] le secteur de la santé ne réalisera pas son plein potentiel à moins que le changement devienne une part intrinsèque du travail quotidien de chaque personne, dans tous les aspects du système. D'après cette définition, l'amélioration suppose un virage considérable dans notre conception du travail en soins de santé, une tâche exigeante que facilitera le recours à un vaste éventail d'outils et de méthodes. » (Batalden et Davidoff, 2007)

L'AQ dans le secteur de la santé

Dans le domaine de la santé, le terme « qualité » renvoie à la prestation des soins appropriés au bon patient, au bon endroit et au bon moment, avec les ressources appropriées. Le concept de qualité n'est pas nouveau dans le domaine de la santé, mais on y porte une attention qui s'est accrue graduellement au cours de la dernière décennie. Il est très pertinent en ce qui concerne les patients, les fournisseurs de soins de santé, les organisations sanitaires et les organismes subventionnaires.

De même, on se concentre aussi davantage sur le concept d'amélioration de la qualité en soins de santé. En 2001, l'Institute of Medicine a dressé une liste de six objectifs pour l'amélioration de la qualité dans le domaine de la santé. L'Institute for Healthcare Improvement (2012) a résumé ces objectifs de la façon suivante :

1. les soins de santé doivent être sécuritaires;
2. les soins de santé doivent être efficaces;
3. les soins de santé doivent être centrés sur le patient;
4. les soins doivent être prodigués en temps opportun;
5. le système de santé doit être efficient;
6. les soins de santé doivent être prodigués de manière équitable.

Batalden et Davidoff (2007) ont proposé la définition suivante pour l'amélioration de la qualité : « les efforts combinés et constants de tous — les professionnels de la santé, les patients et leur famille, les chercheurs, les payeurs, les planificateurs et les éducateurs — pour effectuer des changements qui donneront lieu à de meilleurs résultats pour les patients (santé), à un rendement supérieur du système (soins) et à un développement professionnel enrichi (apprentissage) ».

Un aperçu de l'AQ

Étant donné la vaste portée de l'AQ, il n'est pas surprenant que les gens la comprennent différemment. D'un point de vue pratique, l'AQ dans le domaine de la santé comporte l'instauration de changements pour le mieux, soit dans les soins à un patient ou dans le fonctionnement d'une ou de plus d'une partie d'un système clinique. Le modèle d'amélioration le plus courant est celui du cycle planifier-faire-vérifier-agir (PFVA) qui pose trois questions essentielles (Deming, 2000; Langley et coll., 1996) :

1. Qu'essayons-nous d'accomplir?
2. Comment saurons-nous qu'un changement constitue une amélioration?
3. Quels changements pouvons-nous mettre en œuvre pour donner lieu à une amélioration?

Ce modèle peut être utilisé de manière itérative pour mettre une série de changements à l'épreuve.

Les projets se situent généralement au cœur de l'AQ et peuvent comporter des initiatives visant l'amélioration du flux des patients ou l'augmentation de leur satisfaction. L'AQ peut également s'imbriquer dans toute initiative visant à réduire l'erreur, à examiner les variations ou les services, à modifier le milieu de travail ou à optimiser la gamme de soins de santé. La conduite d'un projet d'AQ peut exiger l'obtention de preuves scientifiques généralisables de la documentation publiée, l'application des preuves dans les soins à un patient ou le processus de remaniement d'une ou de plusieurs parties d'un système clinique, et la mesure de toute amélioration du rendement (Batalden et coll., 2003).

Les différences entre l'AQ et l'assurance de la qualité

Alors que le but premier de l'assurance de la qualité est de démontrer que l'on satisfait à certaines exigences ou à des critères définis, l'amélioration de la qualité (AQ) est le processus qui permet d'atteindre des résultats souhaitables. En outre, l'assurance de la qualité peut fonctionner à court terme, mais ses résultats ne sont généralement pas viables à long terme; par contre, en ce qui concerne l'AQ, les résultats sont plus durables lorsque celle-ci est réalisée correctement.



Tableau 1.1 : Comparaison de l'assurance et de l'amélioration de la qualité

<i>Assurance de la qualité</i>	<i>Amélioration de la qualité</i>
En assurance de la qualité, on détermine un seuil qui établit la limite entre une qualité acceptable et insuffisante.	L'amélioration de la qualité vise à rehausser la qualité globale en réduisant les variations inutiles et en centrant l'attention sur les situations plus fréquentes plutôt que sur celles qui se produisent relativement rarement.
Les points individuels extrêmes, « événements marginaux », qui se situent sous le seuil établi (et sont donc considérés comme indésirables) sont éliminés.	L'amélioration de la qualité se développe dans les milieux d'apprentissage qui s'efforcent de parfaire le système et ses processus plutôt que de supprimer les événements marginaux.
Du point de vue statistique, les points restants ont tendance, avec le temps, à se répartir automatiquement en une courbe en cloche; par conséquent, les points extrêmes réapparaissent sous le seuil établi.	

Adapté du cours préalable PW08 (2004-05-15) de la Society of General Internal Medicine « Getting Started in Continuous Quality Improvement ». Membres du corps professoral participants : M. Bergen, C. Braddock, S. Dembitzer, E. Holmboe, L. Osterberg, P. Rudd, C. Sharp. La reproduction sans autorisation est interdite.

Pourquoi les médecins et les praticiens de la santé devraient se préoccuper de l'AQ

Maints établissements s'attendent déjà à ce que l'AQ soit appliquée aux pratiques en matière de soins des patients, et les organismes de réglementation instaurent des éléments se rapportant à l'AQ dans leurs cadres de maintien de la compétence. Vu leur rôle au sein du système de santé, les médecins sont bien placés pour s'engager de façon proactive dans les processus d'AQ. Puisque l'AQ devient rapidement partie intégrante de la culture médicale, les médecins et les praticiens de la santé doivent clairement comprendre ce qu'elle est et de quelle manière ils peuvent l'utiliser.

- *Pour améliorer la sécurité des patients.* La complexité de notre système de santé moderne présente des défis entièrement nouveaux en ce qui a trait tant à la sécurité qu'à la qualité. La sécurité des patients est d'une importance telle que le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et l'Institut canadien pour la sécurité des patients ont élaboré un programme postdoctoral de formation des formateurs « Promouvoir la sécurité des patients dans la formation des résidents (ASPIRE) » (Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2011). L'AQ est donc un aspect essentiel de la prestation des soins de santé, particulièrement depuis que nombre d'initiatives d'AQ mises sur pied visent explicitement à améliorer la sécurité des patients, comme le bilan comparatif des médicaments, les campagnes de sensibilisation à la sécurité des patients, et les protocoles de prévention des mauvaises interventions au mauvais endroit et sur la mauvaise personne.
- *Pour améliorer l'efficacité et réduire le gaspillage.* Certaines initiatives d'AQ visant les interventions cliniques sont conçues pour améliorer l'efficacité, de même que pour faire en sorte que les professionnels de la santé utilisent des ressources limitées de façon à maximiser les bienfaits pour les patients. Par exemple :
 - Le programme [Alberta AIM](#) (Access improvement measures, soit Mesures d'amélioration de l'accès) a été instauré comme solution aux effets coûteux des temps d'attente pour les patients, les unités de soins et le système de soins de santé. L'AQ a contribué à la détermination par les équipes pluridisciplinaires de façons de réduire les longues attentes avant le prochain rendez-vous, d'augmenter l'efficacité durant les consultations cliniques et d'améliorer les soins cliniques.
 - Dans la foulée du modèle américain, [Choisir avec soin](#) est une campagne qui vise à réduire la surutilisation des ressources de soins de santé au Canada (pour une liste détaillée de leurs recommandations, consultez <http://www.choisiravecsoin.org/recommandations/>). L'incidence de Choisir avec soin prend de l'ampleur grâce au travail d'AQ réalisé dans le cadre de cette campagne qui a donné lieu à des publications érudites, dont un article publié en 2015 dans le *Canadian Medical Association Journal* sur les tests préopératoires avant des interventions chirurgicales à faible risque (Kirkham et coll., 2015).
- *Pour l'application des connaissances.* La participation à l'AQ favorise l'échange de connaissances — c'est-à-dire l'acquisition, la création et le partage. Elle introduit également l'exercice de la médecine factuelle auprès des patients et des populations.

- *Pour diriger le changement.* Les médecins peuvent s'investir dans l'AQ auprès des patients, mais ils doivent également y participer à l'échelon systémique. Cette contribution à plus d'un champ d'action de la santé n'est pas exclusive à l'AQ. Par exemple, une des compétences clés du rôle CanMEDS de promoteur de la santé se définit comme la capacité des médecins à « répondre aux besoins des collectivités ou des populations servies en collaborant avec celles-ci pour promouvoir d'une manière socialement responsable des changements systémiques » (Frank, Snell et Sherbino, 2015).

Exemple 1 : L'AQ en action

Auprès des patients : Dans le traitement de patients atteints d'insuffisance cardiaque congestive (ICC) et de dysfonction ventriculaire gauche, le médecin détermine qu'il existe des preuves solides que les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA) améliorent les résultats pour l'ICC. Lorsque le médecin décide d'examiner un petit nombre de dossiers de ses patients atteints d'ICC (disons 25), il découvre que les inhibiteurs de l'ECA sont administrés à seulement 40 % d'entre eux.

Au sein du système clinique : Un chef de département, en consultation avec son comité sur l'amélioration de la qualité, détermine que les données probantes de la littérature scientifique appuient l'instauration d'un système électronique de soutien aux décisions cliniques dans son milieu clinique. Le chef de département déploie ce système pour dépister sur une base régulière les patients atteints d'ICC pour lesquels un inhibiteur d'ECA serait bénéfique. Le chef de département choisit les paramètres (ou indicateurs) pour mesurer l'amélioration du rendement (p. ex., le pourcentage de patients atteints d'ICC pour lesquels le système électronique de soutien aux décisions indiquait des bénéfices potentiels d'un inhibiteur d'ECA; le pourcentage de patients souffrant d'ICC qui ont des épisodes d'exacerbation aiguë exigeant l'hospitalisation après le début de l'administration d'un inhibiteur d'ECA; et le temps d'attente des patients atteints d'ICC pour l'accès au service clinique, en raison du fait qu'il faut du temps pour personnaliser le traitement par inhibiteur d'ECA pour les patients). Les paramètres peuvent enclencher de nouveaux cycles d'amélioration.

Tableau 1.2 : Comparaison des composantes de l'AQ : les patients par rapport au système

<i>Composante de l'AQ</i>	<i>Auprès des patients</i>	<i>Au sein du système</i>
Sources pour la collecte des données initiales	Anamnèse, examen physique, examen des dossiers	Notre propre expérience au sein du système; discussions avec d'autres
Outils employés pour approfondir l'examen	Analyses sanguines, radiologie	Diagrammes de flux, diagrammes de causes à effets, graphiques de séquences et graphiques de contrôle pour illustrer les données sur les résultats
Éléments à inclure dans les plans suggérés	Recommandations relatives à la médication, la chirurgie ou l'attente vigilante	Modèle pour l'amélioration, méthode du cycle planifier-faire-vérifier-agir (PFVA)

Comment l'AQ s'intègre dans l'éducation médicale

L'intérêt à incorporer la formation sur l'AQ dans l'éducation médicale connaît une croissance constante. Les organisations sanitaires, allant des associations professionnelles nationales et des autorités sanitaires régionales aux hôpitaux et aux cliniques, augmentent constamment l'offre d'un complément de formation en AQ, et cette formation s'inscrit parmi les exigences de l'agrément de nombre de programmes. Cela inclut le référentiel CanMEDS qui situe l'AQ comme une compétence principale d'apprentissage du rôle de leader (Frank, Snell, Sherbino, 2015). De même, l'apprentissage et l'amélioration fondés sur la pratique sont du nombre des compétences fondamentales de l'Accreditation Council for Graduate Medical Education (Stewart, 2001).



La formation en AQ peut fournir aux éducateurs une façon d'intégrer l'enseignement d'une variété de compétences CanMEDS dans un seul programme, permettant aux résidents d'acquérir un vaste éventail de compétences au-delà de celles qui se rapportent directement à l'AQ. Comme nous le verrons de façon plus approfondie dans les parties 2 et 4, les médecins auront besoin d'utiliser les connaissances, les compétences et les aptitudes regroupées dans plusieurs rôles CanMEDS différents pour mener des initiatives d'AQ. Cette caractéristique de la formation en AQ peut se révéler précieuse pour l'agrément de programmes de résidence chargés.

[CONSEIL]

À l'UCB, l'AQ est devenue une composante si importante du programme de formation que les étudiants en médecine mentionnent leur intérêt pour l'AQ au cours de l'entrevue pour une place de résident, et certains ont même déjà une idée de projet d'AQ.

Comment réaliser l'AQ dans un milieu clinique

Pour les résidents, l'acquisition d'une expérience qui est pertinente sur plan clinique et s'inscrit dans leur vie quotidienne au travail constitue une manière particulièrement efficace de faire l'apprentissage de l'AQ. Qui plus est, toute expérience clinique peut être transformée en une occasion d'apprentissage. Planifiée adéquatement, l'AQ peut aussi être réalisée efficacement et s'intégrer dans les activités cliniques quotidiennes habituelles. Dans quelque milieu que ce soit, y compris la pratique clinique, l'AQ nécessite de se concentrer sur des éléments précis du système à un moment donné plutôt que de tenter de remanier l'ensemble du système en un seul temps. Que l'objectif consiste à améliorer les résultats pour les patients ou qu'il s'agisse de perfectionnement professionnel, l'amélioration de la qualité subit l'influence des facteurs qui seront mesurés, et ces mêmes facteurs ont à leur tour une incidence sur les améliorations qu'il est possible d'apporter.

Par exemple, les personnes qui dirigent un projet d'AQ dans un système clinique, y compris les résidents qui entreprennent une telle étude, doivent tenir compte des particularités de ce système, notamment de ses structures, de ses processus, de ses tendances et de la culture locale. Sinon, l'initiative d'AQ a peu de chances d'être couronnée de succès dans le contexte du système étudié. Le tableau 1.3 énumère quelques éléments devant être pris en considération au début de processus d'AQ de types différents.

Tableau 1.3 : Exemples de la réflexion initiale qu'exige l'AQ

<i>But</i>	<i>Facteurs à considérer</i>	<i>Processus favorables à l'amélioration</i>
Améliorer les résultats pour les patients ou les populations	Indicateurs de la santé à mesurer	Embauche de professionnels de la santé
	Niveau de connaissances des patients	Supervision de professionnels de la santé
	Variations actuelles	Responsabilité des professionnels de la santé
	Causes possibles de la situation qui nécessite amélioration	Participation et engagement des professionnels de la santé
Reconnaissance et récompense des professionnels de la santé		
Améliorer les résultats du développement professionnel	Compétences des apprenants cibles	Leadership
	Statut relatif aux titres, à la certification et au permis des apprenants cibles	Développement organisationnel du secteur de la santé
	Antécédents de formation professionnelle des apprenants cibles	Gouvernance
	Importance de la collaboration interprofessionnelle	Financement
	Importance du mieux-être et de la créativité liés au travail	

<i>But</i>	<i>Facteurs à considérer</i>	<i>Processus favorables à l'amélioration</i>
Améliorer le rendement de l'ensemble du système de santé	Méthodes de mesure	Leadership
	Fiabilité du système et situations de défaillance	Évaluation du rendement
	Normes de pratique	Reconnaissance et récompense

Références bibliographiques

Alberta Access Improvement Measures (AIM). Accès: www.albertaaim.ca. Consulté le 17 juin 2015.

Batalden PB, EC Nelson, WH Edwards, MM Godfrey, JJ Mohr. Microsystems in health care: Part 9. Developing small clinical units to attain peak performance. *Joint Commission journal on quality and patient safety*. 2003;29(11):575–585.

Batalden, P.B. et F. Davidoff. What is “quality improvement” and how can it transform healthcare? *Quality and Safety in Health Care*, 2007;16(1):2–3.

Berwick DM. Berwick, D.M. A primer on leading the improvement of systems. *British Medical Journal*, 1996;312(7031):619– 622.

Choisir avec soin. Accès : www.choisiravecsoin.org/. Consulté le 9 août 2015.

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. « Le Collège royal conduit l'adaptation du nouveau programme pour la sécurité des patients », *Dialogue*, août 2011, no 11, vol. 7.

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Une culture équitable de sécurité des patients Livre blanc préparé pour le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada : L'avenir de l'éducation médicale au Canada*, Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2011.

Deming WE. *The New Economics for Industry, Government, Education*. 2nd ed. Cambridge (MA): MIT Press; 2000.

Frank, J.R., L.S. Snell, J. Sherbino, rédacteurs. *Le référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins*, Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015. Accès : www.royalcollege.ca/canmeds.

Institut canadien pour la sécurité des patients. Campagne « Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! », Edmonton, Institut canadien pour la sécurité des patients, 2011.

Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academies Press; 2001.

Instituts de recherche en santé du Canada, définition de l'application des connaissances, extraite de Application des connaissances aux IRSC, www.cihr-irsc.gc.ca/f/29418.html. Consulté le 15 mai 2015 Tous droits réservés. Reproduit avec l'autorisation des Instituts de recherche en santé du Canada, 2015.

Kirkham KR, DN Wijeyesundera, C Pendrith, R Ng, JV Tu, A Laupacis, MJ Schull, W Levinson, RS Bhatia. Preoperative testing before low-risk surgical procedures. *Canadian Medical Association Journal* 2015.

Langley GJ, R Moen, KM Nolan, TW Nolan, CL Norman, LP Provost. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. San Francisco: Jossey-Bass; 2009.

Ogrinc G, P Batalden. Realist evaluation as a framework for the assessment of teaching about the improvement of care. *Journal of Nursing Education* 2009;48(12):661–667.

Recommandations pour les médecins: www.choisiravecsoin.org/recommendations/. Consulté le 17 juin 2015.

Stewart MJ. *Core Competencies*. Chicago: Accreditation Council for Graduate Medical Education; 2001.



Définir les compétences à enseigner dans un programme d'études axé sur l'AQ

- Compétences en AQ dans la formation médicale
- CanMEDS pour encadrer les compétences en AQ

[02]

Définir les compétences à enseigner dans un programme d'études axé sur l'AQ

« Une compétence est une capacité observable chez un professionnel de la santé, intégrant des composantes multiples, comme les connaissances, les aptitudes, les valeurs et les attitudes. Comme la compétence est observable, elle peut être mesurée et évaluée afin d'en assurer l'acquisition. » (Frank et coll., 2010)

Compétences en AQ dans la formation médicale

Dans le contexte de l'approche par compétences en formation médicale, comme dans tout cadre d'enseignement fondé sur les compétences, le terme *compétence* signifie la capacité d'un apprenant de combler les attentes liées au rendement.

- Les *capacités* (compétences clés) sont celles associées aux aptitudes générales d'un apprenant dans un domaine particulier; elles sont généralement définies dans des cadres, au moyen d'énoncés pédagogiques de nature générale.
- Les *manifestations* (compétences habilitantes) correspondent aux connaissances, aux aptitudes et aux attitudes essentielles à l'acquisition d'une capacité.

Ainsi, la première étape dans la création d'un programme d'études axé sur l'AQ conforme au cadre de formation médicale fondée sur les compétences est donc de définir les compétences en AQ que les médecins doivent pouvoir démontrer en fin de formation. Par exemple, une *capacité* en AQ pourrait être la capacité de décrire les stratégies et principes liés à l'amélioration de la qualité et à l'examen de la pratique et des processus, tandis qu'une *manifestation* pourrait être la capacité d'expliquer la différence entre l'assurance de la qualité et l'amélioration de la qualité.

L'approche dite « conception décomposée » (*design down*) est celle à privilégier pour planifier un programme d'études et définir des compétences en AQ. Cela signifie de déterminer d'abord les capacités que les médecins devront démontrer à la fin de leur résidence, puis de définir les manifestations qui appuieront chacune de ces capacités. La façon d'énoncer les compétences en AQ dépend de la façon dont le programme sera livré. Les compétences seront-elles enseignées selon une méthode longitudinale? Ou selon un modèle pédagogique plutôt fondé sur le temps? Pour en savoir davantage sur les modes d'enseignement, se reporter à la partie 4.

Quelques principes directeurs :

- Les compétences en AQ doivent être mesurables, pour les besoins de l'évaluation.
- Les compétences en AQ doivent être conformes à des critères externes validés, comme des normes d'agrément locales ou nationales visant les établissements de soins de santé.
- Les compétences en AQ devraient refléter les pratiques exemplaires, tant celles courantes que celles prévues dans l'avenir.
- Les compétences en AQ doivent être souples et permettre des modifications itératives.
- La terminologie utilisée doit être simple et claire — éviter le jargon afin d'assurer que tant l'enseignant que les apprenants comprennent les exigences liées aux compétences enseignées.

[CONSEIL]

Travaillez-vous en contexte de pratique interprofessionnelle? Si oui, invitez quelques experts en matière d'AQ à participer à votre programme de formation afin qu'ils vous aident à enseigner et à évaluer les compétences — et le plus tôt le mieux. De tels experts peuvent provenir d'autres disciplines de la médecine ou d'autres professions, ou peuvent avoir de l'expérience dans un tout autre domaine, comme en affaires, en statistique ou en ingénierie.

CanMEDS pour encadrer les compétences en AQ

Le référentiel CanMEDS catégorise les compétences des médecins en sept domaines appelés « rôles » (Frank, 2005), le domaine central et intégrateur étant le rôle de l'expert médical. Ce rôle est interrelié à six rôles transversaux qui sont ceux du communicateur, du collaborateur, du leader, du promoteur de la santé, de l'érudit et du professionnel, et est rehaussé par ceux-ci.

L'AQ est mentionnée explicitement dans le référentiel CanMEDS 2015 en tant que manifestation (1.1) du rôle de leader : « Appliquer les principes de l'amélioration de la qualité pour faire progresser les systèmes de soins aux patients ». C'est en fait pour cette raison — et pour faciliter la conception des programmes d'études — que les compétences en AQ sont souvent regroupées sous le rôle du leader.

Cela dit, en réalité, tous les rôles CanMEDS se chevauchent et, par conséquent, les connaissances, les compétences et les aptitudes liées à l'AQ ne se limitent nullement au rôle de leader. Or, au moment d'enseigner l'AQ dans le cadre d'un programme d'études fondé sur le modèle CanMEDS, il est important de faire comprendre aux apprenants que les compétences en AQ relevant du rôle de leader rehaussent celles associées aux six autres rôles. Cette « pollinisation croisée » se veut donc essentiellement fluide, harmonieuse.

Par exemple, l'AQ nécessite des compétences en communication et en collaboration (rôles du communicateur et du collaborateur) ainsi que d'autres davantage liées au rôle de leader (comme la capacité de contribuer à l'efficacité des organismes et systèmes de santé, de démontrer du leadership, de gérer le changement, d'orienter le cheminement de carrière, etc.). Le tableau 2.1 illustre la façon dont les capacités et manifestations en AQ sont interreliées aux compétences CanMEDS.

Tableau 2.1 : Capacités et manifestations en AQ appuyant les rôles CanMEDS

<i>Rôle CanMEDS</i>	<i>Capacités liées à l'AQ</i>	<i>Manifestations liées à l'AQ</i>
Expert médical	1. Exercer la médecine selon leur champ d'activité et leur expertise clinique 5. Contribuer activement, à titre individuel et en tant que membre d'une équipe de soins, à l'amélioration continue de la qualité des soins et de la sécurité des patients	1.1. S'engager à prodiguer des soins de grande qualité à leurs patients
		1.6. Reconnaître la complexité, l'incertitude et l'ambiguïté inhérentes à l'exercice de la médecine et y réagir de façon appropriée
Leader	1. Contribuer à l'amélioration de la prestation des soins de santé au sein d'équipes, d'organismes et de systèmes	1.1. Appliquer les principes de l'amélioration de la qualité pour faire progresser les systèmes de soins aux patients
		1.4. Utiliser la technologie afin d'améliorer la qualité des soins et d'optimiser la sécurité des patients
Collaborateur	3. Assurer de manière sécuritaire la transition du patient vers un autre professionnel de la santé et le transfert des soins afin d'en assurer la continuité	3.1 Déterminer quand effectuer un transfert des soins à un autre médecin ou professionnel de la santé
		3.2 Effectuer un transfert sécuritaire des soins, à la fois verbalement et par écrit, durant la transition d'un patient vers un nouveau milieu, un nouveau professionnel de la santé ou une nouvelle étape de prestation des soins
Promoteur de la santé	2. Répondre aux besoins des collectivités ou des populations servies en collaborant avec celles-ci pour promouvoir d'une manière socialement responsable des changements systémiques	2.2. Améliorer la pratique clinique en appliquant un processus d'amélioration continue de la qualité à des activités de prévention de la maladie et de promotion et maintien de la santé
Érudit	3. Appliquer les données probantes disponibles dans leurs activités professionnelles	3.4. Intégrer les données probantes à la prise de décisions dans la pratique
Professionnel	1. Démontrer un engagement envers les patients par l'application de pratiques exemplaires et le respect de normes éthiques élevées	1.2. Se vouer à l'excellence dans tous les aspects de l'exercice de la médecine

Adaptation : Frank, J.R., L. Snell, J. Sherbino, rédacteurs. Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins, Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015. Utilisé avec permission.

Références bibliographiques

Frank, J.R., L.S. Snell, O.T. Cate, E.S. Holmboe, C. Carraccio, S.R. Swing, P. Harris, N.J. Glasgow, C. Campbell, D. Dath, R.M. Harden, W. Iobst, D.M. Long, R. Mungroo, D.L. Richardson, J. Sherbino, I. Silver, S. Taber, M. Talbot, K.A. Harris. Competency-based medical education: theory to practice. *Medical Teacher*, 2010;32(8):638–645.

Frank, J.R., L. Snell, J. Sherbino, rédacteurs. *Le référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins*, Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015.



Définir les objectifs d'apprentissage

- Élaboration des différents niveaux du programme axé sur l'AQ
- Exemples d'objectifs d'apprentissage

[03]

Définir les objectifs d'apprentissage

« Un objectif d'apprentissage est l'énoncé précis d'un degré de rendement visé, et la réalisation de ce dernier contribue à l'atteinte du but. Un seul but peut se répartir en plus d'un objectif d'apprentissage secondaire précis. »
(Richardson et Flynn, 2011)

Les objectifs d'apprentissage schématisent la façon dont les apprenants feront l'acquisition des compétences souhaitées d'ici la fin du programme et guident les enseignants dans l'organisation de leur matériel didactique. L'approche dite « conception décomposée » (design down) peut être efficace lors de la planification d'un programme axé sur l'AQ; elle comprend habituellement les étapes suivantes :

- Comme il en a été fait état dans la partie 2, la détermination des connaissances, des aptitudes et des habiletés (c.-à-d. les compétences) dont les finissants du programme de formation auront besoin afin d'intégrer l'AQ de manière efficace dans leurs activités professionnelles durant leur carrière. Définissez d'abord les capacités, puis les manifestations.
- L'établissement des jalons éducatifs — les points centraux de développement dans la trajectoire d'apprentissage.
- La création des objectifs d'apprentissage pour le programme.

[CONSEIL]

Avant de formuler vos objectifs d'apprentissage, vous devez déterminer le point de départ de vos stagiaires par rapport à ce qu'ils doivent acquérir. Cela se fait habituellement par une évaluation des besoins, et cette démarche dépasse la portée du présent ouvrage. Pour un complément d'information sur la manière de réaliser une évaluation des besoins, veuillez consulter Sherbino et Lockyer (2011). Les auteurs présentent également les forces et faiblesses d'une variété d'outils, dont les groupes de discussion, les entrevues, les examens des connaissances et l'observation directe.

Élaboration des différents niveaux du programme axé sur l'AQ

Il ne serait pas nécessairement pratique ou souhaitable de créer un programme axé sur l'AQ qui prétendrait répondre aux besoins de tous. Vous aimeriez plutôt cibler des apprenants de différents niveaux pour combler leurs besoins d'apprentissage particuliers et faire correspondre la complexité croissante des divers programmes axés sur l'AQ à l'ancienneté progressive des résidents.

- Un programme de base axé sur l'AQ fournit aux résidents un niveau de compétence simple et élémentaire en matière d'AQ. Par exemple, le stagiaire apprend à rédiger un énoncé des objectifs pour un processus d'AQ et à interpréter des données de rendement.
- Un programme intermédiaire s'adresse à des résidents qui manifestent un intérêt particulier pour l'AQ par le renforcement des aptitudes acquises au niveau précédent. Par exemple, le résident apprend à former une équipe d'AQ et réalisera un projet d'AQ.
- Un programme avancé vise les résidents qui envisagent un parcours de carrière potentiel en AQ ou qui manifestent un intérêt pour une structure systémique plus élaborée. À titre d'exemple, le résident apprendra à rédiger un article scientifique sur l'AQ et aura éventuellement à présenter ses constats.

Exemples d'objectifs d'apprentissage

Le tableau 3.1 compare des exemples d'objectifs d'apprentissage d'un programme axé sur l'AQ en éducation médicale à trois niveaux. Chaque niveau présente une complexité croissante pour le stagiaire.

Tableau 3.1 : Exemples d'objectifs d'apprentissage — Programme axé sur l'amélioration de la qualité (AQ) en éducation médicale		
<i>Programme de base</i>	<i>Programme intermédiaire</i>	<i>Programme avancé</i>
Le stagiaire sera capable de :	Le stagiaire sera capable de :	Le stagiaire sera capable de :
Déterminer comment mettre sur pied une équipe d'AQ pour un processus clinique.	Constituer une équipe d'AQ, décider des responsabilités des membres de l'équipe et répartir équitablement le travail entre les membres.	Diriger une équipe d'AQ.
Produire un diagramme de flux pour l'AQ d'un processus clinique.	Choisir un domaine clinique pour un projet d'AQ et un établissement pour la collecte de données, et concevoir les plans pour la collecte de données afin d'assurer la faisabilité et la viabilité.	Produire et présenter, avec les membres de l'équipe, un exposé oral sur les constats d'un projet d'AQ à une séance de conférences.
Répondre aux trois questions suivantes sur le modèle d'amélioration : Qu'essayons-nous d'accomplir? Comment saurons-nous qu'un changement constitue une amélioration? Quels changements pouvons-nous mettre en œuvre pour donner lieu à une amélioration?	Créer une grille d'AQ en répondant aux trois questions fondamentales du modèle d'amélioration pour le projet personnel d'AQ : Qu'essayons-nous d'accomplir? Comment saurons-nous qu'un changement constitue une amélioration? Quels changements pouvons-nous mettre en œuvre pour donner lieu à une amélioration?	Expliquer les incidences éthiques de la collecte de données pour l'AQ.
Interpréter un graphique de séquences ou un graphique de contrôle en décelant les variations dans les données qui sont attribuables à une cause commune par rapport à celles attribuables une cause particulière.	Avec le concours d'analystes de l'AQ, analyser les données recueillies sous la forme de graphiques de séquences ou de graphiques de contrôle.	Rédiger un article scientifique qui satisfait aux critères standards (Ogrinc, 2008).

Références bibliographiques

Ogrinc G, SE Mooney, C Estrada, T Foster, D Goldmann, LW Hall, MM Huizinga, SK Liu, P Mills, J Neily, W Nelson, PJ Pronovost, L Provost, LV Rubenstein, T Speroff, M Splaine, R Thomson, AM Tomolo, B Watts. The SQUIRE (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence) guidelines for quality improvement reporting: explanation and elaboration. *Quality and Safety in Health Care* 2008;17(Suppl 1):i13–32.

Richardson D, L Flynn. « La feuille de route : les objectifs d'apprentissage », *Conception des programmes d'études : un guide CanMEDS pour les professions de la santé*, Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2011.

Sherbino J, J Lockyer. « Attention aux écarts de niveau : l'évaluation des besoins de formation », *Conception des programmes d'études : un guide CanMEDS pour les professions de la santé*, Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2011.



Conception du programme et choix des modes d'enseignement

- Programme optionnel par rapport à obligatoire
- Mode d'enseignement didactique, interactif ou fondé sur des cas
- Programmes longitudinaux par opposition à des programmes par blocs
- Tutorats
- Aborder les compétences CanMEDS par l'enseignement de l'AQ

[04]

Conception du programme et choix des modes d'enseignement

« Mes collègues et moi-même avons constaté qu'un programme axé sur l'AQ constitue un moyen idéal pour les résidents de centrer leur attention sur l'acquisition des connaissances et des aptitudes relatives à l'AQ qui leur serviront tout au long de leur carrière. » (Dr Mark C. Fok, Université de la Colombie-Britannique)

Lorsque vous créez et élaborez un programme axé sur l'AQ dans le cadre de votre programme général, vous devez choisir au moins une méthode pédagogique qui permettra d'atteindre les objectifs d'apprentissage que vous avez établis. Ce que vous choisirez sera fonction des contraintes au chapitre des ressources et du temps au sein de votre programme de formation de résidents qui peut être imparti au programme axé sur l'AQ, de même que des besoins de vos apprenants.

Quelques principes directeurs :

- Adaptez vos modes d'enseignement et vos approches pédagogiques aux besoins de vos apprenants.
- Encouragez la participation des apprenants : faites-leur comprendre clairement que l'acquisition de savoir en matière d'AQ sera stimulante.
- Veillez à ce que les membres du corps professoral aient accès aux ressources nécessaires pour enseigner l'AQ. Le temps est leur plus importante ressource, mais ils pourraient aussi avoir besoin de certaines ressources financières.
- Obtenez l'adhésion des leaders de l'éducation (p. ex., directeurs de programme, chefs de division) et des leaders cliniques (des hôpitaux et des régions sanitaires).

[CONSEIL]

Des préoccupations ont été soulevées au sujet de la possible concurrence entre l'AQ et les activités de recherche dont doivent s'acquitter les stagiaires durant leur résidence. Cette perception de concurrence est une question complexe sur laquelle influent des facteurs comme l'opinion des membres du corps professoral sur la portée de la recherche qui correspondrait à un type de science de la découverte, l'importance relative de l'AQ et la motivation des résidents. À l'UCB, par exemple, maints projets de recherche de résidents étaient liés à l'AQ avant même l'instauration du programme axé sur l'AQ. Un bon nombre de programmes de résidence souhaiteront que les stagiaires participent tant à des activités d'AQ que de recherche, mais cette combinaison exigera une répartition et une gestion judicieuse du temps.

Programme optionnel par rapport à obligatoire

Les programmes de résidence sont très chargés, et les résidents tendent à n'apprendre que le contenu qui est considéré comme fondamental ou obligatoire. Un programme axé sur l'AQ qui serait optionnel pose le risque d'une participation des résidents moindre de celle espérée. À l'opposé, un programme obligatoire motivera les résidents et deviendra particulièrement efficace s'il est associé à un système d'évaluation.

Comme exigence de l'agrément par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, par exemple, les programmes de résidence au pays doivent fournir aux résidents des occasions d'apprendre la pratique et l'application de l'amélioration de la qualité et de l'assurance de la qualité (Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2011). Vu l'importance de l'AQ tant aux fins des soins aux patients que de l'agrément du programme de résidence, un programme axé sur l'AQ obligatoire optimisera son impact.

Mode d'enseignement didactique, interactif ou fondé sur des cas

Lorsque nous enseignons l'AQ, plus particulièrement à un groupe nombreux d'apprenants, il est tentant d'avoir recours à une approche didactique par exposés magistraux traditionnels. Bien que le cours magistral soit acceptable pour l'enseignement de théories et de concepts fondamentaux, sa faiblesse réside dans le fait que l'apprentissage est passif, et donc sous-optimal. L'apprentissage de l'AQ doit être un processus actif (on pourrait faire valoir que c'est le cas pour presque tout en médecine). Une approche mixte qui comprend des cours interactifs, des ateliers fondés sur des cas réalisés en petits groupes et un apprentissage expérientiel par projets constitue un excellent mode de prestation d'un programme de base axé sur l'AQ.

L'importance de l'apprentissage expérientiel a été soulignée par Ogrinc et coll. (2003) et Wong et coll. (2010). Ce mode d'apprentissage peut également être stimulant parce qu'il offre aux résidents un moyen systématique d'aborder de façon proactive les problèmes qu'ils rencontrent dans le système de santé, de même qu'une solution de rechange au simple fait de se plaindre et de lever les mains en l'air en signe de frustration. Non seulement une approche par projets aidera les stagiaires à absorber les principes qu'ils apprennent par leur application dans la vie réelle et à approfondir leur compréhension au fil du temps, mais elle rend l'apprentissage de l'AQ pratique et agréable pour les résidents.



Quelques principes directeurs :

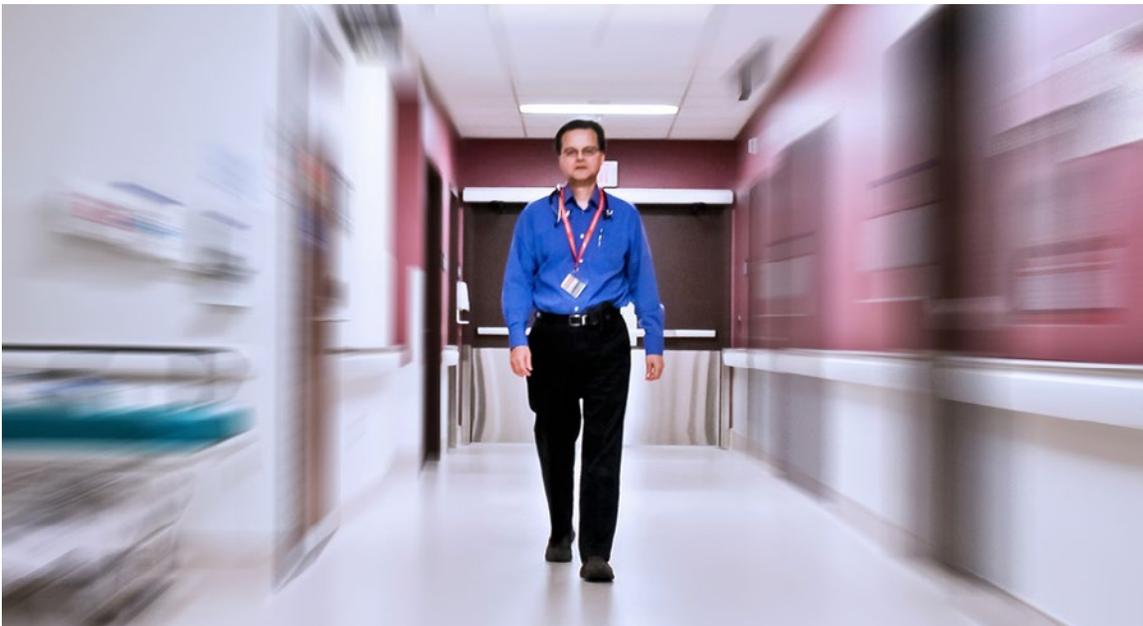
- Modifiez les séances magistrales pour inclure de multiples occasions d'apprentissage interactif. Les plans de cours devraient accorder beaucoup de temps à la réflexion, la discussion et le partage durant ces moments d'apprentissage. Il importe également de reconnaître que différents groupes de résidents pourraient accomplir les tâches à des rythmes variables, ce qui est très bien du moment qu'ils ont accès à des occasions formelles ou informelles d'apprentissage longitudinal.
- Le matériel potentiel d'apprentissage expérientiel en AQ peut inclure toute occasion de réduire l'erreur; de gérer le temps et les ressources; d'éliminer le gaspillage; d'améliorer les services, les systèmes ou les interactions entre les gens; et de modifier le milieu de travail. L'Institute for Healthcare Improvement propose nombre d'idées de projets d'AQ potentiels : rendez-vous à www.ihl.org.
- Offrez de l'apprentissage fondé sur des cas, une méthode qui peut être efficace pour l'AQ, particulièrement pour des groupes restreints. Les cas sélectionnés devraient permettre aux apprenants de percevoir clairement l'application clinique des compétences en AQ. Les ateliers interactifs sont une forme d'apprentissage fondé sur des cas qui peut favoriser l'esprit d'équipe et l'apprentissage collectif chez les stagiaires pendant qu'ils acquièrent les principes de l'AQ.
- Vous pourriez trouver profitable de recruter des résidents seniors qui ont suivi le programme pour vous aider à enseigner aux nouveaux résidents. Cela augmenterait la crédibilité du programme axé sur l'AQ aux yeux des résidents juniors.

[CONSEIL]

L'AQ dans un système clinique concret est complexe, et cette caractéristique peut être difficile à enseigner aux résidents. Une façon de l'aborder serait de fragmenter le système clinique en unités plus petites. Par exemple, on pourrait enseigner aux apprenants que l'AQ dans n'importe quel système clinique vise à améliorer trois aspects : les résultats pour les patients (populations), le développement professionnel et le rendement du système (Batalden et Davidoff, 2007; Ogrinc et Batalden, 2009).

Programmes longitudinaux par opposition à des programmes par blocs de temps

Le temps est un élément essentiel d'une expérience réussie d'apprentissage de l'AQ; il peut toutefois être difficile de trouver dans votre programme de résidence des périodes à consacrer à l'apprentissage de l'AQ. Un programme axé sur l'AQ peut être offert de façon longitudinale ou par blocs de temps. Puisque la pratique de l'AQ est un processus permanent, durant la carrière d'un médecin à tout le moins, les apprenants bénéficieront de renforcements à long terme des concepts fondamentaux. Le renforcement s'intègre plus naturellement dans un programme longitudinal que dans la formule par blocs de temps.



Programme longitudinal – Avantages

- Se rapproche des cadres temporels cliniques réels et permet la participation d'équipes interprofessionnelles dans des situations concrètes.
- Les apprenants ont la possibilité de mettre à l'essai et d'approfondir, au fil du temps, les principes appris.
- Les apprenants disposent de plus de temps pour réaliser les projets d'AQ.

- Les apprenants ressentent moins de stress en raison de l'avantage que leur procure le facteur temps.
- Une conception d'apprentissage en spirale imbriquée dans un programme longitudinal serait l'idéal, mais son instauration n'est pas toujours réalisable.

Programme longitudinal – Inconvénients

- Les apprenants peuvent être distraits par des intérêts concurrents.
- La perte graduelle potentielle des connaissances.
- Une difficulté accrue du suivi des progrès des apprenants par les instructeurs.

Programme par blocs de temps – Avantages

- Concentre les efforts.
- Plus facile à administrer qu'un programme longitudinal.

Programme par blocs de temps – Inconvénients

- Les calendriers serrés imposés par la formule par blocs de temps peuvent pousser les apprenants à choisir des projets d'AQ artificiels (c.-à-d. qu'ils pourraient opter pour des projets qui ne traitent pas de besoins réels en matière d'AQ).
- Les calendriers très serrés d'un programme par blocs de temps et les intérêts concurrents d'autres activités éducatives ou cliniques peuvent augmenter le stress et la charge de travail des apprenants ainsi que des autres personnes qui participent à leurs projets, particulièrement lorsqu'il s'agit d'une équipe interprofessionnelle.
- Il est difficile d'intégrer un modèle en spirale comprenant des niveaux de complexité dans un programme par blocs de temps; nous le répétons, c'est en raison des horaires chargés.

[CONSEIL]

Il émerge actuellement une tendance qui réunit les modèles par blocs de temps et longitudinaux, offrant une situation de compromis qui serait avantageuse. Une équipe de résidents pourrait travailler à un projet d'AQ durant un stage sur l'AQ d'un programme par blocs de temps; à la fin de ce stage, l'équipe transférerait le projet à une équipe de résidents sur le point de commencer le stage. Cela permettrait aux résidents de réaliser un projet longitudinal dans le cadre d'un programme par blocs de temps.

Tutorats

Les séances de tutorat sont très appropriées pour guider les résidents dans la réalisation du projet d'AQ et pour vérifier si les équipes des projets sont sur la bonne voie. Ces séances fournissent également aux enseignants des occasions d'encadrement et d'interaction en face à face, en plus de la possibilité d'offrir leur assistance et de répondre à toute question que pourraient poser les résidents.

Exemple 2 : Séance 1 de tutorat pour le programme intermédiaire

Préparation préalable : À votre arrivée à la première séance de tutorat, vous devriez déjà avoir

- choisi les membres de votre équipe d'AQ;
- désigné une personne qui assurera la liaison pour votre équipe d'AQ;
- décidé d'un domaine clinique pour votre projet d'AQ, réfléchi aux champs d'intérêt de votre équipe, à vos expériences lorsque vous avez eu des difficultés, etc., et consulté la liste de sujets et de commanditaires potentiels pour des idées de projet;
- sélectionné un établissement hospitalier où les données pour votre projet d'AQ seront recueillies. Votre équipe doit s'assurer de la faisabilité de la collecte de toutes les données nécessaires dans cet établissement;
- rédigé une ébauche d'énoncé des objectifs pour votre projet d'AQ.

Objectifs éducatifs : À la fin de la première séance de tutorat, votre équipe sera capable de :

- rédiger un énoncé final des objectifs pour votre projet d'AQ;
- produire des réponses aux trois questions principales d'une grille d'AQ (feuille de route) : a) Qu'essayons-nous d'accomplir? b) Comment saurons-nous qu'un changement constitue une amélioration? c) Quels changements pouvons-nous mettre en œuvre pour donner lieu à une amélioration?
- déterminer un calendrier réaliste qu'il sera possible de respecter;
- établir une répartition appropriée du travail entre les membres de l'équipe, et déterminer les besoins au chapitre du soutien et des ressources.

Renseignements supplémentaires à fournir au cours de la séance de tutorat 1

- Les dates des tutorats futurs sur l'AQ.
- Les incidences juridiques des données sur l'AQ.
- Les exigences en matière d'approbation éthique (aux seules fins de présentation et de publication des données).

Aborder les compétences CanMEDS par l'enseignement de l'AQ

Il a été mentionné dans la partie 2 que les compétences en AQ, qui sont habituellement regroupées sous le rôle de leader du référentiel CanMEDS, recoupent souvent d'autres rôles. Lorsque vous enseignez l'AQ aux résidents, il importe que vous leur expliquiez comment ils devront s'appuyer sur les compétences de divers rôles CanMEDS dans leurs initiatives d'AQ. Le tableau 4.1 ci-dessous illustre comment l'AQ soutient un certain nombre de rôles CanMEDS différents.

Tableau 4.1 : Intégration de l'AQ dans les rôles CanMEDS			
Rôle	Comment l'AQ soutient ce rôle	Intégration du rôle avec l'AQ	Renseignements supplémentaires
Expert médical	<ol style="list-style-type: none"> 1. En reconnaissant les événements indésirables et les incidents évités de justesse, et en y réagissant de façon appropriée. 2. En recherchant des occasions de prodiguer des soins de grande qualité. 3. En apportant une contribution à une culture qui favorise la sécurité des patients et l'amélioration de la qualité des soins. 4. En ayant conscience des facteurs humains et systémiques. 5. En faisant participer les patients et leurs familles dans le processus d'amélioration continue de la qualité des soins de santé et de la sécurité des patients. 6. En veillant à la sécurité dans les interventions diagnostiques et thérapeutiques. 	<p>La participation active à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité est un élément essentiel de la profession médicale. Cet énoncé s'appuie sur la conviction que les médecins nécessitent tant un savoir médical que des connaissances axées sur l'amélioration des systèmes de santé pour prodiguer des soins de grande qualité, sécuritaires et axés sur les patients. Par conséquent, la qualité des soins et la sécurité des patients doivent occuper une place prédominante dans le rôle d'expert médical.</p>	<p>Il importe de distinguer les compétences qui relèvent du rôle d'expert médical de celles du rôle de leader. Bien que ces compétences soient apparentées, les concepts de sécurité des patients et d'amélioration de la qualité dans le rôle d'expert médical se centrent sur l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité pour les patients pris individuellement, alors que ces concepts axés sur l'amélioration continue au sein du système devraient relever du rôle de leader.</p>
Communicateur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Communication axée sur le patient. 2. Divulgence des événements indésirables aux patients et aux familles. 3. Documentation clinique efficace. 	<p>Les ressources pédagogiques peuvent être tirées de la littérature sur les cadres normalisés de formation en communication.</p>	

<i>Rôle</i>	<i>Comment l'AQ soutient ce rôle</i>	<i>Intégration du rôle avec l'AQ</i>	<i>Renseignements supplémentaires</i>
Collaborateur	<ol style="list-style-type: none"> 1. Travail d'équipe. 2. Travail en équipes afin de constamment améliorer la qualité des soins de santé et la sécurité des patients. 3. Transfert entre fournisseurs au sein d'une équipe de soins de santé. 4. Transitions des soins. 5. Consultations et renvois. 	Les ressources pédagogiques peuvent être tirées de la littérature sur les modèles de synergie d'équipe, de ressources humaines et de comportement organisationnel.	Vous pouvez, si vous le désirez, fournir aux résidents les coordonnées des principaux leaders d'opinion et intervenants (p. ex., services des dossiers médicaux, départements d'AQ) pour faciliter l'achèvement de leurs projets d'AQ.
Promoteur de la santé	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promotion de l'équité en matière de soins de santé. 2. Promotion de l'amélioration continue de la qualité des soins de santé et de la sécurité des patients. 	L'inclusion d'une composante AQ dans les activités de promotion de la santé peut rehausser la crédibilité et la viabilité de ces activités qui, à leur tour, peuvent constituer de précieux outils pour générer l'amélioration. Il peut y avoir une synergie entre l'apprentissage expérientiel en promotion de la santé et l'AQ. L'AQ peut également contribuer à l'identification des déterminants de la santé chez les patients, les collectivités et les populations.	Consultez Dharamsi et coll., 2011, pour des conseils sur la promotion de la santé.

<i>Rôle</i>	<i>Comment l'AQ soutient ce rôle</i>	<i>Intégration du rôle avec l'AQ</i>	<i>Renseignements supplémentaires</i>
Leader	<ol style="list-style-type: none"> 1. Méthodologies d'amélioration de la qualité. 2. Analyse et changement systémiques en réponse aux événements indésirables, incidents évités de justesse et dangers pour la sécurité des patients. 3. Le rôle de l'informatique clinique et des technologies de la santé. 4. La gestion des ressources. 5. Mobilisation des patients et leurs familles dans le processus d'amélioration continue de la qualité des soins de santé et de la sécurité des patients, y compris par le travail en équipes. 		Il importe de distinguer les compétences qui relèvent du rôle d'expert médical de celles du rôle de leader. Bien que ces compétences soient apparentées, les concepts de sécurité des patients et d'amélioration de la qualité dans le rôle d'expert médical se centrent sur l'amélioration de la qualité des soins et de la sécurité pour les patients pris individuellement, alors que ces concepts axés sur l'amélioration continue au sein du système devraient relever du rôle de leader.
Professionnel	<ol style="list-style-type: none"> 1. Un engagement à constamment améliorer la qualité des soins de santé et la sécurité des patients. 2. Responsabilité professionnelle à l'égard du maintien de la sécurité des patients. 	Lorsque nous enseignons l'AQ, il importe de rappeler les divers aspects du professionnalisme qui régissent l'ensemble des activités cliniques. Plusieurs des capacités du rôle de professionnel sont très appropriées comme thèmes principaux de projets d'AQ, comme le respect des normes d'exercice éthique de la médecine et des règles professionnelles.	Les résidents doivent se conformer aux principes éthiques reconnus dans la réalisation de leurs projets d'AQ, même s'il n'existe pas encore de consensus sur la nécessité d'approbation des projets d'AQ par un comité d'éthique (les politiques varient d'un établissement à l'autre).

<i>Rôle</i>	<i>Comment l'AQ soutient ce rôle</i>	<i>Intégration du rôle avec l'AQ</i>	<i>Renseignements supplémentaires</i>
Érudit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intégration de l'amélioration continue de la qualité avec le développement professionnel et l'apprentissage continu. 2. Utilisation des résultats de la qualité pour orienter l'élaboration des plans personnels d'apprentissage. 3. Évaluation critique de la littérature sur la sécurité des patients et l'amélioration de la qualité des soins. 4. Application des connaissances. 5. Reconnaissance de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients comme formes légitimes d'activités d'érudition. 6. Assurance du maintien de la sécurité des patients tout au long de l'expérience d'apprentissage, particulièrement dans le contexte de l'enseignement clinique. 	<p>Une grande part de l'AQ représente l'application des connaissances produites par des activités d'érudition et, par conséquent, les compétences regroupées dans le rôle d'érudit s'agencent bien avec les compétences en AQ. Même si les activités d'AQ diffèrent de la recherche, elles peuvent tout de même être réalisées de manière érudite, et ont certainement un potentiel scientifique pour l'innovation et la diffusion. Par exemple, il existe des normes uniformisées pour la préparation d'articles sur des activités d'AQ revus par des pairs</p>	<p>Les résidents qui entreprennent les programmes de niveau intermédiaire et avancé à l'UCB doivent rédiger un sommaire conforme aux normes des travaux d'érudition, qui représente l'un des produits à livrer dans le cadre de leur projet d'AQ.</p>

Adapté de Wong, B., S. Ackroyd-Stolarz, M. Bukowskyj, L. Calder, A. Ginzburg, S. Microys, A. Stang, G. Wallace. The CanMEDS 2015 Patient Safety and Quality Improvement Expert Working Group Report, Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015. Utilisé avec permission.

Références bibliographiques

Batalden PB and F Davidoff. What is "quality improvement" and how can it transform healthcare? *Quality and Safety in Health Care* 2007;16(1):2–3.

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Collège des médecins de famille du Canada, Collège des Médecins du Québec. *Normes générales applicables à tous les programmes de résidence. Normes B*, Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2011.

Dharamsi S, J Osei-Twum, F Shroff, L Mu, R Woollard. *The Health Advocate Role: preparing future physicians for socially responsive practice*. Vancouver: Faculty of Medicine, University of British Columbia: 2010.

Ogrinc G, P Batalden. Realist evaluation as a framework for the assessment of teaching about the improvement of care. *Journal of Nursing Education* 2009;48(12):661–667.

Ogrinc G, LA Headrick, S Mutha, MT Coleman, J O'Donnell, PV Miles. A framework for teaching medical students and residents about practice-based learning and improvement, synthesized from a literature review. *Academic Medicine* 2003;78(7):748–756.

Wong BM, EE Etchells, A Kuper, W Levinson, KG Shojania. Teaching quality improvement and patient safety to trainees: a systematic review. *Academic Medicine* 2010;85(9):1425–1439.

Wong B, S Ackroyd-Stolarz, M Bukowskyj, L Calder, A Ginzburg, S Microys, A Stang, G Wallace. *The CanMEDS 2015 Patient Safety and Quality Improvement Expert Working Group Report*. Ottawa: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada; 2015.



Programme modèle : les fondements de l'AQ

- Aperçu du programme
- Exemples d'objectifs d'apprentissage
- Prestation du programme
- Évaluation

[05]

Programme modèle : les fondements de l'AQ

« L'apprentissage des fondements de l'AQ pour les résidents en médecine leur fournit un outil précieux pour améliorer les aspects de l'environnement clinique qui importent le plus à nos patients et à notre profession. »

(D^r Jocelyn Chase, Université de la Colombie-Britannique)

Le programme de base axé sur l'AQ est conçu pour présenter aux apprenants les éléments essentiels de l'AQ ainsi que les connaissances fondamentales sur le sujet. Sa structure est semblable à celle des compétences de base du *Référentiel CanMEDS pour les médecins*, permettant aux médecins d'atteindre les jalons suivants du rôle de leader (Frank et coll., 2015) :

- expliquer la pertinence de l'application de la théorie des systèmes dans les soins de santé;
- décrire l'expérience-patient longitudinale dans le système de soins de santé;
- décrire les domaines de la qualité des soins de santé;
- décrire les caractéristiques d'une approche de la sécurité des patients fondée sur une « culture juste »;
- décrire les méthodes d'amélioration de la qualité;
- comparer et différencier la méthodologie traditionnelle de la recherche et les principes de l'amélioration de la qualité;
- comparer et différencier la théorie des systèmes et les approches traditionnelles en matière d'amélioration de la qualité;
- réunir des données afin d'éclairer les pratiques et participer à un processus itératif d'amélioration de la qualité.

Aperçu du programme

Le programme de base axé sur l'AQ peut être offert de plus d'une façon, dont en deux demi-journées de formation universitaire (un total de sept heures) au cours des premiers mois de la première année de formation postdoctorale, comme c'est le cas à l'UCB. Chacune de ces demi-journées comprend un exposé magistral et la participation à deux ateliers interactifs. Quel que soit le format que vous choisissez, le programme peut être adapté pour être intégré dans votre propre programme par l'insertion de contenu et d'exemples propres à votre spécialité.

Quelques principes directeurs :

- Utilisez en combinaison les méthodes pédagogiques didactique, interactive et fondée sur des cas.
- Intégrez de nombreux exemples cliniques dans les séances didactiques.
- Les ateliers interactifs donnent de meilleurs résultats en petits groupes de pas plus de six participants.

Des outils à personnaliser sont également proposés; il suffit de les télécharger, individuellement ou en bloc, en cliquant sur les liens fournis, lesquels donnent accès au site du Collège royal (les outils seront mis à jour au besoin). Une version statique de chacun de ces outils est également comprise dans ces pages afin de permettre au lecteur de s'y référer pendant sa lecture.

- [L'outil 1](#) couvre quelques concepts de base de l'amélioration de la qualité (une présentation plus approfondie dépasse la portée de cet ouvrage; veuillez vous reporter à la section des lectures suggérées et ressources complémentaires). (Accès en ligne : canmeds.royalcollege.ca/fr/outils)
- [L'outil 2](#) offre un exemple de grille d'AQ, de même qu'un formulaire modifiable que vous pouvez personnaliser pour l'utiliser dans le cadre de votre programme. (Accès en ligne : canmeds.royalcollege.ca/fr/outils)
- [L'outil 3](#) fournit des formulaires modifiables qui peuvent être adaptés pour les quatre ateliers. (Accès en ligne : canmeds.royalcollege.ca/fr/outils)

[CONSEIL]

Une fois que votre programme de base aura été créé et mis en place, il serait judicieux de votre part de nommer leaders, pour les ateliers interactifs, des résidents qui ont déjà suivi le programme sur l'AQ puisqu'ils pourront stimuler l'intérêt des stagiaires juniors.

Exemples d'objectifs d'apprentissage

Les exemples d'objectifs d'apprentissage suivants couvrent le programme de base axé sur l'AQ. À la fin de cette formation de base, le stagiaire sera capable de :

- différencier l'assurance de la qualité de l'amélioration de la qualité;
- rédiger un énoncé des objectifs d'un processus d'AQ;
- déterminer comment mettre sur pied une équipe d'AQ pour un processus clinique;
- produire un diagramme de flux pour l'AQ d'un processus clinique;

- répondre aux trois questions suivantes sur le modèle d'amélioration : Qu'essayons-nous d'accomplir? Comment saurons-nous qu'un changement constitue une amélioration? Quels changements pouvons-nous mettre en œuvre pour donner lieu à une amélioration?
- énumérer au moins une mesure de résultats, un processus de mesure et une mesure compensatoire pour la collecte de données;
- déterminer comment la collecte de données peut être réalisée de prime abord et après la mise en œuvre de changements dans le processus clinique;
- résumer comment la collecte de données peut s'enchaîner dans le déroulement des activités;
- interpréter un graphique de séquences ou un graphique de contrôle en décelant les variations dans les données qui sont attribuables à une cause commune par rapport à celles attribuables une cause particulière;
- expliquer si une intervention semble fonctionner (amélioration) ou non (pas d'amélioration) sur la base de l'analyse des données.

Prestation du programme

Comme l'illustre le tableau 5.1, le programme de base axé sur l'AQ peut être offert en deux demi-journées de formation universitaire (un total de sept heures) dont la première est consacrée à l'introduction aux concepts de l'AQ, qui sont approfondis à la deuxième. Dans le plan modèle, chaque séance comporte un exposé magistral et deux ateliers interactifs. Les stagiaires sont également évalués sur leurs connaissances sur l'AQ avant et après la formation. La présence d'un ancien du programme axé sur l'AQ qui présentera son projet d'AQ durant la première séance éveillera également l'intérêt des apprenants.

Tableau 5.1 : Aperçu du programme de base axé sur l'AQ	
Première demi-journée	Seconde demi-journée
<ul style="list-style-type: none"> • Test préliminaire <p>Un exposé magistral présente les concepts de l'AQ</p> <ul style="list-style-type: none"> • La différence entre l'amélioration de la qualité et l'assurance de la qualité • Cycle planifier-faire-vérifier-agir (PFVA) comme modèle pour l'amélioration • Composition de l'équipe • Choix d'un projet d'AQ approprié • Conférencier invité (un résident qui a récemment achevé le programme axé sur l'AQ présente son projet) <p>Deux ateliers offrent une expérience pratique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sélection d'une équipe, choix d'un sujet, rédaction d'un énoncé des objectifs • Établissement du diagramme du processus actuel à étudier 	<p>Un exposé magistral explique la gestion du projet à l'aide de la grille d'AQ</p> <ul style="list-style-type: none"> • Buts de l'amélioration du rendement • Responsabilité du projet • Mesures et indicateurs • Conclusions et protocoles <p>Deux ateliers offrent une expérience pratique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Préparation de la collecte de données • Interprétation du cycle PFVA • Post-test

Évaluation

Un certain nombre d'outils d'évaluation sont mis à disposition, notamment le programme d'autoévaluation et le Quality Improvement Knowledge Application Tool (QIKAT) (outil d'application des connaissances et compétences en AQ) qui compte maintenant une version mise à jour, le Quality Improvement Knowledge Application Tool Revised (QIKAT-R). Le programme d'autoévaluation et le QIKAT/QIKAT-R peuvent être administrés au début de la première séance pour déterminer la base des connaissances des stagiaires en matière d'AQ. L'évaluation doit être réalisée de nouveau à la fin de la seconde séance, à l'aide du programme d'autoévaluation et d'une version différente du QIKAT/QIKAT-R. L'utilisation d'une deuxième version du QIKAT/QIKAT-R réduira le phénomène d'apprentissage lié au test. Un complément d'information sur l'évaluation et ces outils est présenté à la partie 8.

[CONSEIL]

Le QIKAT est un excellent exemple de l'AQ en action. Il a évolué pour devenir le QIKAT-R qui comprend une grille de notation améliorée destinée à régler quelques-unes des difficultés de l'outil d'origine, comme « sa nature subjective et sa fiabilité irrégulière » (Singh et coll., 2004). Après avoir procédé à des essais sur la validation du QIKAT-R pendant trois ans, Singh et coll. ont conclu que le QIKAT-R conserve les qualités souhaitables de l'outil original, mais procure de plus une meilleure fiabilité interévaluateurs.

Références bibliographiques

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Collège des médecins de famille du Canada, Collège des Médecins du Québec. *Normes générales applicables à tous les programmes de résidence. Normes B*, Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2011.

Frank JR, Snell LS, Sherbino J, et coll. *Guide des jalons CanMEDS 2015*, Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015.

Institut canadien pour la sécurité des patients. Campagne « Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! », Edmonton, Institut canadien pour la sécurité des patients, 2011.

Institute for Healthcare Improvement. Resources: How to Improve. Accès: www.ihl.org/resources/Pages/HowtoImprove/default.aspx. Consulté le 17 juin 2015.

Langley GJ, R Moen, KM Nolan, TW Nolan, CL Norman, LP Provost. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. San Francisco: Jossey-Bass; 2009.

Rogers EM. *Diffusion of Innovations*, 4th ed. New York: The Free Press; 1995.

Singh MK, G Ogrinc, KR Cox, M Dolansky, J Brandt, LJ Morrison, B Harwood, G Petroski, A West, LA Headrick. The Quality Improvement Knowledge Application Tool Revised (QIKAT-R). *Academic Medicine* 2014 Oct;89(10):1386–91.



Programme modèle : AQ intermédiaire

- Aperçu du programme
- Exemples d'objectifs d'apprentissage
- Détermination de ce qui fait un bon projet d'AQ
- Choix d'un projet facile à gérer
- Choix d'un projet dans un milieu clinique
- Journée annuelle de l'AQ
- Prix annuels de reconnaissance de l'AQ
- Évaluation

[06]

Programme modèle : AQ intermédiaire

« L'apprentissage expérientiel est une façon particulièrement efficace d'apprendre l'AQ. Pour les résidents, l'expérience doit être pertinente sur le plan clinique et s'inscrire dans leur vie quotidienne au travail. » (D^r Richard Sztramko, Université de la Colombie-Britannique)

Le programme axé sur l'AQ de niveau intermédiaire en éducation médicale s'adresse aux résidents qui manifestent un intérêt particulier pour l'AQ. Il présente aux apprenants les occasions cliniques et les risques associés à l'AQ, et leur fournit la possibilité de réaliser un projet d'AQ. Sa structure est semblable à celle des compétences de base du *Référentiel CanMEDS pour les médecins*, permettant aux médecins d'atteindre les jalons suivants du rôle de leader (Frank et coll., 2015) :

- Analyser et commenter les processus observés dans leur propre pratique, dans leur équipe, organisation ou système.
- Participer à une initiative pour la sécurité des patients ou l'amélioration de la qualité des soins.
- Encourager activement tous les intervenants des soins de santé, quel que soit leur rôle, à déclarer les situations dangereuses et à y réagir.
- Faire participer les patients et leurs familles à l'amélioration continue de la qualité des soins de santé.
- Établir une culture juste favorisant l'ouverture et une déclaration plus fréquente des situations dangereuses.

Aperçu du programme

Dans le cadre du programme de niveau intermédiaire, les résidents forment des équipes pour réaliser un projet d'AQ sur une période de 11 mois, commençant en janvier de la première année de formation postdoctorale (les résidents auront suivi le programme de base en août et septembre de l'année précédente). Les projets sont au cœur de ce programme intermédiaire, et des parrains de la faculté supervisent les stagiaires sans les microgérer. Afin d'assurer la réussite, on doit encourager les résidents à choisir des projets d'AQ ciblés et d'envergure restreinte qui peuvent être réalisés par des équipes de quatre ou cinq personnes.

Quelques principes directeurs :

- Dans la mesure du possible, choisissez un programme longitudinal qui met l'accent sur l'apprentissage expérientiel.
- Réservez des périodes suffisantes de temps protégé pour la participation des résidents aux activités d'AQ; une heure par semaine durant 11 mois, par exemple. Pour faciliter le suivi, cette heure peut être associée au bloc de temps protégé réservé pour les demi-journées de formation universitaire.
- Prévoyez que les équipes des projets de résidents demeurent en contact régulier avec leur parrain de la faculté, mais laissez les résidents décider du moment et de la fréquence des interactions.
- Un projet peut mener à des résultats inattendus ou négatifs, mais il faut faire savoir aux résidents qu'ils ne doivent pas se décourager devant de tels résultats. Toute forme d'apprentissage expérientiel est valable.
- Adaptez le programme axé sur l'AQ pour répondre aux besoins de tout curriculum en y intégrant un contenu et des exemples propres à votre spécialité.
- Lors de la mise en œuvre de votre programme axé sur l'AQ, vous pourriez être agréablement surpris de constater l'intérêt marqué des administrateurs de l'hôpital pour ce que vous enseignez à vos résidents. Après tout, l'AQ entraîne une restructuration de processus, et ces remaniements sont chose courante au sein des organisations sanitaires.

[CONSEIL]

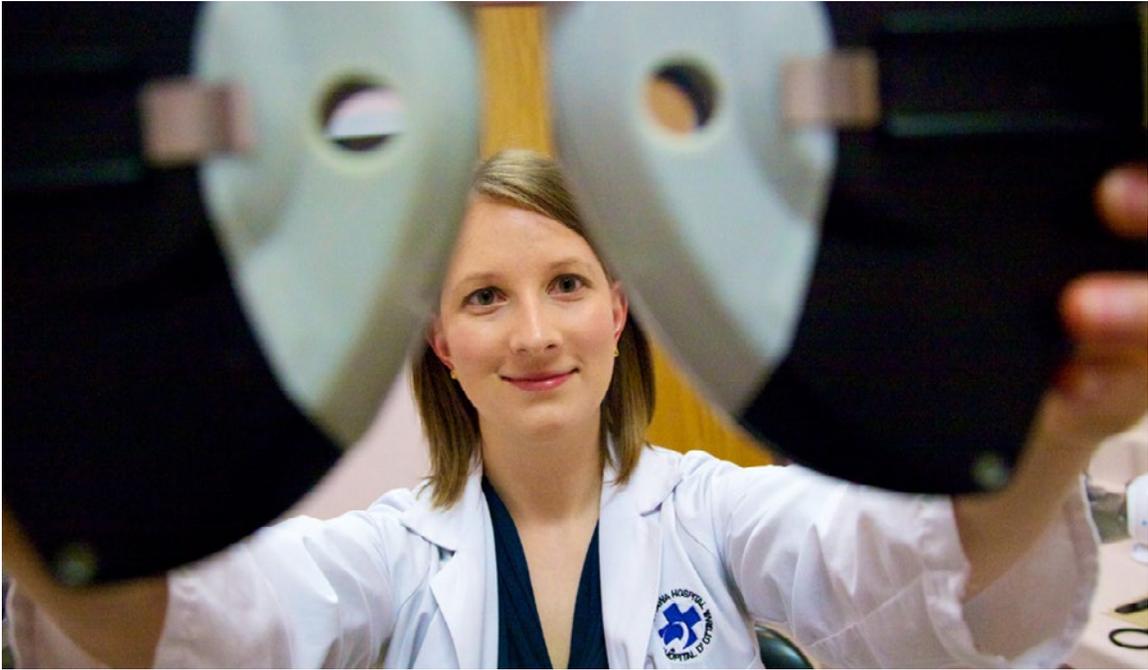
Au cours de l'élaboration de votre programme axé sur l'AQ, il est stratégiquement avantageux d'obtenir l'adhésion complète du personnel d'AQ, des administrateurs d'hôpital et de professionnels de la santé de la collectivité à ce que vous faites, et ce, dès le départ. Les hôpitaux de soins actifs offrent nombre de possibilités d'AQ, et les résidents ont tendance à choisir des projets d'AQ dans le milieu hospitalier parce que c'est celui qu'ils connaissent le mieux. De même, le personnel de l'hôpital qui possède une connaissance de la théorie et de la pratique de l'AQ peut offrir des séances didactiques et encadrer des petits groupes. L'infrastructure de soutien est également disponible pour la collecte et l'analyse des données dans le cadre des projets d'AQ des résidents.



Exemples d'objectifs d'apprentissage

Les objectifs d'apprentissage présentés ci-dessous reflètent la complexité croissante de la formation en AQ et s'appuient sur les aptitudes acquises dans le programme de base. Par exemple, à la fin du programme de niveau intermédiaire, le stagiaire sera capable de :

- constituer une équipe d'AQ et décider des responsabilités des membres de l'équipe;
- choisir un domaine clinique pour un projet d'AQ et un établissement pour la collecte de données;
- produire au moins un énoncé des objectifs pour un projet d'AQ qu'il aura lui-même choisi;
- élaborer une grille d'AQ en répondant aux trois questions fondamentales sur le modèle d'amélioration du projet personnel d'AQ : Qu'essayons-nous d'accomplir? Comment saurons-nous qu'un changement constitue une amélioration? Quels changements pouvons-nous mettre en œuvre pour donner lieu à une amélioration?
- déterminer un calendrier réaliste qu'il est possible de respecter;
- établir une répartition appropriée du travail entre les membres de l'équipe;
- relever les besoins en soutien à l'AQ et les exigences en matière de ressources;
- déterminer les indicateurs pour la collecte de données, dont au moins une mesure de résultats, un processus de mesure et une mesure compensatoire;
- concevoir les plans pour la collecte de données afin d'assurer la faisabilité et la viabilité;
- analyser, avec le concours d'analystes de l'AQ, les données recueillies sous la forme de graphiques de séquences ou de graphiques de contrôle;
- expliquer si une intervention semble fonctionner (amélioration) ou non (pas d'amélioration) sur la base de l'analyse des données.



Détermination de ce qui fait un bon projet d'AQ

Nombre de stagiaires adultes préfèrent apprendre au moyen d'expériences concrètes, surtout lorsqu'ils font face à des constructs théoriques complexes, comme l'AQ dans le milieu clinique. Pour les résidents, l'acquisition d'une expérience qui est pertinente sur plan clinique et s'inscrit dans leur vie quotidienne au travail constitue une manière particulièrement efficace de faire l'apprentissage de l'AQ. Qui plus est, toute expérience clinique peut être transformée en une occasion d'apprentissage. Par exemple, un projet d'AQ peut s'articuler autour de n'importe quelle initiative visant à :

- réduire l'erreur;
- examiner les variations;
- examiner le service, améliorer l'interface fournisseur-patient;
- modifier le milieu de travail, améliorer le flux de travail, gérer le temps, éliminer le gaspillage;
- optimiser le répertoire des soins de santé.

Choix d'un projet facile à gérer

Lorsque les résidents apprennent l'AQ, il importe qu'ils accomplissent leurs tâches (projet) du début à la fin; il est donc tout à fait acceptable pour eux d'entreprendre des projets à petite échelle, mais réalisables. Encouragez les résidents qui suivent vos programmes intermédiaire et avancé à choisir des projets d'AQ ciblés et d'envergure restreinte qui peuvent être réalisés par des équipes de quatre ou cinq d'entre eux. Les résidents voudront probablement choisir leur propre parrain et définir eux-mêmes leur projet d'AQ; vous pouvez néanmoins offrir une liste de thèmes possibles et de parrains potentiels (voir l'exemple au tableau 6.1). Par conséquent, il vous serait utile de conserver une base de données de tous les thèmes et parrains des projets qui ont été réalisés à ce jour; vous pourrez l'utiliser pour stimuler la réflexion des résidents sur des sujets. La base de données fournit également des renseignements historiques intéressants sur les champs d'intérêt changeants et la complexité croissante des projets.

Tableau 6.1 : Exemples de sujets possibles et de parrains de la faculté potentiels

<i>Programme</i>	<i>Parrains</i>	<i>Thèmes suggérés</i>
Médecine des soins intensifs	D ^{rs} A, B et C D ^r D	Protocoles pour réduire l'instabilité hémodynamique durant l'hémodialyse à l'unité des soins intensifs (USI). Améliorer le processus d'intubation à l'USI.
Médecine interne générale	D ^r G D ^r H	Visites non planifiées à l'USI des services de médecine générale. Prise en charge de la douleur et polypharmacie.

Quelques principes directeurs :

- Demandez aux résidents de relire la documentation du programme de base et rappelez-leur qu'un petit changement peut produire des effets considérables.
- Choisissez des projets dont les problèmes peuvent être réglés par l'équipe d'AQ; n'essayez pas de régler les problèmes d'autres personnes. Le projet doit être pertinent pour ceux qui le réalisent. Assurez-vous que le sujet à l'étude n'est pas soumis à des changements d'une autre source.
- Si possible, harmonisez les projets avec d'autres activités d'AQ qui se déroulent dans le milieu clinique; cela ouvrira l'accès à du soutien et des ressources, et favorisera la viabilité.
- Offrez des orientations au moyen de séances de tutorat multiples. À mesure qu'ils progresseront dans le programme, les résidents seront capables de répondre aux questions et traiter les objectifs de façon graduellement plus complexe, et cela sera observable durant les séances de tutorat.
- Les résidents doivent prévoir les complications ou les inconvénients et, encore une fois, on doit leur rappeler de ne pas se décourager si leur projet mène à des résultats inattendus ou négatifs; toute forme d'apprentissage expérientiel est précieuse.

[CONSEIL]

Maintenant que nous étendons les occasions d'apprentissage de la formation des résidents dans les milieux communautaires et de soins ambulatoires, il devient logique d'encourager les résidents à choisir des projets d'AQ dans un milieu communautaire. La levée de tout obstacle — comme la rareté des parrains de la faculté œuvrant dans un milieu communautaire ou le manque de connaissances en matière d'AQ chez les professionnels de la santé travaillant dans la collectivité — en vaudra bien la peine étant donné que le bassin de population est plus vaste dans la collectivité que dans un hôpital et que, par conséquent, les projets d'AQ menés dans la collectivité auront potentiellement un impact beaucoup plus important que ceux réalisés dans un hôpital.

Choix d'un projet dans un milieu clinique

Les résidents peuvent manifester un intérêt à réaliser un projet d'AQ dans un milieu clinique, et les mêmes principes directeurs généraux s'appliqueront, comme le choix d'un projet de petite envergure. Il faut toutefois en même temps comprendre qu'un programme axé sur l'AQ qui donne de bons résultats dans une région ne fournira pas nécessairement des résultats positifs s'il devait être mis en œuvre dans une autre région.

La réalisation de l'AQ dans un système clinique comprend notamment les étapes suivantes :

- la rédaction d'énoncés des objectifs clairs, concis et qui visent une population particulière; ils précisent en outre un résultat mesurable sur une période de temps déterminée;
- l'établissement du diagramme des étapes du processus clinique;
- l'obtention d'un échantillon simplement suffisant de données de base pour formuler un jugement sensé;
- la collecte des données de base (p. ex., produire les graphiques de séquences et de contrôle);
- l'élaboration d'un plan pour un changement;
- la communication de ce plan aux intervenants;
- la mise en œuvre du plan;
- la collecte des données pour évaluer le plan (cycle PFVA);
- la communication de rétroactions à l'équipe;
- la réitération des étapes pertinentes pour la mise en œuvre du prochain changement;
- la diffusion des résultats de l'évaluation.

Comme dans tout projet d'AQ, les résidents utiliseront le modèle généralement accepté en matière d'amélioration qui pose trois questions essentielles : a) Qu'essayons-nous d'accomplir? b) Comment saurons-nous qu'un changement constitue une amélioration? c) Quels changements pouvons-nous mettre en œuvre pour donner lieu à une amélioration? (Deming, 2000; Langley et coll., 1996). La réussite peut être mesurée au moyen d'indicateurs équilibrés qui tiennent compte des résultats cliniques et fonctionnels, du degré de satisfaction des utilisateurs et des coûts financiers, entre autres.

[CONSEIL]

Il importe de se rappeler que l'AQ doit se concentrer sur des éléments précis du système clinique à un moment donné plutôt que de tenter de remanier l'ensemble du système en un seul temps.

Journée annuelle de l'AQ

Lorsque vous lancerez votre programme axé sur l'AQ, il est possible que vous découvriez qu'un grand nombre d'apprenants et de collègues ne connaissent pas bien ce concept. Parmi les façons de montrer aux apprenants et aux enseignants la pertinence de l'AQ et ses effets sur la pratique clinique figurent les vérifications de la pratique et les portfolios personnels, de même que les autoévaluations remplies par les stagiaires sur leurs expériences en matière d'AQ.

La tenue d'une journée annuelle de l'AQ constitue une autre façon. Cette activité fournit aux résidents un lieu pour la diffusion des constats de leur projet d'AQ (Wong et coll., 2007) tout en accroissant la sensibilisation à l'AQ. Le programme de la journée peut inclure une conférence plénière par un érudit en AQ d'un autre établissement. Non seulement cela ajoute au prestige de la journée de l'AQ, mais motive aussi les résidents à poursuivre leur travail d'AQ après la fin du programme. Terminez l'activité par la remise de prix de reconnaissance.

[CONSEIL]

Le moment de la tenue de la Journée de l'AQ doit être déterminé stratégiquement afin de maximiser son impact éducatif. Par exemple, si vous offrez le programme de base en deux demi-journées de formation universitaire en août et septembre de la première année de formation postdoctorale, les résidents réaliseront leur projet d'AQ de janvier à novembre de l'année civile suivante (c.-à-d. au cours des derniers mois de la première année de formation postdoctorale et des premiers mois de la deuxième année). Si vous tenez la Journée de l'AQ à la fin de novembre, les résidents de première année peuvent apprendre comment présenter un projet d'AQ terminé en regardant leurs collègues de deuxième année.

Prix annuels de reconnaissance de l'AQ

Tous apprécient être reconnus et récompensés pour un travail bien fait, et les apprenants en AQ ne font pas exception. Non seulement une structure de prix de reconnaissance créée spécialement pour l'AQ soulignera les réalisations des résidents en AQ, mais pourra aussi rehausser la motivation des résidents à développer leurs compétences et acquérir des connaissances en dehors du domaine d'expert médical.

Les éducateurs peuvent individuellement avoir des opinions différentes à l'égard de ce qui constitue une reconnaissance appropriée; par conséquent, les éléments de la structure de prix varieront d'un programme à l'autre. L'idée est d'offrir quelque chose qui comptera pour vos apprenants et de tenir une cérémonie officielle de remise des prix, comme à l'occasion de la Journée de l'AQ. Voici quelques suggestions de catégories de prix :

- **Meilleur projet d'AQ par des résidents en médecine.** Décerné pour le projet d'AQ qui intègre le mieux la priorité à l'aspect clinique/patient, illustre les principes de l'amélioration et fournit des résultats mesurables.
- **Prix de la sécurité des patients et des pratiques exemplaires pour les résidents en médecine** Décerné pour le projet qui démontre la plus grande applicabilité de la promotion de la sécurité des patients et des pratiques exemplaires.
- **Prix de la qualité pour un travail d'équipe efficace.** Décerné à l'équipe qui a le mieux fait preuve d'une contribution équilibrée de compétences et de connaissances par tous ses membres et qui a été efficace à obtenir la participation de l'équipe clinique touchée par le processus visé par le changement.

Quelques principes directeurs :

- Les paramètres des prix de reconnaissance en AQ pour les résidents doivent refléter des buts qu'il est possible d'atteindre au cours de la période du programme axé sur l'AQ.
- Les prix à court terme peuvent être des sommes d'argent, des certificats commémoratifs et des repas de célébration. Les fonds pour les prix en argent peuvent être obtenus de sources comme les départements des universités et les organismes sanitaires.
- Les récompenses à plus long terme peuvent inclure la mention des réalisations d'un résident en AQ dans de futures lettres de recommandation en soutien à un stage de perfectionnement dans une spécialité ou à des demandes d'emploi, et le parrainage d'un résident pour la présentation de son travail à des conférences nationales ou internationales sur l'AQ.
- Les projets d'AQ devraient être évalués par un comité présidé par un expert en AQ (peut-être le conférencier d'honneur de la Journée de l'AQ). La composition du comité pourrait comprendre un représentant senior de l'hôpital universitaire local (p. ex., le vice-président de la médecine), le chef du département d'AQ et un représentant du service organisateur de la Journée de l'AQ.

Évaluation

Il existe divers cadres pour le suivi (la documentation) de l'expérience des résidents. Ces cadres sont utiles pour appuyer une réflexion ultérieure, de même qu'aux fins d'agrément. Ils comprennent la rédaction d'un rapport, la compilation d'un portfolio (dont un essai de réflexion) et la réalisation d'un projet d'AQ en milieu clinique assorti de mesures des résultats et du rendement. Les outils d'évaluation comprennent le programme d'autoévaluation, le Quality Improvement Knowledge Application Tool (QIKAT) et le Quality Improvement Knowledge Application Tool Revised (QIKAT-R), ainsi que la fiche de pointage équilibrée.

La méthode de la fiche de pointage équilibrée simule ce qui se déroule réellement dans le travail d'AQ clinique; elle est couramment employée par les organisations sanitaires et génère une richesse de renseignements. Un complément d'information sur l'évaluation et ces outils est présenté à la partie 8.

Références bibliographiques

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Collège des médecins de famille du Canada, Collège des Médecins du Québec. *Normes générales applicables à tous les programmes de résidence. Normes B, Ottawa*, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2011.

Frank JR, Snell LS, Sherbino J, et coll. *Guide des jalons CanMEDS 2015*, Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015.



Programme modèle : AQ avancée

- Aperçu du programme
- Exemples d'objectifs d'apprentissage
- Élaboration du sommaire sur l'AQ
- Journée annuelle de l'AQ et prix de reconnaissance
- Évaluation

[07]

Programme modèle : AQ avancée

« Les départements d'AQ des hôpitaux affiliés à l'UCB ont adopté avec enthousiasme le programme axé sur l'AQ et les projets des résidents. Ils ont également participé au jury pour notre Journée de l'AQ des résidents, et nous avons reçu un soutien financier de l'administration des hôpitaux pour nos prix de reconnaissance de l'AQ. » (Barbara Trerise, Providence Health Care, Colombie-Britannique)

Le programme axé sur l'AQ avancée est un prolongement du programme intermédiaire et est conçu pour fournir aux résidents un niveau avancé d'apprentissage en AQ fondé sur les compétences. Il vise les résidents qui envisagent un parcours de carrière potentiel en AQ ou qui manifestent un intérêt pour une structure systémique plus élaborée. Sa structure est analogue à celle des compétences de transition vers la pratique du *Référentiel CanMEDS pour les médecins, permettant aux médecins d'atteindre les jalons suivants du rôle de leader* (Frank et coll., 2015) :

- appliquer les principes de l'amélioration de la qualité pour faire progresser les systèmes de soins aux patients;
- apporter sa contribution à une culture qui favorise l'amélioration de la qualité des soins de santé et de la sécurité des patients.

Aperçu du programme

Au niveau avancé, les résidents développent davantage leurs compétences en érudition, notamment en apprenant comment rédiger un sommaire normalisé pour leur projet d'AQ pour ensuite présenter les constats de leur projet en tant qu'équipe.

Quelques principes directeurs :

- Tout comme dans le cas des programmes de base et intermédiaire, il est recommandé d'employer un programme longitudinal dans lequel prédomine l'apprentissage expérientiel.
- Conjointement avec le programme intermédiaire, favorisez l'intérêt dans l'AQ avec un programme de prix de reconnaissance et utilisez la Journée annuelle de l'AQ pour mettre en évidence les projets d'AQ des stagiaires.

- Vous voudrez également obtenir la participation des chefs des départements d'AQ de votre hôpital à titre de membres du jury pour une Journée de l'AQ des résidents et rechercher un soutien financier de l'administration des hôpitaux pour les prix de reconnaissance en AQ.
- Le programme avancé peut être adapté en fonction de vos résidents par l'ajout de contenus et d'exemples propres à leur spécialité.
- Afin de mieux faire connaître votre programme d'AQ, vous pouvez encourager vos résidents à présenter leurs projets terminés à des conférences nationales et internationales sur l'AQ.

Exemples d'objectifs d'apprentissage

Après avoir atteint tous les objectifs d'apprentissage des programmes de base et intermédiaire en AQ, le stagiaire travaillant au niveau avancé sera capable de :

- diriger une équipe d'AQ;
- harmoniser l'AQ avec les stratégies de promotion de la santé et de prévention de la maladie;
- expliquer les incidences éthiques de la collecte de données pour l'AQ;
- obtenir l'approbation éthique, le cas échéant;
- rédiger un sommaire sur l'AQ qui satisfait aux critères normalisés;
- produire et présenter, avec les membres de l'équipe, un exposé oral sur les constats d'un projet d'AQ à une séance de conférences;
- rédiger un article scientifique sur l'AQ qui satisfait aux critères normalisés.

Élaboration du sommaire sur l'AQ

Le programme avancé est celui qui permettra aux résidents d'apprendre à rédiger un sommaire normalisé pour le projet d'AQ qu'ils ont réalisé dans le cadre du programme intermédiaire, écrire un article scientifique et présenter les constats de leur projet en équipe dans le contexte d'une conférence. En commençant le programme avancé, les stagiaires auront terminé la collecte de données pour leur projet d'AQ et en auront entrepris l'analyse. La structure normalisée d'un sommaire sur l'AQ est présentée au cours d'une séance de tutorat, de même que des lignes directrices précises et un sommaire modèle à suivre. De concert avec leur conseiller, les stagiaires préparent le sommaire de l'équipe ainsi que leur présentation qui sera faite à une date déterminée.

Exemple 3 : Modèle de sommaire d'un projet d'AQ

Effets d'un programme éducatif et d'une nouvelle méthode de collecte de données sur les taux de collecte de données de pose de cathéters centraux, d'utilisation stratégiques de techniques stériles et de l'incidence d'infections sanguines liées aux cathéters dans une unité de soins intensifs (USI).

S. Mountain, J. Rodrigo, C. Gray, J. Al Barrak, P. Dodek

Département de médecine, Université de la Colombie-Britannique, Vancouver (C.-B.)

Problèmes

Nécessité de méthodes améliorées de collecte de données pour déterminer les étapes suivies par les personnes qui posent les cathéters afin d'assurer une technique stérile, et nécessité d'amélioration de l'observation des principes de technique stérile afin de réduire l'incidence d'infections sanguines liées aux cathéters.

Objectifs

Augmenter de 50 % en deux mois le pourcentage de cathéters pour lesquels les données de pose sont recueillies dans une USI; accroître de 10 % en deux mois le nombre de stratégies de pose de cathéters stériles employées par les personnes qui en font l'insertion dans une USI; réduire de 10 % en deux mois l'incidence d'infections sanguines liées à des cathéters dans une USI.

Principales mesures d'amélioration

Pourcentage de poses de cathéters centraux pour lesquels les données concernant la technique d'insertion stérile sont recueillies; nombre de stratégies de pose de cathéters stériles employées par les personnes qui l'exécutent; incidence des infections sanguines liées à des cathéters.

Processus de collecte de l'information

Les données sur la technique de pose des cathéters ont été recueillies de deux façons : à l'origine, les personnes effectuant la pose étaient sondées de manière aléatoire à la suite de l'intervention par deux collecteurs de données présents à l'USI. À la suite de notre démarche, les données ont été recueillies sur un formulaire en ligne que les personnes effectuant la pose de cathéters étaient invitées à remplir sur une base volontaire; ce formulaire génère automatiquement une note sur le processus de pose.

Les données sur le nombre réel de poses de cathéters à l'USI ont été recueillies de façon indépendante par le personnel de collecte de données de l'USI qui n'est pas associé à cette étude. Ces collecteurs de données ont également documenté tous les cas d'infections sanguines liées aux cathéters, conformément à un ensemble de critères rigoureux prédéfinis.

Analyse et interprétation

Tableau 7.1 : Résultats avant et après l'offre d'une séance éducative sur une technique stérile appropriée de pose de cathéters, affichage de rappels et instauration en ligne d'un formulaire et d'une note normalisés sur le processus.

Journée annuelle de l'AQ et prix de reconnaissance

Tout comme dans le contexte du programme intermédiaire, une Journée annuelle de l'AQ fournit aux résidents un lieu pour la diffusion des constats de leur projet d'AQ tout en sensibilisant davantage à l'AQ. L'activité offre également l'occasion parfaite pour reconnaître les apprenants en AQ pour un bon travail grâce à la remise annuelle des prix de reconnaissance en AQ.

Évaluation

Il est recommandé d'utiliser la fiche de pointage équilibrée pour évaluer les résidents du programme avancé. Un complément d'information sur l'évaluation et cet outil est présenté à la partie 8.

Références bibliographiques

Frank JR, Snell LS, Sherbino J, et coll. Guide des jalons CanMEDS 2015, Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015.

Ogrinc G, SE Mooney, C Estrada, T Foster, D Goldmann, LW Hall, MM Huizinga, SK Liu, P Mills, J Neily, W Nelson, PJ Pronovost, L Provost, LV Rubenstein, T Speroff, M Splaine, R Thomson, AM Tomolo, B Watts. The SQUIRE (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence) guidelines for quality improvement reporting: explanation and elaboration. *Quality and Safety in Health Care* 2008;17(Suppl 1):i13–32.

Wong RY, BO Kassen, K Hollohan, R Hatala, JM Roberts. A new interactive forum to promote awareness and skills in quality improvement among Internal Medicine residents: a descriptive report. *Canadian Journal of General Internal Medicine* 2007;2(1):35–36.



Évaluation des compétences en AQ

- Programme d'autoévaluation
- Quality Improvement Knowledge Application Tool/Revised (QIKAT/QIKAT-R)
- Fiche de pointage équilibrée
- Portfolio
- Vérification de la pratique

[08]

Évaluation des compétences en AQ

« Observez, consignez, compilez, communiquez. Servez-vous de vos cinq sens. Apprenez à voir, à entendre, à toucher et à sentir, et sachez que par la seule pratique, vous pouvez devenir expert. » (Sir William Osler, 1^{er} baronet, M.D.)

Comme en ce qui concerne la formation médicale, l'évaluation est une composante essentielle d'un programme d'AQ : elle aide les éducateurs à vérifier l'efficacité de leur enseignement et la portée de l'apprentissage des stagiaires, en plus de satisfaire à certaines exigences relatives à l'agrément. De même, les informations obtenues de méthodes d'évaluation propres au contenu et au contexte peuvent améliorer un programme axé sur l'AQ. Il importe par conséquent non seulement d'établir un cadre d'évaluation dans votre programme axé sur l'AQ, mais aussi de penser à élaborer le programme et le cadre d'évaluation en même temps.

Parmi les outils d'évaluation courants que l'on peut utiliser pour un programme axé sur l'AQ figurent notamment :

- le programme d'autoévaluation;
- le Quality Improvement Knowledge Application Tool/Revised (QIKAT/QIKAT-R);
- les fiches de pointage équilibrées;
- les portfolios;
- les vérifications de la pratique.

À PROPOS DES OUTILS : Des outils à personnaliser sont proposés; il suffit de les télécharger, individuellement ou en bloc, en cliquant sur les liens fournis, lesquels donnent accès au site du Collège royal (les outils seront mis à jour au besoin). Une version statique de chacun de ces outils est également comprise dans ces pages afin de permettre au lecteur de s'y référer pendant sa lecture.

Programme d'autoévaluation

Le programme d'autoévaluation est un outil normalisé et validé pour l'évaluation des compétences en AQ (Ogrinc et coll., 2009). Comme dans le cas de tout questionnaire à autodéclaration, celui-ci est facile à utiliser, et il peut être administré aux apprenants à tous les niveaux de connaissances en AQ. Le principal inconvénient du programme d'autoévaluation réside dans le fait que l'amélioration des notes ne correspond pas nécessairement à une amélioration des connaissances et compétences en AQ.

Quelques principes directeurs :

- Le programme d'autoévaluation administré de prime abord constitue une bonne façon de commencer le programme axé sur l'AQ parce que cela permet aux résidents de réfléchir à leur propre degré d'aise avec l'AQ.
- Vous pourriez déployer le programme d'autoévaluation à différents moments, comme au début, immédiatement après la prestation du programme de base et à la fin du programme avancé. L'outil peut cependant être utilisé à n'importe quel stade. Par exemple, si vous n'offrez pas le programme avancé, vous pourriez administrer le programme d'autoévaluation à la fin du programme de niveau intermédiaire.
- En raison du risque de lassitude à l'égard des évaluations, il est recommandé de limiter le recours à cet outil à un maximum de trois fois pour un groupe donné.

Il est intéressant de vérifier les changements dans les notes du programme d'autoévaluation au fil du temps, à mesure que le programme se poursuit. Les informations recueillies au moyen du programme d'autoévaluation reflètent les aspects liés aux attitudes dans l'enseignement et l'apprentissage de l'AQ. Ce programme peut aussi être employé pour des évaluations des besoins ultérieures.

Quality Improvement Knowledge Application Tool/Revised (QIKAT/QIKAT-R)

Le QIKAT est un outil normalisé et validé qui permet aux résidents d'appliquer leurs connaissances en AQ à des cas cliniques par la réalisation d'un exercice d'apprentissage fondé sur des cas (Ogrinc et coll., 2004). Les informations recueillies reflètent les aspects liés aux connaissances dans l'enseignement et l'apprentissage de l'AQ. L'inconvénient principal du QIKAT réside dans le fait que l'amélioration des notes sur les connaissances ne correspond pas nécessairement à l'amélioration du rendement clinique. Une version révisée, le QIKAT-R, qui contient une nouvelle grille d'évaluation, a été mise à l'essai et validée durant trois ans; il a été constaté que cette version offre une meilleure fiabilité interévaluateurs (Singh, Ogrinc et coll., 2014).

Quelques principes directeurs :

- À l'instar du programme d'autoévaluation, le QIKAT/QIKAT-R peut être administré aux apprenants à tous les niveaux et il est utile pour suivre l'évaluation des connaissances au fil du temps (p. ex., au début, à la fin du programme de base et à la fin du programme intermédiaire ou avancé).
- Si vous prévoyez d'administrer cet outil aux mêmes résidents avant et après le programme, il est recommandé d'employer différentes études de cas dans le deuxième QIKAT/QIKAT-R afin de réduire le phénomène d'apprentissage lié au test.

Fiche de pointage équilibrée

La fiche de pointage équilibrée est plus efficace pour l'évaluation des apprenants des niveaux intermédiaire et avancé. À l'aide de cet outil, les experts en AQ ou les membres du corps professoral évaluent les apprenants sur un certain nombre d'aspects, comme les comportements, les compétences en AQ et les constats du projet, sur une échelle de 0 à 5. La méthode simule ce qui se déroule réellement dans le travail d'AQ clinique et elle est couramment employée par les organisations sanitaires. Elle génère également une richesse de renseignements. L'inconvénient principal de cette méthode réside dans le fait que la fiche de pointage doit être remplie soit par des experts en AQ ou par des membres du corps professoral qui ont reçu une formation poussée sur la façon d'accomplir cette tâche.

Portfolio

Nombre d'éléments de l'expérience d'apprentissage de l'AQ et des constats du projet peuvent être recueillis dans un portfolio personnel. Les informations contenues dans un portfolio reflètent la croissance longitudinale des connaissances, aptitudes et attitudes d'un apprenant. En plus de faciliter une réflexion future chez celui-ci, il constitue un moyen pratique que d'autres peuvent utiliser pour évaluer les progrès chez l'apprenant.

Les portfolios peuvent être constitués en version papier ou électronique. La méthode du portfolio, qui peut être utilisée pour les apprenants de tous les niveaux, gagne en popularité et est très appropriée pour des programmes de résidence de petite taille ou de taille moyenne. L'obligation pour l'apprenant de réfléchir à ce qu'il a appris et le fait que le portfolio doit être évalué sur une base régulière par un membre du corps professoral (possédant préférablement une expertise en AQ) constituent les principaux inconvénients de cette méthode.

Vérification de la pratique

Une vérification de la pratique représente une façon pragmatique d'évaluer les effets de l'apprentissage en AQ sur la pratique clinique concrète. Cependant, les vérifications de la pratique peuvent exiger l'emploi d'un plus grand nombre de ressources que les autres méthodes d'évaluation décrites dans le présent chapitre. Il faudra procéder à de nouvelles études pour déterminer si les avantages de l'évaluation des stagiaires en AQ justifient les ressources qui doivent être consacrées à la conduite des vérifications.

Références bibliographiques

Ogrinc G, LA Headrick, LJ Morrison, T Foster. Teaching and assessing resident competence in practice-based learning and improvement. *Journal of General Internal Medicine* 2004;19(5 Pt 2):496–500.

Singh MK, G Ogrinc, KR Cox, M Dolansky, J Brandt, LJ Morrison, B Harwood, G Petroski, A West, LA Headrick. The Quality Improvement Knowledge Application Tool Revised (QIKAT-R). *Academic Medicine* 2014 Oct;89(10):1386–91.



Évaluation du programme d'études

- Évaluation du programme axé sur l'AQ à l'UCB

[09]

Évaluation du programme d'études

« Le programme axé sur l'AQ devrait correspondre à un modèle d'amélioration semblable à celui de toute autre initiative d'AQ dans le domaine clinique. » (Wong et Roberts, 2008)

Est-il nécessaire d'améliorer un programme sur l'amélioration? La réponse est : absolument. Les programmes axés sur l'AQ doivent être améliorés constamment afin de maintenir leur validité et leur caractère actuel. Des changements itératifs feront en sorte que le programme demeure à jour et qu'il continue de bien s'adapter aux apprenants cibles.

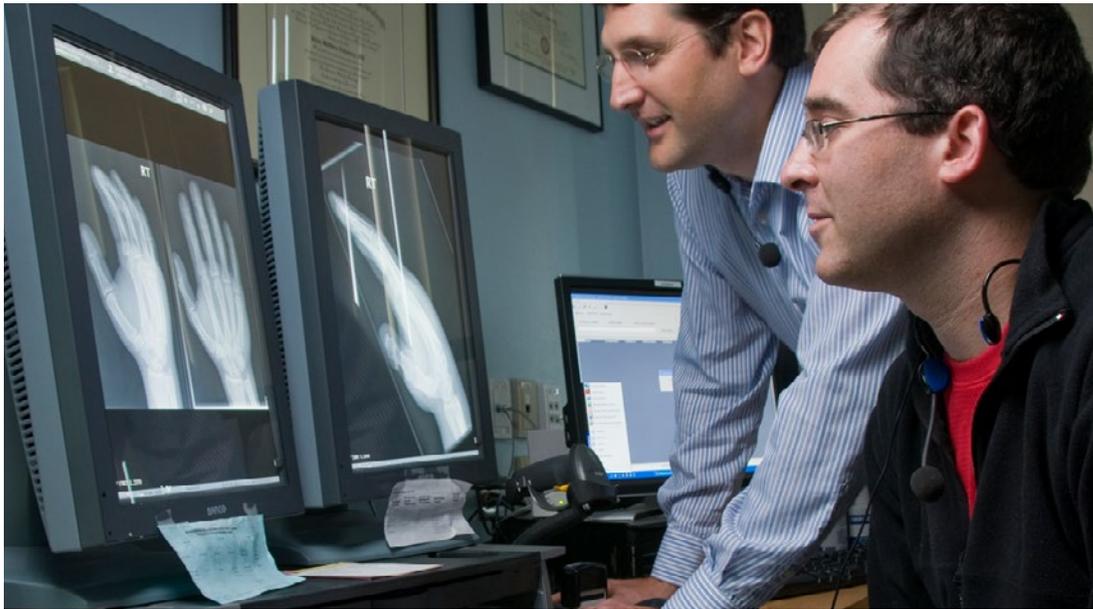
Quelques principes directeurs :

- Instaurez un programme d'évaluation approprié pour le curriculum, comprenant possiblement des outils comme le cycle planifier-faire-vérifier-agir (PFVA) et des techniques de gestion du changement. Dans le cycle PFVA, il est possible de mettre à l'essai, d'évaluer et de perfectionner au besoin des ensembles de petites améliorations.
- Adoptez une approche pragmatique envers l'évaluation du programme. Comme dans le cas des projets d'AQ des stagiaires, il n'est pas nécessaire d'entreprendre une étude de grande envergure. Plutôt, modifiez les objectifs de votre programme, les plans de cours ou les exemples que vous utilisez durant vos séances d'enseignement, puis vérifiez si ces changements apportent ou non des améliorations au programme.
- Évaluez tant les résultats que les mesures de processus. Il importe également de prévoir les difficultés et d'élaborer des stratégies pour aborder ces situations de façon proactive.
- Sollicitez des rétroactions en continu des résidents. Ceux qui viennent tout juste de terminer le programme peuvent offrir des commentaires précieux et, en outre, les personnes qui ont suivi le programme quelques années auparavant sont des sources potentielles de renseignements importants.
- Tirez parti de l'expertise en évaluation de programmes qui pourrait être disponible ailleurs dans votre environnement local. Par exemple, communiquez avec les unités d'éducation d'autres départements ou facultés. De plus, vous voudrez probablement demander aux médecins qui ont suivi votre programme axé sur l'AQ au cours de ses premières années de revenir pour l'enseigner et contribuer à l'améliorer.

Évaluation du programme axé sur l'AQ à l'UCB

Le programme axé sur l'AQ offert à l'UCB est un programme fondé sur les compétences qui se déroule en deux étapes, et qui comprend des ateliers didactiques et des projets d'AQ longitudinaux réalisés en équipe (Fok et Wong, 2014). Pour évaluer le programme, nous avons réalisé une étude prospective de cohorte couvrant quatre ans (2007–2011) au moyen de la comparaison de la conception antérieure et postérieure d'un programme de formation en médecine interne au Canada. Globalement, 175 résidents de première année d'études postdoctorales dans cette discipline ont participé à l'étude. Les principales mesures des résultats comprenaient l'autoévaluation, une évaluation objective à l'aide des notes du Quality Improvement Knowledge Application Tool (QIKAT) pour mesurer les connaissances en matière d'AQ, et une évaluation du rendement reposant sur la présentation des projets d'AQ longitudinaux.

Notre étude a montré qu'il était possible d'améliorer les connaissances en AQ (mesurées ou autodéclarées) par le seul enseignement didactique. Ce constat est important puisqu'un grand nombre parmi les obstacles et les défis qui se sont présentés sont associés au projet d'AQ. Nous avons également remarqué que non seulement les résidents avaient amélioré leurs connaissances en matière d'AQ après avoir suivi l'enseignement didactique, mais que cette amélioration s'était maintenue pendant douze mois comme en témoigne l'achèvement des projets en AQ. Cela suggère que l'apprentissage expérientiel peut apporter une contribution substantielle à une telle viabilité des connaissances en AQ.



Nous avons observé que la portée des projets d'AQ entrepris par les résidents s'élargissait au fil des ans. Cela s'expliquerait par le fait qu'il y aurait une certaine part de « méta-apprentissage » parmi les groupes de résidents alors que les résidents seniors devenaient plus à l'aise à traiter l'AQ ou y participaient davantage (cela indiquerait le début d'un virage culturel sous-jacent à l'égard de l'AQ, bien que nous n'ayons pas spécifiquement analysé de résultats dans notre étude). Nous avons aussi constaté ce changement d'autres façons. Lorsque la formation en AQ a initialement été élaborée pour le programme d'éducation médicale postdoctorale au département de médecine de l'UCB, les stagiaires n'ont pas manifesté d'intérêt envers cet apprentissage, probablement parce qu'ils n'y étaient pas sensibilisés. L'AQ est depuis devenue une composante si importante du programme de formation à l'UCB que les étudiants en médecine mentionnent leur intérêt pour l'AQ au cours de l'entrevue pour une place de résident, et certains ont même déjà une idée de projet d'AQ.

Le tableau 9.1 présente une liste des défis communs, de même que des stratégies d'atténuation dans l'évaluation d'un programme axé sur l'AQ.

Tableau 9.1 : Défis et stratégies d'atténuation dans l'évaluation d'un programme axé sur l'AQ	
<i>Défi</i>	<i>Stratégie d'atténuation</i>
L'évaluation du programme est reléguée au second plan.	Intégrez l'évaluation du programme au cours des premières étapes de sa conception.
Le manque d'expertise en matière d'évaluation.	Obtenez l'expertise d'équipes d'AQ chevronnées (p. ex., d'une autorité sanitaire, d'un hôpital, etc.).
Le manque de financement pour soutenir l'évaluation.	Intégrez les coûts de l'évaluation dans le budget du programme.
L'absence d'un mécanisme de rétroaction à la suite de l'évaluation du programme.	Veillez à ce qu'un modèle d'amélioration (p. ex., le cycle PFVA) soit appliqué au programme.
La gestion du changement.	Consultez <i>Evidence-Informed Change Management in Canadian Healthcare Organizations</i> de G. Dickson et coll. pour des conseils sur des stratégies de changement efficaces.

Références bibliographiques

Dickson G, R Lindstrom, C Black, D Van der Gucht. *Gestion du changement éclairée par les données probantes dans les organismes de santé du Canada*, Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Accès : www.fcass-cfhi.ca/SearchResultsNews/12-06-29/39d0d5a8-e64e-425e-aec2-5497c39be338.aspx. Consulté le 16 juillet 2015.

Fok MC, RY Wong. Impact of a competency based curriculum on quality improvement among internal medicine residents. *BMC Medical Education* 2014(14):252.

Wong RY, JM Roberts. Practical tips for teaching postgraduate residents continuous quality improvement. *Open Journal of General Internal Medicine* 2008(2):8–11.



Quelques conseils pour faciliter la transition

- Comment puis-je me préparer pour enseigner l'AQ?
- De quoi devrais-je tenir compte au moment de commencer l'élaboration de mon programme d'AQ?
- Quels sont les principaux intervenants dont je dois obtenir l'adhésion?
- Comment faire pour recruter des enseignants partageant les mêmes idées?
- Que puis-je faire pour améliorer la mise en œuvre de mon programme axé sur l'AQ?
- Quels renseignements devrais-je offrir à une personne qui manifeste un intérêt envers une carrière en AQ?
- Comment faire pour encourager d'autres facultés à instaurer la formation en AQ?

[10]

Quelques conseils pour faciliter la transition

La création et la mise en œuvre d'un programme sur l'AQ peuvent se présenter comme des défis de taille, mais les résultats que vous pouvez atteindre, tant en ce qui concerne la transmission aux résidents de moyens à l'égard de l'AQ que l'intégration de l'AQ dans la culture de votre organisation, en valent vraiment la peine. Les questions et réponses qui suivent sont destinées à vous aider dans la conception de votre propre programme axé sur l'AQ.

J'aimerais enseigner l'AQ, mais je n'ai pas la certitude d'avoir ce qu'il faut pour diriger la mise en œuvre d'un programme axé sur l'AQ. Comment puis-je me préparer pour aborder cette tâche?

Il n'est pas facile de mettre en œuvre et de diriger un programme axé sur l'AQ, mais vous pouvez vous simplifier la tâche en suivant les principes de la gestion du changement pour un programme efficace (Frank, 2007). Il pourrait également être utile de revoir les quatre aspects de l'intelligence émotionnelle, un attribut dont il a été dit qu'il distingue les leaders efficaces de toute autre personne (Goleman, 2004) : conscience de soi (confiance en soi, autoévaluation exacte), autogestion (maîtrise de soi, fiabilité, souci d'un travail consciencieux, capacité d'adaptation, orientation vers les résultats, sens de l'initiative), conscience sociale (empathie, compréhension organisationnelle, sens du service) et aptitudes sociales (leadership visionnaire, capacité d'influence, développement des autres, communication, incitation au changement, établissement de relations, esprit d'équipe et collaboration).

De quels éléments dois-je prioritairement tenir compte au moment de commencer à élaborer un programme axé sur l'AQ dans mon propre milieu?

Il y a un certain nombre d'éléments importants que les concepteurs de programmes axés sur l'AQ devraient traiter dès le début du processus (Wong et Roberts, 2008). Ceux-ci comprennent notamment de :

- créer un programme formel;
- enseigner aux stagiaires la théorie de base de l'AQ, puis de leur demander de travailler en équipes pour réaliser de façon autonome un projet ciblé d'envergure restreinte;
- utiliser une méthode pédagogique interactive fondée sur des cas;
- veiller à ce qu'il y ait suffisamment de temps réservé pour l'enseignement et l'apprentissage;
- intégrer l'enseignement d'importantes compétences liées à l'AQ (p. ex., l'esprit d'équipe, la communication) dans le programme;
- fournir un encadrement longitudinal en personne;

- accroître la sensibilisation envers l'AQ et votre programme axé sur l'AQ au moyen de la tenue d'un forum ouvert;
- créer un système d'évaluation de l'AQ et de récompenses connexes.
- rechercher l'aide des employés de l'administration de votre hôpital qui possèdent une connaissance théorique et pratique de l'AQ; ces personnes peuvent aider à l'enseignement, encadrer de petits groupes et fournir un soutien infrastructurel pour la collecte et l'analyse de données.

Quels sont les principaux intervenants dont je dois obtenir l'adhésion?

Vous devrez obtenir l'adhésion tant des leaders du domaine de l'éducation (p. ex., les directeurs de programme, les chefs de division, les directeurs de département, les leaders du bureau du doyen aux études postdoctorales des unités éducatives de la faculté de médecine) que les leaders du domaine clinique (les responsables de la qualité des soins et de la sécurité des patients, les chefs des services cliniques, les chefs des divisions cliniques, le vice-président de la médecine et le directeur général de l'hôpital ou de la région sanitaire).

Je suis enthousiaste à l'idée d'enseigner l'AQ, mais je ne peux pas me charger de l'ensemble du programme. Comment faire pour recruter des enseignants partageant les mêmes idées pour leur confier une partie de la charge d'enseignement?

Vous pourriez éprouver de grandes difficultés à recruter des enseignants pour votre programme, d'une part parce que les connaissances en AQ que possèdent actuellement nombre d'éducateurs cliniciens sont loin d'être optimales et, d'autre part, parce que l'intérêt pour l'AQ est limité chez maints enseignants potentiels. Une approche pluridimensionnelle pourrait contribuer à résoudre cette difficulté :

- À court terme, recrutez des enseignants d'autres départements (cliniciens ou non-cliniciens) ou cherchez à l'extérieur de votre faculté de médecine ou hôpital (p. ex., vous pourriez envisager de recruter des enseignants de l'école d'administration de votre université).
- À plus long terme, considérez d'offrir du perfectionnement professoral pour agrandir votre bassin d'enseignants. Par exemple, vous pouvez mettre sur pied des cours de « formation des formateurs » à l'université ou aux universités de la région.
- Encouragez les anciens du programme axé sur l'AQ à suivre une formation additionnelle en AQ, puis à revenir enseigner pour vous. Il pourrait être utile de communiquer avec le bureau de perfectionnement des corps professoraux ou le bureau de la formation médicale de votre établissement pour harmoniser vos initiatives avec les leurs.
- À l'échelon national, vous pouvez établir un modèle de collaboration en matière d'AQ (p. ex., en vous servant du modèle de collaboration de l'Institute for Healthcare Improvement), ou offrir de la formation à l'aide d'une technologie en ligne, comme le webinaire ou la webémission.

J'élabore un programme axé sur l'AQ. Que puis-je faire pour augmenter les probabilités d'une mise en œuvre réussie?

Pendant votre travail d'élaboration, réfléchissez aux ressources financières, humaines et autres à votre disposition et choisissez pour votre programme des éléments que vous pourrez offrir grâce à ces ressources. Par exemple, si votre bassin d'enseignants est limité, mais que vous avez accès à une source de financement, vous pourriez envisager de retenir les services d'un fournisseur (p. ex., par l'intermédiaire de l'Institute for Healthcare Improvement) pour la partie didactique de votre programme. Si vos ressources financières sont limitées, mais que vous disposez de ressources humaines en nombre raisonnable, il serait logique que vous et vos collègues preniez vous-mêmes en charge la composante didactique. Une autre possibilité serait d'organiser la prestation de la composante didactique par l'intermédiaire d'une administration centrale (c.-à-d. votre université ou hôpital).

Il y a trois éléments principaux qui contribueront au succès de votre programme :

- la mise à la disposition des résidents de temps réservé consacré à l'apprentissage de l'AQ;
- le soutien de vos collègues, de votre département et de votre établissement;
- les partenariats avec des experts de votre localité (votre capacité à former ces partenariats pourrait être fonction de la situation en matière de dotation et de ressources).

En règle générale, efforcez-vous d'utiliser ce qui existe déjà, et faites preuve d'innovation et de souplesse. Soyez prêts à faire face à des défis liés à l'hétérogénéité dans les progrès des apprenants, la bureaucratie et les finances. Un programme axé sur l'AQ ne peut être conçu ou instauré du jour au lendemain; alors, la patience est de rigueur.

Le programme axé sur l'AQ de mon département est opérationnel. Un des apprenants recherche des renseignements supplémentaires sur l'AQ et envisagerait de choisir ce domaine comme cheminement de carrière. Que dois-je lui dire?

Il n'est pas facile de trouver de la formation plus poussée en AQ et de définir des parcours professionnels dans ce domaine, mais les possibilités se présentent graduellement en plus grand nombre. Les résidents (et leurs enseignants) doivent comprendre qu'avec une formation appropriée et de l'expérience, l'AQ peut devenir une voie professionnelle viable. Les résidents qui manifestent un intérêt à poursuivre une carrière en AQ devront d'abord obtenir une formation avancée dans ce domaine. Vous pouvez suggérer à votre résident de rechercher un stage de perfectionnement spécialisé en AQ maintenant offert dans certaines provinces. Vous devriez conseiller au résident de vérifier que le soutien nécessaire sur le plan financier et de l'infrastructure est disponible à l'établissement où il souhaite entreprendre une formation avancée en AQ. Des parcours de carrière pour des personnes possédant une formation avancée en AQ commencent à émerger dans certaines provinces. Ils comportent souvent une combinaison de tâches universitaires (assorties de produits à livrer au chapitre de l'érudition et de la pédagogie) et de responsabilités cliniques.

Mes collègues et moi-même offrons un programme axé sur l'AQ dans notre département et nous souhaiterions que la formation sur l'AQ soit offerte à plus grande échelle. Comment faire pour encourager d'autres facultés à instaurer cette formation?

La meilleure façon serait de faire connaître votre programme axé sur l'AQ chaque fois que l'occasion se présente. Afin de faciliter la diffusion à l'échelon local, il est essentiel d'établir les processus et l'infrastructure pour votre programme à un point central, comme à la faculté ou au département de l'université, ou auprès de l'autorité sanitaire régionale ou à votre hôpital ou clinique. Essayez d'établir des relations avec le département d'AQ de votre hôpital et les départements cliniques, de même qu'avec les facultés d'éducation et d'administration de votre université. Il vous faudra obtenir des dirigeants de votre établissement un engagement envers votre programme si vous souhaitez le diffuser au-delà de votre département.

Vous pouvez accroître la notoriété de votre programme sur l'AQ à l'échelon local en organisant une Journée de l'AQ assortie d'une remise de prix (voir la partie 6). Afin de mieux faire connaître votre programme d'AQ à l'échelon national ou international, vous pouvez encourager vos résidents à présenter leurs projets terminés à des conférences sur l'AQ. Songez aussi à organiser des ateliers et des symposiums à des conférences, et à partager les réussites découlant de votre programme sur des forums en ligne.

Le soutien d'organismes nationaux d'agrément (p. ex., le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada et le Collège des médecins de famille du Canada) et des organismes de délivrance des permis d'exercice (p. ex., les ordres des médecins et chirurgiens des provinces) peut également être très utile dans votre démarche de diffusion de votre programme.

Références bibliographiques

Frank JR, D Danoff. The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies. *Medical Teacher* 2007;29(7): 642–647.

Goleman D. What makes a leader? *Harvard Business Review* 2004;82(1):82–91.

Wong RY, JM Roberts. Practical tips for teaching postgraduate residents continuous quality improvement. *Open Journal of General Internal Medicine* 2008;2:8–11.

Bibliographie et lectures suggérées

- Baker GR, et al 2004. The Canadian Adverse Events Study: incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *Canadian Medical Association Journal* 2004;170(11):1678–86.
- Batalden PB and F Davidoff. What is “quality improvement” and how can it transform healthcare? *Quality and Safety in Health Care* 2007;16(1):2–3.
- Batalden PB, EC Nelson, WH Edwards, MM Godfrey, JJ Mohr. Microsystems in health care: Part 9. Developing small clinical units to attain peak performance. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2003;29(11):575–585.
- Batalden PB, JJ Mohr, EC Nelson, SK Plume. Improving health care, Part 4: concepts for improving any clinical process. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 1996;22(10):651–659.
- Batalden PB, PK Stoltz. A framework for the continual improvement of health care: building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 1993;19:424–452.
- Bender AD, RJ Motley, RJ Pierotti, RO Bischof. Quality and outcomes management in the primary care practice. *Journal of Medical Practice Management* 1999;14(5):236–240.
- Berwick DM. A primer on leading the improvement of systems. *British Medical Journal* 1996;312:619–622.
- Berwick DM. Continuous improvement as an ideal in health care. *New England Journal of Medicine* 1989;320(1):53–56.
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, Collège des médecins de famille du Canada, Collège des Médecins et Chirurgiens du Québec. *Normes générales applicables à tous les programmes de résidence. Normes B*, Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2011.
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. « Le Collège royal conduit l'adaptation du nouveau programme pour la sécurité des patients », *Dialogue*, août 2011, no 11, vol. 7.
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. *Une culture équitable de sécurité des patients Livre blanc préparé pour le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada : L'avenir de l'éducation médicale au Canada*, Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2011.
- Curtiss FR. Crossing the quality chasm — incremental change through clinical practice guidelines (CPGs). *Journal of Managed Care and Specialty Pharmacy* 2002;8(5):400–401.
- Deming WE. *The New Economics for Industry, Government, Education*. 2nd ed. Cambridge (MA): MIT Press; 2000.
- Dharamsi S, J Osei-Twum, F Shroff, L Mu, R Woollard. *The Health Advocate Role: preparing future physicians for socially responsive practice*. Vancouver: Faculty of Medicine, University of British Columbia: 2010.
- Dickson G, R Lindstrom, C Black, D Van der Gucht. *Gestion du changement éclairée par les données probantes dans les organismes de santé du Canada*, Ottawa, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Accès : www.fcass-cfhi.ca/SearchResultsNews/12-06-29/39d0d5a8-e64e-425e-aec2-5497c39be338.aspx. Consulté le 16 juillet 2015.
- Fok MC, RY Wong. Impact of a competency based curriculum on quality improvement among internal medicine residents. *BMC Medical Education* 2014(14):252.
- Frank JR, D Danoff. The CanMEDS initiative: implementing an outcomes-based framework of physician competencies. *Medical Teacher* 2007;29(7): 642-647.
- Frank JR, LS Snell, OT Cate, ES Holmboe, C Carraccio, SR Swing, P Harris, NJ Glasgow, C Campbell, D Dath, RM Harden, W Lobst, DM Long, R Mungroo, DL Richardson, J Sherbino, I Silver, S Taber, M Talbot, KA Harris. Competency-based medical education: theory to practice. *Medical Teacher* 2010;32(8):638-645.
- Frank JR, Snell LS, Sherbino J, et coll. *Guide des jalons CanMEDS 2015*, Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015.
- Frank, J.R., L.S. Snell, J. Sherbino, rédacteurs. *Le référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins*, Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015. Accès : www.royalcollege.ca/canmeds.
- Garvin DA. Building a learning organization. *Harvard Business Review* 1993;71(4):78–91.
- Goleman D. What makes a leader? *Harvard Business Review* 2004;82(1):82–91.
- Holmboe ES, P Batalden. Achieving the desired transformation: thoughts on next steps for outcomes based education. *Academic Medicine*, 16 juin 2015 (publié en ligne avant la version papier). Consulté le 9 août 2015.

Holmboe ES. 2010. Teamwork, Humility, and Servant Leadership. Chapter 7. in Batalden P. ed. *Lessons Learned in Changing Healthcare*. Accès: www.Longwoods.com. Consulté le 9 août 2015.

Institut canadien pour la sécurité des patients. Campagne « Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! », Edmonton, Institut canadien pour la sécurité des patients, 2011.

Institute for Healthcare Improvement. Resources: How to Improve. Accès: www.ihl.org/resources/Pages/HowtoImprove/default.aspx. Consulté le 17 juin 2015.

Institute of Medicine. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington, DC: National Academies Press; 2001.

Institute of Medicine. *To Err is Human*. Washington, DC: National Academies Press; 2000.

Instituts de recherche en santé du Canada, définition de l'application des connaissances, extraite de Application des connaissances aux IRSC, www.cihr-irsc.gc.ca/f/29418.html. Consulté le 15 mai 2015 Tous droits réservés. Reproduit avec l'autorisation des Instituts de recherche en santé du Canada, 2015.

Jackovitz DS. Ambulatory patient satisfaction: a systematic approach to collecting and reporting information. *Journal for Healthcare Quality* 1999;21(6):12–7.

James B. Quality improvement opportunities in health care — making it easy to do it right. *Journal of Managed Care and Specialty Pharmacy* 2002;8(5):394–399.

Kirkham KR, DN Wijeyesundera, C Pendrith, R Ng, JV Tu, A Laupacis, MJ Schull, W Levinson, RS Bhatia. Preoperative testing before low-risk surgical procedures. *Canadian Medical Association Journal* 2015.

Langley GJ, R Moen, KM Nolan, TW Nolan, CL Norman, LP Provost. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. San Francisco: Jossey-Bass; 2009.

Nelson EC, ME Splaine, PB Batalden, SK Plume. Building measurement and data collection into medical practice. *Annals of Internal Medicine* 1998;128(6):460–466.

Nelson EC, PB Batalden, SK Plume, JJ Mohr. Improving health care, Part 2: a clinical improvement worksheet and users manual. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 1996;22(8):531–548.

Ogrinc G, LA Headrick, LI Morrison, T Foster. Teaching and assessing resident competence in practice-based learning and improvement. *Journal of General Internal Medicine* 2004;19(5 Pt 2):496–500.

Ogrinc G, LA Headrick, S Mutha, MT Coleman, J O'Donnell, PV Miles. A framework for teaching medical students and residents about practice-based learning and improvement, synthesized from a literature review. *Academic Medicine* 2003;78(7):748–756.

Ogrinc G, P Batalden. Realist evaluation as a framework for the assessment of teaching about the improvement of care. *Journal of Nursing Education* 2009;48(12):661–667.

Ogrinc G, SE Mooney, C Estrada, T Foster, D Goldmann, LW Hall, MM Huizinga, SK Liu, P Mills, J Neily, W Nelson, PJ Pronovost, L Provost, LV Rubenstein, T Speroff, M Splaine, R Thomson, AM Tomolo, B Watts. The SQUIRE (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence) guidelines for quality improvement reporting: explanation and elaboration. *Quality and Safety in Health Care* 2008;17(Suppl 1):i13–32.

Patow CA, K Karpovich, LA Riesenber, J Jaeger, JC Rosenfeld, M Wittenbreer, JS Padmore. Residents' engagement in quality improvement: a systematic review of the literature. *Academic Medicine* 2009;81(12):1757–64.

Richardson D, L Flynn. « La feuille de route : les objectifs d'apprentissage », *Conception des programmes d'études : un guide CanMEDS pour les professions de la santé*, Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2011.

Rogers EM. *Diffusion of innovations*, 4th ed. New York: The Free Press; 1995.

Schwarz M, SE Landis, JE Rowe. A team approach to quality improvement. *Family Practice Management* 1999;6(4):25–30.

Sherbino J, J Lockyer. « Attention aux écarts de niveau : l'évaluation des besoins de formation », *Conception des programmes d'études : un guide CanMEDS pour les professions de la santé*, Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2011.

Singh MK, G Ogrinc, KR Cox, M Dolansky, J Brandt, LJ Morrison, B Harwood, G Petroski, A West, LA Headrick. The Quality Improvement Knowledge Application Tool Revised (QIKAT-R). *Academic Medicine* 2014 Oct;89(10):1386–91.

Solberg LI, ML Brekke, TE Kottke, RP Steel. Continuous quality improvement in primary care: What's happening? *Medical Care* 1998;36(5):625–635.

Stewart MJ. *Core Competencies*. Chicago: Accreditation Council for Graduate Medical Education; 2001.

Wagner EH. Population-based management of diabetes care. *Patient Education and Counseling* 1995;26(1–3):225–230.

Wong B, S Ackroyd-Stolarz, M Bukowskyj, L Calder, A Ginzburg, S Microys, A Stang, G Wallace. *The CanMEDS 2015 Patient Safety and Quality Improvement Expert Working Group Report*. Ottawa, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015.

Wong BM, EE Etchells, A Kuper, W Levinson, KG Shojania. Teaching quality improvement and patient safety to trainees: a systematic review. *Academic Medicine* 2010;85(9):1425–1439.

Wong RY, BO Kassen, K Hollohan, R Hatala, JM Roberts. A new interactive forum to promote awareness and skills in quality improvement among Internal Medicine residents: a descriptive report. *Canadian Journal of General Internal Medicine* 2007;2(1):35–36.

Wong RY, JM Roberts. Practical tips for teaching postgraduate residents continuous quality improvement. *Open Journal of General Internal Medicine* 2008(2):8–11.

Wong RY, K Hollohan, JM Roberts, R Hatala, I Ma, BO Kassen. A descriptive report of an innovative curriculum to teach quality improvement competencies to internal medicine residents. *Canadian Journal of General Internal Medicine* 2008;3(1):26–29.

Wong RY, M Vollbrecht, P Pagel. How to Disseminate the ACE Model of Care Beyond One Unit. In *Acute Care for Elders: A Model for Interdisciplinary Care*. Malone, Michael L, Elizabeth Capezuti, Robert M Palmer, editors. 2014(XXIII):117–12.

Wong, RY. Project-Based Quality Improvement Made Successful and Publishable. *Health Plexus*, September 1, 2009.

Ressources complémentaires

Organismes

Agency for Healthcare Research and Quality

(U.S. Department of Health and Social Services)

Office of Communications and Knowledge Transfer

540 Gaither Road, Suite 2000, Rockville, MD 20850 USA

www.ahrq.gov/

Alberta Access Improvement Measures (AIM)

Consulté le 17 juin 2015

www.albertaaim.ca

Institut canadien pour la sécurité des patients

10235 – 101e rue, bureau 1414

Edmonton (Alberta) T5J 3G1 Canada

www.patientsafetyinstitute.ca/fr/Pages/default.aspx

Choisir avec soin

Toronto, Ontario, Canada

Consulté le 17 juin 2015

www.choisiravecsoin.org/

Institute for Healthcare Improvement

20 University Road,

7th Floor Cambridge, MA 02138 USA

www.ihl.org

University HealthSystem Consortium

155 North Wacker Drive

Chicago, Illinois, 60606 USA

www.uhc.edu

Outils

UCLA Cardiovascular Hospitalization Atherosclerosis Management Program (CHAMP) (programme de gestion de l'UCLA de l'hospitalisation pour maladie cardiovasculaire d'origine athérosclérotique) pour la prévention d'accidents d'origine athérosclérotique : www.med.ucla.edu/champ/

Glossaire

Terme

Amélioration de la qualité (AQ)

Définition

Une étude ou un processus qui permet de produire des résultats souhaitables.

Améliorations de processus

Changements à un processus existant qui donne lieu à une amélioration du statu quo.

Application des connaissances

Les Instituts de recherche en santé du Canada ont défini l'application des connaissances comme « un processus dynamique et itératif qui englobe la synthèse, la dissémination, l'échange et l'application conforme à l'éthique des connaissances dans le but d'améliorer la santé des Canadiens, d'offrir de meilleurs produits et services de santé et de renforcer le système de santé ». Instituts de recherche en santé du Canada, définition de l'application des connaissances tirée de À propos de l'application des connaissances aux IRSC, page Web consultée le 15 mai 2015 www.cihr-irsc.gc.ca/f/46642.html. Tous droits réservés. Reproduite avec l'autorisation des Instituts de recherche en santé du Canada, 2015.

Apprentissage expérientiel

Méthode pédagogique qui encourage les étudiants à apprendre en réalisant une expérience et en y réfléchissant par la suite.

Approche par compétences en formation médicale

Approche fondée sur les résultats en matière de conception, de mise en œuvre ainsi que d'évaluation des apprenants et des programmes de formation médicale au moyen d'un référentiel de compétences structuré.

AQ

L'amélioration de la qualité.

Assurance de la qualité

Une étude ou un processus qui démontre qu'un élément satisfait à certaines exigences ou à des critères définis.

Capacité

Décrit les aptitudes générales d'un apprenant dans un domaine particulier; les capacités sont généralement définies dans des cadres, au moyen d'énoncés pédagogiques de nature générale.

Caractéristiques des patients

S'inscrivant parmi les des données de base sur les résultats, les caractéristiques des patients sont les mesures qui décrivent les résultats pertinents aux patients.

Compétence

Signifie la capacité d'un apprenant de combler les attentes liées au rendement.

Terme

Cycle « planifier-faire-vérifier-agir » (PFVA)

Diagramme cause-effet

Données de processus

Données sur les résultats

Facteurs clés de processus

Fiche de pointage équilibrée

Graphique de séquences

Grille d'AQ

Journée de l'AQ

Manifestation

Mode d'enseignement didactique

Mode d'enseignement fondé sur des cas

Mode d'enseignement interactif

Portfolio

Définition

Un système d'étapes dans un modèle d'amélioration qui permet la mise à l'essai constante de changements à un processus ou un produit qui sera ensuite amélioré.

Graphique qui ressemble souvent à un squelette de poisson; il a été diffusé par Kaori Ishikawa au cours des années 1960 et est utilisé pour dresser une liste de causes contributrices à un certain problème ou effet.

Mesure du rendement d'une partie ou d'une étape d'un système.

Mesure qui décrit le résultat du rendement d'un système.

Les principaux éléments d'amélioration de processus.

La fiche de pointage équilibrée est un outil qui simule ce qui se déroule réellement dans le travail d'AQ clinique pour évaluer un apprenant.

Un graphique linéaire qui mesure les résultats dans une progression logique, généralement sur un certain temps, et qui est souvent utilisé pour déterminer des tendances ou déceler des anomalies.

Un plan de projet détaillé présenté sur une feuille de calcul.

Activité annuelle qui fournit aux résidents un lieu pour la diffusion des constats de leur projet d'amélioration de la qualité (AQ).

Correspond aux connaissances, aux aptitudes et aux attitudes essentielles à l'acquisition d'une capacité.

Méthode pédagogique qui comprend habituellement un exposé magistral donné par un instructeur et la prise de notes par les apprenants.

Méthode pédagogique dont les activités d'apprentissage reposent sur des études de cas.

Approches qui encouragent les interactions entre enseignants et étudiants, ou entre étudiants.

Les informations contenues dans un portfolio reflètent la croissance longitudinale des connaissances, aptitudes et attitudes d'un apprenant.

Terme

Programme axé sur l'AQ de niveau avancé

Définition

Un programme axé sur l'AQ de niveau avancé vise les résidents qui envisagent un parcours de carrière potentiel en AQ ou qui manifestent un intérêt pour une structure systémique plus élaborée.

Programme axé sur l'AQ de niveau de base

Programme qui fournit aux résidents un niveau de compétence simple et élémentaire en matière d'AQ.

Programme axé sur l'AQ de niveau intermédiaire

Un programme axé sur l'AQ de niveau intermédiaire s'adresse à des résidents qui manifestent un intérêt particulier pour l'AQ, leur offrant un renforcement des compétences acquises au niveau de base.

Programme d'autoévaluation

Outil qui consiste en une série de questions auxquelles répondent les apprenants pour évaluer eux-mêmes leurs connaissances.

Programme longitudinal

Programme offert sur plusieurs blocs de temps.

Programme par blocs de temps

Programme généralement offert par semestre.

QIKAT/QIKAT-R

Quality Improvement Knowledge Application Tool/ Revised sont des outils utilisés pour évaluer les connaissances d'un apprenant en amélioration de la qualité.

Référentiel CanMEDS

Le *Référentiel des compétences CanMEDS pour les médecins* décrit les connaissances, les aptitudes et les habiletés que doivent posséder les médecins spécialistes afin d'assurer les meilleurs résultats qui soient pour leurs patients. Le référentiel repose sur les sept rôles que doivent tenir les médecins pour être de meilleurs praticiens de la médecine : expert médical, communicateur, collaborateur, leader, promoteur de la santé, érudit et professionnel. © Le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2005.

Valeur de base

Mesure effectuée au point de référence de départ avant une activité d'amélioration de la qualité.

Variation attribuable à une cause commune

Variation interne à un système, aléatoire (influencée par le hasard) et répétable.

Variation attribuable à une cause particulière

Variation inhabituelle qui se produit soudainement. Elle renvoie à une circonstance particulière et est, par conséquent, attribuable à une cause probable.

Liste des schémas

Schéma 1	Étapes de création d'un programme d'études axé sur l'AQ
Tableau 1.1	Comparaison de l'assurance et de l'amélioration de la qualité
Tableau 1.2	Comparaison des composantes de l'AQ : les patients par rapport au système
Tableau 1.3	Exemples de la réflexion initiale en matière d'AQ
Tableau 2.1	Capacités et manifestations en AQ appuyant les rôles CanMEDS
Tableau 3.1	Exemples d'objectifs d'apprentissage – Programme axé sur l'amélioration de la qualité (AQ) en éducation médicale
Tableau 4.1	Intégration de l'AQ dans les rôles CanMEDS
Tableau 5.1	Programme axé sur l'AQ de niveau de base
Tableau 6.1	Exemples de sujets possibles et de parrains de la faculté potentiels
Tableau 7.1	Analyse des résultats – technique de pose de cathéters
Tableau 9.1	Défis et stratégies d'atténuation dans l'évaluation d'un programme d'AQ
Exemple 1	L'AQ en action
Exemple 2	Séance de tutorat 1 pour le programme intermédiaire
Exemple 3	Modèle de sommaire de projet d'AQ
Exemple 4	Modèle de grille d'AQ – Qu'essayons-nous d'accomplir?
Exemple 5	Modèle de grille d'AQ – Responsabilités du projet

OUTIL PÉDAGOGIQUE 1 — FONDEMENTS DE L'AQ

Pour accéder à la version en ligne de cet outil, cliquez [ici](#).

Adapté du cours préalable PW08 (2004-05-12) de la Society of General Internal Medicine « Getting Started in Continuous Quality Improvement ». Membres du corps professoral participants : M. Bergen, C. Braddock, S. Dembitzer, E. Holmboe, L. Osterberg, P. Rudd, C. Sharp. La reproduction sans autorisation est interdite.

L'assurance de la qualité par rapport à l'amélioration de la qualité

Le processus de l'assurance de la qualité traditionnelle commence lorsque un ou plus d'un événement s'écarte de la norme, créant ainsi un événement marginal. Les questions qui se posent immédiatement sont : « Qui a fait cela? Qui a permis que cela se produise? » La réponse spontanée de l'administration tire la conclusion suivante : « Pomme pourrie! Il faut s'en débarrasser! » La réaction automatique des employés se traduit par l'instauration d'un cycle de crainte et par l'inquiétude individuelle quant à la détermination d'une compétence suffisante pour leur éviter une sanction.

En assurance de la qualité traditionnelle, les postulats suivants sont avancés :

1. Le fait de découvrir et d'éliminer le ou les coupables présumés supprimera l'événement marginal (la queue de la courbe).
2. Un plus grand nombre d'inspections et d'éliminations suffira à supprimer la queue.
3. Ce qui restera sera excellent en quelque sorte.

En réalité, il est statistiquement impossible d'éliminer la queue. Toute réévaluation devrait confirmer que la courbe en cloche après intervention contient des événements et individus nouveaux associés au niveau des événements marginaux. Le processus lui-même est mal orienté.

Par contraste, l'amélioration de la qualité (AQ) se centre sur le rendement moyen, soit sur ce qui se produit la plupart du temps plutôt que sur des occurrences relativement rares. Le processus d'amélioration de la qualité vise à réduire les variations inutiles en orientant la réponse moyenne dans la direction souhaitée et en restreignant la distribution des réponses. L'objectif consiste à améliorer l'événement commun moyen plutôt que d'éliminer l'événement marginal qui se produit rarement. Le processus d'amélioration de la qualité se développe dans les milieux d'apprentissage qui s'efforcent de parfaire le système de soins et ses processus plutôt que de tenter en priorité de découvrir et de punir les individus responsables des événements marginaux. De tels environnements encouragent les individus à se demander « Est-ce que j'exerce au meilleur de ma compétence? ».

Modèle pour l'amélioration : le cycle PFVA

Le cycle planifier-faire-vérifier-agir (PFVA) est le modèle de base pour l'amélioration. Lorsqu'il est appliqué à un processus clinique, ce cycle présuppose les éléments suivants :

- un modèle détaillé du fonctionnement actuel du processus clinique;
- l'énumération et l'ordre de priorité des étapes ou des lieux potentiels d'intervention pour améliorer le processus clinique;
- un ensemble d'hypothèses sur des interventions possibles pour l'amélioration du processus;
- une sélection d'hypothèses prioritaires (la meilleure intervention à tenter en premier lieu).

Lorsqu'un processus d'amélioration est planifié et exécuté adéquatement, le cycle PFVA fournit des réponses aux trois questions principales suivantes :

- Qu'essayons-nous d'accomplir?
- Quels changements pouvons-nous mettre en œuvre pour donner lieu à une amélioration?
- Comment saurons-nous qu'un changement constitue une amélioration?

Le cycle PFVA n'est pas une opération ponctuelle. Il est répété maintes fois pendant que l'on considère, met à l'essai, évalue et intègre des séries de petites améliorations si elles s'avèrent efficaces. Le cycle peut débuter par une idée, une intuition ou une théorie, mais ces dernières doivent être mises à l'essai pour déterminer leur aspect pratique, leur impact et leur acceptabilité. Le cycle consiste à apprendre au fil de la progression plutôt qu'à insister sur la mise en place d'un plan parfait ou complet avant d'amorcer le processus. Les changements de chaque cycle d'amélioration peuvent être limités, mais leur impact cumulatif peut se révéler être beaucoup plus important en raison de la nature répétitive des cycles.

L'amélioration de la qualité est un projet d'équipe

Dans l'amélioration de la qualité, il importe de garder à l'esprit que les divers intervenants sont préparés à différents niveaux qui influenceront sur leur degré de réceptivité aux changements en cause. Il est utile d'avoir une bonne compréhension des principes de gestion du changement pour constituer une équipe efficace pour un projet d'AQ. Obtenez au tout début du processus d'AQ la participation des personnes disposées et prêtes à accueillir favorablement le changement. En ce qui concerne les personnes qui sont moins favorables à adopter spontanément le changement, assurez-vous graduellement de leur participation par des échanges portant sur des questions ou des inquiétudes qu'ils pourraient avoir au sujet de l'AQ.

Taille et composition de l'équipe

Les membres de l'équipe sont choisis en fonction de leurs connaissances fondamentales du processus clinique qui fait l'objet de l'amélioration, de même que de leur position en tant qu'intervenants qui s'occuperont de la mise en œuvre des changements ciblés par l'équipe. La taille optimale de l'équipe de projet qui assure une participation maximale se situe entre cinq et sept personnes. La composition de l'équipe d'un projet diffère de celle d'un comité.

Différences entre un comité traditionnel et une équipe de projet	
Comité	Équipe de projet
Personnes représentatives.	Personnes qui ont acquis des connaissances de base découlant de leur expérience sur le terrain.
Capacité de production = capacité du membre le plus apte.	Efforts synergiques. Capacité de production > somme des capacités des membres de l'équipe pris individuellement.
Représentation inégale des efforts et des conclusions du groupe, ou de la mise en œuvre par ses membres.	L'équipe établit un consensus, même si ce n'est pas à l'unanimité; tous les membres ont pris part aux conclusions tirées par le groupe et à la mise en œuvre.

Caractéristiques d'une bonne équipe

Les caractéristiques principales suivantes détermineront si le fonctionnement d'une équipe de projet sera adéquat ou déficient, peu importe sa composition : règles, leadership, processus décisionnel, responsabilités et résultats. Une bonne équipe se caractérise également par les éléments suivants :

- *elle est sécuritaire* : les membres de l'équipe évitent les attaques personnelles;
- *elle est inclusive* : les membres de l'équipe maintiennent une ouverture relativement à des contributeurs potentiels et apprécient divers points de vue, plutôt que de former une clique;
- *elle encourage les échanges ouverts* : toutes les idées sont considérées équitablement, en l'absence de préjugés. L'équipe favorise la participation active;
- *elle recherche le consensus* : l'équipe trouve une solution suffisamment acceptable pour obtenir l'appui de tous les membres. Elle ne recherche pas l'unanimité ou la satisfaction totale de chaque membre.

Règles supplémentaires utiles aux équipes

- Aucune plainte ne peut être formulée à moins d'être accompagnée de suggestions de solutions.
- Les données de départ et d'arrivée sont conservées au sein de l'équipe jusqu'à ce que celle-ci soit prête à les publier.
- Une fois le consensus atteint, l'équipe ne s'exprime que par une seule voix.
- Chacun peut s'exprimer, sans imposer ses points de vue.
- Le silence sera considéré comme un acquiescement de la moyenne.
- Les réunions commencent et se terminent à l'heure, et suivent un ordre du jour prédéfini.

Techniques de discussion

Il pourrait être avantageux pour certains groupes de nommer un animateur officiel qui sera chargé de faire respecter les règles de base et de suggérer des techniques pour maintenir les discussions et le processus sur la bonne voie. Celles-ci comprennent notamment le remue-méninges, la technique du groupe nominal et la méthode Delphi.

Responsabilités

Les membres d'équipes de projets d'AQ efficaces s'acquittent de trois types de responsabilités complémentaires :

- responsabilité envers l'équipe : les membres respectent les règles de l'équipe du projet et participent au processus;
- responsabilité envers la qualité de membre de l'équipe : les membres conduisent des épreuves de réalité sur ce qui peut ou non être fait et communiquent avec leurs pairs au sujet de la vision de ce que l'équipe du projet pourrait accomplir;
- responsabilité envers la haute direction : les membres sont sensibles aux priorités générales et à la mission de l'établissement, ainsi qu'aux contraintes au chapitre des ressources.

Choix du projet

Il existe, dans le choix d'un projet, un continuum représenté par la préparation trop méticuleuse à l'action (l'analyse paralyse) à une extrémité, et l'action précipitée (tirer d'abord, viser ensuite) à l'autre extrémité opposée. Deux dangers peuvent également survenir au début — l'équipe tenterait d'en faire trop (p. ex., changer l'ensemble du système), ou déciderait à l'avance qu'une solution en particulier est la seule viable pour régler le problème.

Il serait possible d'atteindre des résultats optimaux en adoptant une position médiane qui permet et favorise une préparation réfléchie, mais reconnaît la nécessité de passer à l'étape de l'action concrète. Parallèlement, tous les projets potentiels peuvent être classés en fonction de leurs effets probables (élevés par opposition à faibles) et la facilité à les mettre en œuvre (simple par rapport à complexe).

Il serait préférable, pour votre premier projet, de choisir une initiative qui entraîne des effets limités, mais qui est facile à mettre en œuvre. De même, il vaut mieux choisir un processus à améliorer qu'un système. L'effort d'amélioration du processus reflètera alors un problème perçu plutôt qu'une solution prédéterminée.

Quelques principes directeurs :

- Le projet doit être pertinent pour ceux qui le réalisent.
- Choisissez des projets dont les problèmes peuvent être réglés par l'équipe d'AQ; n'essayez pas de régler les problèmes d'autres personnes. Assurez-vous que le sujet à l'étude n'est pas soumis à des changements d'une autre source.
- Ciblez un sujet qui n'est pas visé par des changements provenant d'une autre source.
- Veillez à ce que le projet potentiel soit divisé en parties mesurables à court terme.
- Visez des changements graduels plutôt que des projets de grande envergure pour atteindre la « perfection », ou des projets coûteux ou très complexes.
- Prévoyez les complications, les inconvénients, etc.

Ce qu'il faut améliorer (gestion du changement)

Les améliorations peuvent provenir de nombreuses possibilités de changement (Langley et coll., 1996). Vous pouvez choisir un objectif parmi six domaines de la qualité (sécurité, efficacité, orientation patient, caractère opportun, efficience, équité). Par exemple, il est possible d'éliminer le gaspillage et l'erreur en utilisant des contraintes pour guider les choix ainsi que des rappels comme alertes, ou en supprimant les répétitions du même travail. Le déroulement du travail peut être amélioré en réduisant au minimum les transferts entre les travailleurs ou en accomplissant les tâches en parallèle plutôt qu'en séquences. L'inventaire peut être optimisé par la normalisation, dans la mesure du possible.

Domaine de la qualité en soins de santé	Occasion d'amélioration de la qualité
Les soins de santé doivent être sécuritaires.	Améliorer la sécurité des services de santé.
Les soins de santé doivent être efficaces.	Améliorer le flux des travaux, réduire l'erreur dans les transferts.
Les soins de santé doivent être centrés sur le patient.	Améliorer les résultats pour les patients ou les populations.
Les soins doivent être prodigués au bon moment.	Réduire les temps d'attente.
Le système de santé doit être efficient.	Améliorer le rendement du système de santé.
Les soins de santé doivent être prodigués de manière équitable.	Améliorer l'accès aux services de santé.

Rédaction d'un énoncé des objectifs

La formulation d'un énoncé des objectifs contribuera à canaliser l'intérêt et les activités de l'équipe du projet. L'énoncé des objectifs exprime de manière explicite des buts mesurables assortis de critères définis, de produits à livrer et d'échéanciers. L'énoncé des objectifs doit :

- définir le problème à régler en langage clair et concis;
- déterminer le contexte du projet, la population cible et la durée;
- relier les activités à un résultat (seuil précis pour le taux de réussite ou d'échec).

Exemples :

- D'ici 12 mois, 80 % de nos patients diabétiques auront des taux d'hémoglobine A1c documentés de 8 %.
- Au cours des 12 prochains mois, nous réduirons les cas d'hospitalisation de nos patients asthmatiques âgés de 0 à 14 ans à <1/1 000 par an.
- D'ici neuf mois, nous atteindrons un taux de >90 % de « satisfaction élevée » de nos patients dans les sondages de satisfaction périodiques à la clinique XYZ en ce qui concerne l'accès aux soins, les temps d'attente et la qualité des services.

L'énoncé des objectifs établit les liens avec des buts raisonnables, valables et importants, définissant un problème autour duquel les membres de l'équipe du projet peuvent se rallier, et comprend parfois la comparaison de la cible et des buts éloignés avec l'état de la situation au point de départ.

Création du diagramme du processus actuel

Toute activité humaine qui produit un résultat est un processus. Les processus sont généralement hiérarchiques, une étape se produisant avant la prochaine dans la séquence : $A \rightarrow B \rightarrow C$, etc. La schématisation du processus à l'aide d'un diagramme de flux permet le recours à une approche globale parce qu'elle fragmente le processus entier en parties plus faciles à gérer et à comprendre sans présenter une surcharge de détails.

Le diagramme de flux est une représentation explicite du processus. En rendant le processus explicite, les membres de l'équipe du projet peuvent partager entre eux leur compréhension de l'approche que sous-tend le processus; intégrer les critiques, les comparaisons et les propositions d'amélioration; et indiquer comment et quand mesurer les composantes.

Quelques principes directeurs :

- Créez un diagramme de flux d'un processus clinique et non de l'ensemble du système de soins médicaux.
- Évitez de trop détailler à ce stade précoce de la planification.
- Le diagramme de flux du processus devrait refléter l'énoncé de mission de l'équipe du projet.
- Recueillez tous les renseignements nécessaires afin d'assurer que le diagramme contient toutes les étapes principales du processus clinique actuel.
- Montrez le déroulement actuel du processus, et non comment il devrait ou pourrait être idéalement.
- Souvenez-vous qu'il s'agit d'une étape cruciale de la planification : prenez tout le temps nécessaire pour la mener à bien.
- Montrez le diagramme à d'autres personnes de première ligne pour obtenir leurs commentaires et leurs suggestions de modifications, le cas échéant.
- Recherchez particulièrement les zones d'erreur, les transferts de responsabilité, les conflits, la confusion, les retards, les cycles de reprise, les inconvénients et les plaintes des « clients » à propos du processus.

Mesures

Il importe d'accorder une grande attention à la mesure, parce que ce qui peut être mesuré peut être amélioré. Il existe trois types de mesures en amélioration de la qualité :

1. Mesures de résultats

- Quel est le rendement du système?
- Quel est le résultat?

Les mesures de résultats se répartissent en quatre catégories :

- les mesures associées aux finances ou à l'utilisation des ressources;
- les mesures de la qualité clinique;
- les mesures de la satisfaction des patients;
- les mesures relatives à l'état de santé de groupes et d'individus (les caractéristiques suivantes des patients doivent être prises en compte : données démographiques; facteurs de gravité spécifiques à une maladie, facteurs socioéconomiques et facteurs liés au style de vie).

Les questions suivantes guideront la sélection des mesures des résultats cruciaux :

- Quel est le résultat le plus important pour quels groupes de patients?
 - Comment ces groupes évaluent-ils les services de santé?
 - Quels sont les effets des variations dans un résultat?
2. Mesures de processus
- Est-ce que les étapes du système donnent le rendement prévu?
 - Quelles sont les informations nécessaires pour décrire la pratique (p. ex., le moment, la quantité, l'équipement)?
3. Pondération des mesures
- Est-ce que les changements conçus pour améliorer une partie du système causent de nouveaux problèmes dans d'autres parties?

Dans le but d'améliorer le processus et les résultats :

- Présentez les données des résultats au point de départ, par exemple :
 - les caractéristiques des patients, ou
 - les mesures associées au système ou au processus, ou
 - les résultats ajustés selon la gravité, ou
 - les graphiques de tendances, ou
 - les graphiques de contrôle statistique, ou
 - les variations attribuables à une cause commune et les variations attribuables à une cause particulière.
- Tenez compte des valeurs fondamentales pour les facteurs principaux du processus. Elles comprennent les variations dans la pratique des cliniciens.
- Formulez des conclusions préliminaires :
 - Est-ce que les résultats varient entre les groupes?
 1. Diagrammes de cause-effet
 2. Améliorations au processus
 - Élaborez des protocoles pour générer des améliorations itératives et fournir un soutien permanent aux cliniciens pour l'amélioration des processus de soins.

La grille d'AQ

La grille d'AQ est une représentation du plan dans une feuille de calcul. Dans la présente grille d'AQ, le programme est identifié et la date de la création de la grille est également indiquée.

Les éléments d'une grille d'AQ comprennent :

- le but, tel que défini dans l'énoncé des objectifs;
- les tâches — la répartition des tâches est fonction des réponses aux trois questions liées au changement (Qu'essayons-nous d'accomplir? Comment saurons-nous qu'un changement constitue une amélioration? Quels changements pouvons-nous mettre en œuvre pour donner lieu à une amélioration?)
- les échéanciers;
- les rôles et responsabilités;
- les besoins en matière de soutien.

Références bibliographiques

Langley GJ, R Moen, KM Nolan, TW Nolan, CL Norman, LP Provost. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*. San Francisco: Jossey-Bass; 2009.

Rogers EM. *Diffusion of Innovations*, 4th ed. New York: The Free Press; 1995.

OUTIL PÉDAGOGIQUE 2 — GRILLE D'AQ

Pour accéder à la version en ligne de cet outil, cliquez [ici](#).

Exemple 4 – Modèle de grille d'AQ – Qu'essayons-nous d'accomplir?

Programme : XYZ

Date : 1^{er} octobre 2012

Notre équipe s'engage à atteindre les résultats suivants :

Buts de l'amélioration du rendement

1. Réduire la durée moyenne de séjour/durée du séjour estimée de £ 95 % de tous les patients du programme XYZ d'ici le 30 juin 2013.
2. Veiller à ce que le taux de réadmission soit égal ou inférieur à la cible.

No.	Qu'essayons-nous d'accomplir?	Comment saurons-nous qu'un changement constitue une amélioration?	Quels changements pouvons-nous mettre en œuvre pour donner lieu à une amélioration?	Échéancier	Responsable de l'atteinte des résultats	Besoins en matière de soutien
1.1.0	La durée de séjour estimée de tous les patients atteints de la maladie A admis sera d'au plus xx jours.	Numérateur : nombre de patients atteints de la maladie A dont la durée du séjour est inférieure ou égale à XX jours. Dénominateur : nombre total de cas de la maladie A.	Créer un algorithme pour la maladie A qui comprendra les données suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • Durée estimée du séjour de xx jours. • Évaluation de la caractéristique B dans les yy premières heures. • Cote d'évaluation. 		D' A D' B	<ul style="list-style-type: none"> • Département d'amélioration de la qualité.
1.1.1	Tous les patients atteints de la maladie A qui manifestent la caractéristique clinique B seront évalués dans les YY premières heures pour la complication C.	Numérateur : nombre de patients atteints de la maladie A ayant la caractéristique clinique B évalués pour la complication C dans les premières yy heures. Dénominateur : nombre de cas de la maladie A avec la caractéristique clinique B.	<ul style="list-style-type: none"> • Sélectionnez et normalisez les outils d'évaluation pour toutes les unités. • Veillez à ce que les outils soient remplis à l'admission et à chaque visite au chevet jusqu'à la mise en congé. • Remplissez le questionnaire d'évaluation des risques dans les premières zz heures. 			
1.1.2	Tous les patients recevront une cote d'évaluation qui sera documentée à l'admission et au moment du congé.	Numérateur : nombre de cas ayant reçu une cote d'évaluation à l'admission et au moment du congé. Dénominateur : nombre total de cas.	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluez les systèmes de soutien dans les premières xyz heures. 			

No.	Qu'essayons-nous d'accomplir?	Comment saurons-nous qu'un changement constitue une amélioration?	Quels changements pouvons-nous mettre en œuvre pour donner lieu à une amélioration?	Échéancier	Responsable de l'atteinte des résultats	Besoins en matière de soutien
1.1.3	Un questionnaire d'évaluation des risques sera rempli pour tous les patients dans les zz heures de l'admission.	Numérateur : nombre de cas pour lesquels un questionnaire d'évaluation des risques a été rempli au cours des zz premières heures.				
1.1.4	Tous les patients atteints de la maladie A seront évalués dans les premières xyz heures pour les systèmes de soutien existants.	Dénominateur : nombre total de cas.				
1.2.0	<p>La documentation relative au diagnostic sera améliorée comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Documentation plus claire. • Élimination des descripteurs cliniques inappropriés. • Diagnostic exact. 	<p>Vérification des dossiers xy :</p> <p>Numérateur : dossiers comprenant un diagnostic correct (d'après la détermination du vérificateur).</p> <p>Dénominateur : nombre total de dossiers vérifiés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation d'un modèle de mise en congé pour les services cliniques. • Organisation d'une retraite ou d'une séance de formation destinée aux enseignants afin d'améliorer la tenue des dossiers. • Création d'une fiche d'information (p. ex., diagnostic et durée de séjour estimée). • Discussion à la réunion du personnel médical. 		D' C D' D	<ul style="list-style-type: none"> • Dossiers médicaux. • Amélioration de la qualité et de l'utilisation/équipe de soutien à l'amélioration de la qualité.

No.	Qu'essayons-nous d'accomplir?	Comment saurons-nous qu'un changement constitue une amélioration?	Quels changements pouvons-nous mettre en œuvre pour donner lieu à une amélioration?	Échéancier	Responsable de l'atteinte des résultats	Besoins en matière de soutien
1.3.0	Réduire à 0 % les jours potentiellement évitables en raison de retards sur le plan de mise en congé.	Examen de l'utilisation (InterQual) : % ajusté de jours d'hospitalisation potentiellement évitables.	<ul style="list-style-type: none"> • Le formulaire de congé révisé a été approuvé par le comité des formulaires et est actuellement utilisé. • Consolidation des formulaires de congé pour toutes les unités. • Normalisation des notes d'évaluation appliquées aux visites au chevet des patients pour toutes les unités. 		D' E D' F	
1.4.0	Dépistage exact et plus précoce des patients nécessitant un autre niveau de soins.	Évaluation des processus de transition.	Le plan de travail pour revoir les processus de transition sera instauré au cours de la première semaine du mois de X.		D' G D' H	

Exemple 5 — Responsabilités du projet

Rôle	Responsabilités	Nom	Signature
Vice-président	<ul style="list-style-type: none"> • Définir les objectifs stratégiques de rendement en établissant les indicateurs institutionnels et les objectifs de rendement. • Déterminer les priorités en matière d'amélioration. • Établir des relations d'amélioration avec les programmes, les services et les groupes désignés. • Établir les mécanismes pour le recensement systématique des obstacles à l'amélioration et l'atténuation de ces obstacles. • Investir dans des ressources et des structures pour mener et soutenir des améliorations et les stratégies connexes. 		
Direction du programme	<ul style="list-style-type: none"> • Désigner un chef de projet et déterminer ses responsabilités. • Éliminer les obstacles. • Attribuer les ressources et le temps, déléguer l'autorité, et accorder toute forme de soutien nécessaire aux initiatives du projet. • Communiquer à tout le personnel et aux médecins <ul style="list-style-type: none"> • que le programme assume la direction de ce projet; • l'harmonisation des projets d'amélioration avec les priorités stratégiques du programme. • Veiller à ce que la composition de l'équipe soit adéquate. • Assurer l'examen continu des résultats. • Assurer la participation du personnel et des médecins. • Examiner la littérature pertinente. 	Directeur du programme	
		Médecin directeur du programme	

Rôle	Responsabilités	Nom	Signature
Équipe de l'amélioration de la qualité et de l'utilisation	<ul style="list-style-type: none"> • Établir un système de suivi et de maintien sur une base continue. • Guider l'équipe dans l'application des processus d'amélioration de la qualité : cela comprend le recours à des outils, le cas échéant (p. ex., diagramme du processus des soins, ensembles de modèles d'ordonnances préimprimés, outils d'analyse de données). • Contribuer à l'élaboration d'une stratégie de communication et d'éducation selon les besoins. • Aider à la collecte et l'analyse des preuves selon les besoins (données, littérature ou autres informations de référence). • Offrir du soutien à la collecte de données et à l'analyse qui sera communiquée aux leaders de l'équipe et aux directeurs de programme. 		

OUTIL PÉDAGOGIQUE 3 — ATELIERS SUR L'AQ

Pour accéder à la version en ligne de cet outil, cliquez [ici](#).

Atelier sur l'AQ 1

Choix de l'équipe du projet, organisation, sélection du sujet, énoncé des objectifs

Reproduit du cours préalable PW08 (2004-05-12) de la Society of General Internal Medicine « Getting Started in Continuous Quality Improvement ». Membres du corps professoral participants : M. Bergen, C. Braddock, S. Dembitzer, E. Holmboe, L. Osterberg, P. Rudd, C. Sharp. La reproduction sans autorisation est interdite.

Temps		Qui
10 minutes	Orientation sur l'atelier. Choisir et organiser une équipe, sélectionner un sujet de projet, rédiger un énoncé des objectifs.	

Vous êtes un membre du corps professoral en médecine interne générale et votre emploi du temps est très chargé. Votre chef de division ou votre directeur de département vous a demandé d'élaborer un plan, une structure et un programme pour l'enseignement de l'amélioration systémique à vos collègues de la faculté et au personnel interne du département de médecine.

Vous avez fait quelques lectures préliminaires, et avec eu des discussions avec des pairs et des stagiaires sur ce sujet. Vous choisissez le diabète sucré comme thème initial parce qu'il représente un groupe clinique à coût élevé, d'un volume relativement considérable et de grande variabilité à votre clinique de médecine générale. Vous ne savez pas vraiment comment faire l'apprentissage du processus d'AQ ni comment l'enseigner à d'autres.

Vous convoquez tous les joueurs clés potentiels à une réunion (les personnes assises dans votre groupe).

Temps	Tâche	Qui
20 minutes	Discussion en petits groupes : <ol style="list-style-type: none">1. Choisir une personne qui prendra en note les délibérations.2. Choisir un rapporteur qui résumera les conclusions de votre groupe à la fin de l'atelier.3. Déterminer comment vous organiserez votre équipe de projet.4. Rédiger un énoncé des objectifs de votre projet qui servira de structure pour le groupe et ralliera d'autres intervenants pour appuyer vos initiatives.<ul style="list-style-type: none">• ciblez la réduction des complications du pied diabétique;• utilisez des termes qui sont mesurables, limités dans le temps, pragmatiques et inspirants pour les membres de votre groupe.5. Énumérer ce que vous avez appris de l'exercice.	Chaque petit groupe.
20 minutes	Rapport des petits groupes. Résumé de l'atelier.	Petits groupes sélectionnés.

Atelier sur l'AQ 2 – Création du diagramme du processus actuel

Temps		Qui
10 minutes	<p>Orientation sur l'atelier.</p> <p>Créer le diagramme du processus actuel.</p> <p>Distribuer les renseignements sur l'aménagement de la clinique; le personnel disponible; le nombre et les types de fournisseurs ainsi que des informations sur leur formation.</p>	

Votre équipe a choisi les complications du pied diabétique comme thème initial parce qu'il représente un groupe clinique à coût élevé, d'un volume relativement considérable et de grande variabilité à votre clinique de médecine générale. Vous convoquez tous les joueurs clés potentiels à une réunion de suivi (les personnes assises dans votre groupe).

Temps	Tâche	Qui
20 minutes	<p>Discussion en petits groupes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Choisir une personne qui prendra en note les délibérations. 2. Choisir un rapporteur qui résumera les conclusions de votre groupe à la fin de l'atelier. 3. Produire un diagramme d'un processus clinique actuel aux fins de surveillance et de prévention des problèmes du pied diabétique. 4. Énumérer au moins une mesure de résultats, un processus de mesure et une mesure compensatoire que votre équipe voudra recueillir au début. 5. Indiquer un concept de changement que votre équipe aimerait mettre à l'essai. 6. Combiner vos réponses des ateliers 1 et 2 pour répondre aux questions suivantes du modèle d'amélioration : <ul style="list-style-type: none"> • Quel est l'objectif? • Comment saurons-nous qu'un changement constitue une amélioration (quelles mesures recueillons-nous)? • Quels changements pouvons-nous mettre en œuvre pour donner lieu à une amélioration? 7. Énumérer ce que vous avez appris de l'exercice. 	Chaque petit groupe.
20 minutes	<p>Rapport des petits groupes.</p> <p>Résumé de l'atelier.</p>	Petits groupes sélectionnés.

Atelier sur l'AQ 3 – Établissement de la collecte de données et intégration dans le déroulement du travail

Temps		Qui
10 minutes	<p>Orientation sur l'atelier.</p> <p>Définir les données à recueillir; déterminer comme intégrer la surveillance dans le déroulement; recueillir les données de base aux fins d'examen et d'interprétation; choisir une intervention ainsi que la méthode et le moment de la mise en œuvre.</p>	

Votre équipe a produit le diagramme des processus de votre clinique de médecine générale liés aux complications du pied diabétique. Elle a de nombreuses idées, mais hésite sur le choix de celles qui devraient être mises en œuvre en premier. La réticence des médecins et du personnel à accomplir du travail supplémentaire pour recueillir des données constitue une source d'inquiétude plus sérieuse. Les difficultés consistent à optimiser l'ensemble de données à recueillir et à intégrer le processus de collecte de ces données dans le déroulement des travaux autant qu'il est possible de le faire.

Pour faciliter la réalisation de ces tâches, vous convoquez tous les joueurs clés potentiels à une réunion de suivi (les personnes assises dans votre groupe).

Temps	Tâche	Qui
20 minutes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Choisir une personne qui prendra en note les délibérations. 2. Choisir un rapporteur qui résumera les conclusions de votre groupe à la fin de l'atelier. 3. Dresser une liste des mesures essentielles/irréductibles de résultats et de processus. 4. Examiner comment la collecte de données peut être réalisée de prime abord et après la mise en œuvre de changements dans le processus clinique. 5. Cerner les sources possibles d'opposition et prévoir des interventions pour atténuer la résistance. 6. Résumer comment la collecte des données s'est enchaînée dans le déroulement des activités. 7. Énumérer ce que vous avez appris de l'exercice. 	Chaque petit groupe.
20 minutes	<p>Rapport des petits groupes.</p> <p>Résumé de l'atelier.</p>	Petits groupes sélectionnés.

Atelier sur l'AQ 4 – Interprétation du cycle PFVA

Temps		Qui
10 minutes	Orientation sur l'atelier. Interpréter le cycle PFVA et déterminer si un changement s'est produit; dans l'affirmative, s'il s'agit d'une amélioration et si les gains ont été maintenus.	

Votre projet d'AQ porte sur les complications du pied diabétique à votre clinique de médecine générale. S'appuyant sur l'apport des résidents, la clinique a instauré les interventions suivantes du troisième au sixième mois :

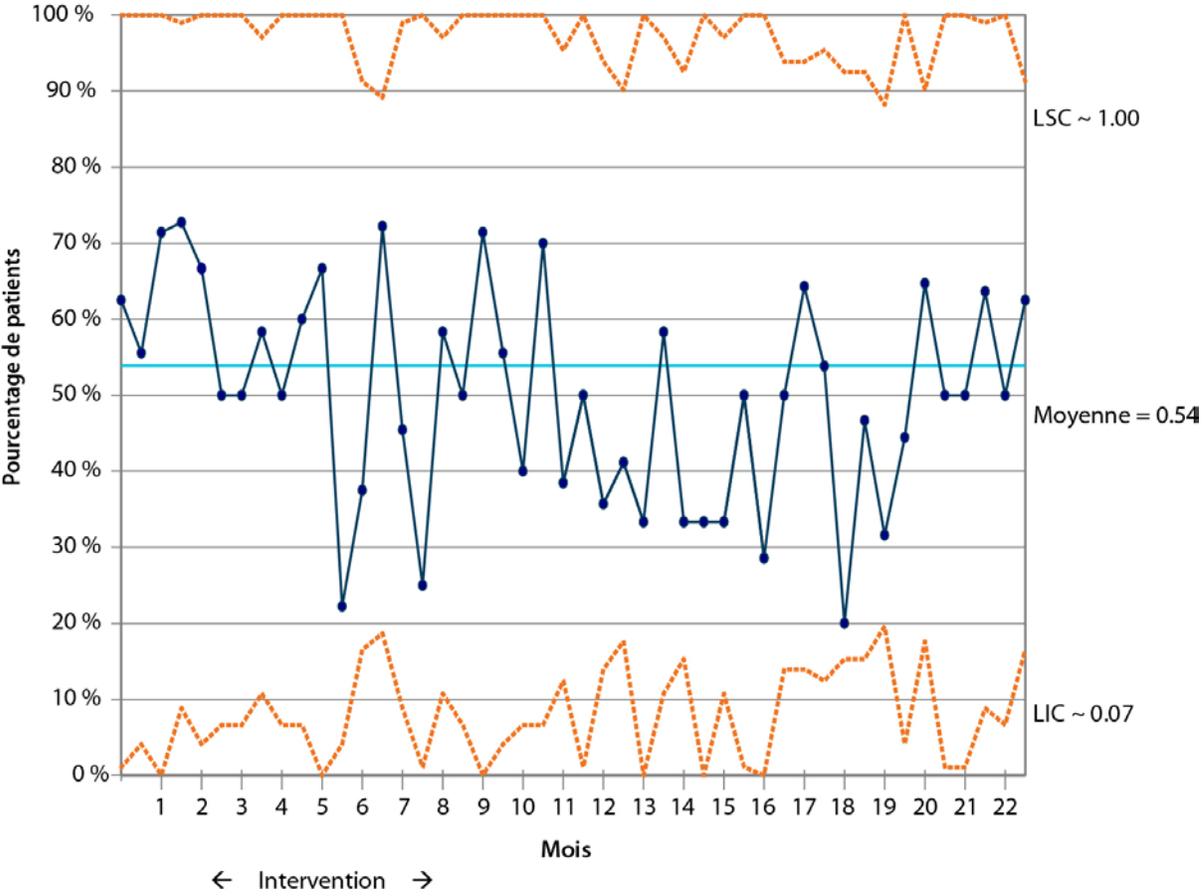
- Des autocollants de couleur sont maintenant apposés sur les dossiers pour identifier les patients diabétiques.
- Des affiches ont été placées dans les salles d'examen demandant aux patients diabétiques de retirer leurs chaussures et leurs bas.

Votre équipe d'AQ a réalisé une vérification des dossiers médicaux. Les données figurent à la page suivante.

Temps	Tâche	Qui
20 minutes	<ol style="list-style-type: none"> 1. Choisir une personne qui prendra en note les délibérations. 2. Choisir un rapporteur qui résumera les conclusions de votre groupe à la fin de l'atelier. 3. Examiner les données en groupe. 4. Pour le graphique de contrôle (voir page suivante), déterminer la variation attribuable à une cause commune par rapport à la variation attribuable à une cause particulière en comptant le nombre des éléments suivants : <ul style="list-style-type: none"> • séquences (succession d'une ou de plusieurs observations consécutives du même côté de la ligne centrale); • changements (succession de huit points du même côté de la ligne centrale); • tendances (six ou sept points qui augmentent ou décroissent en continu). 5. Tenant compte des interventions utilisées et des résultats analysés ci-dessus, discuter pour déterminer si les interventions ont fonctionné (amélioration) ou non (non amélioration). 6. Examiner quels changements, le cas échéant, vous souhaitez envisager pour le prochain cycle PFVA. 7. Énumérer ce que vous avez appris de l'exercice. 	Chaque petit groupe.
20 minutes	Rapport des petits groupes. Résumé de l'atelier.	Petits groupes sélectionnés.

Atelier sur l'AQ 4 – Données

Examen des pieds une fois durant l'année



OUTIL D'ÉVALUATION 4 — PROGRAMME D'AUTOÉVALUATION

Pour accéder à la version en ligne de cet outil, cliquez [ici](#).

Programme d'autoévaluation pour les compétences en AQ

Merci de prendre le temps de répondre aux questions suivantes qui ont été adaptées, avec autorisation, d'un outil créé par le D^r Greg Ogrinc (Geisel School of Medicine, Dartmouth College, Hanover, NH) et qu'utilise son équipe de recherche (Ogrinc G, LA Headrick, LJ Morrison, T. Foster. Teaching and assessing resident competence in practice-based learning and improvement. *Journal of General Internal Medicine* 2004;19(5 Pt 2):496–500).

Directives

Dans quelle mesure vous sentez-vous à l'aise relativement à vos aptitudes actuelles à l'égard des aspects suivants de l'amélioration de la qualité? Veuillez encercler l'option la plus appropriée (chiffres entiers seulement) pour chaque élément.

[1] pas du tout [2] faiblement [3] modérément [4] extrêmement

1. Définition claire d'un énoncé de problème (but, objectif).	1	2	3	4
2. Application des meilleures connaissances professionnelles.	1	2	3	4
3. Élaboration des mesures appropriées.	1	2	3	4
4. Étude du processus de soins.	1	2	3	4
5. Conception d'un plan de collecte de données tenant compte des contraintes relatives au temps et aux ressources.	1	2	3	4
6. Analyse des données.	1	2	3	4
7. Application du contrôle statistique du processus.	1	2	3	4
8. Description des rôles des divers professionnels dans l'amélioration des soins de santé.	1	2	3	4
9. Instauration d'un plan structuré pour la mise à l'essai d'un changement.	1	2	3	4
10. Maintien d'un changement au fil du temps.	1	2	3	4
Fin du questionnaire. Merci de votre participation.				

OUTIL D'ÉVALUATION 5 — EXEMPLE D'OUTIL D'APPLICATION DES CONNAISSANCES ET COMPÉTENCES EN AQ (QIKAT-R)

Pour accéder à la version en ligne de cet outil, cliquez [ici](#).

NOTE À L'ENSEIGNANT : Si vous prévoyez d'administrer cet outil aux mêmes résidents avant et après le programme, il est recommandé d'employer différentes études de cas dans le deuxième QIKAT/QIKAT-R. Il est également recommandé d'employer trois (3) scénarios dans chaque test.

Le scénario 1 a été conçu par l'auteur pour le programme axé sur l'AQ qu'il a créé à l'UCB. Pour ce qui est des autres scénarios, veuillez communiquer avec la D^{re} Mamta K. (Mimi) Singh, codirectrice, Center of Excellence in Primary Care Education (CoEPCE), Louis Stokes Cleveland VA Medical Center, et professeure agrégée de médecine à la Case Western Reserve University.

Le Quality Improvement Knowledge Application Tool Revised (QIKAT-R) – Outil d'application des connaissances et compétences en AQ

Directives : Veuillez lire chacun des scénarios suivants, puis répondre aux questions. Nous reconnaissons que maintes parties pourraient être améliorées. Veuillez formuler des réponses à la fois brèves et complètes. Nous vous prions de présenter une réponse à chaque question, même si vous n'en êtes pas sûrs.

Scénario 1

Vous êtes chirurgien généraliste et vous faites vos visites au chevet un samedi matin. Vous voyez une patiente de 72 ans qui présente un épanchement pleural droit d'étiologie inconnue. La patiente a développé une déficience respiratoire la nuit précédente, et le résident en chirurgie de garde a réalisé une thoracentèse au chevet à des fins thérapeutiques et diagnostiques. Un pneumothorax droit est survenu après l'intervention et, par voie de conséquence, il a fallu procéder à la pose d'un drain thoracique du côté droit pour évacuer le liquide.

Lorsque vous parlez aux infirmières du service à propos de l'incident vécu par cette patiente, elles vous signalent qu'il s'agit du troisième incident de complication associée à une thoracentèse réalisée au chevet au cours des deux dernières semaines. Les infirmières s'en inquiètent, et vous aussi.

Alors que vous réfléchissez à la suite de vos visites aux patients, vous vous rappelez qu'il existe une documentation qui fait état des avantages, pour la sécurité des patients, du guidage par échographie pour un certain nombre d'interventions, comme la thoracentèse, réalisées au chevet des patients. Plus précisément, le risque de pneumothorax liés à la thoracentèse peut être réduit grâce au guidage par échographie.

Questions sur le scénario 1

Veuillez répondre à chacune des questions suivantes comme si vous élaboriez un programme pour faire enquête sur le problème présenté ci-dessus et proposer des solutions.

1. Quel serait l'objectif?
2. Qu'est-ce que vous mesureriez pour évaluer la situation?
3. Relevez un changement dont il vaudrait la peine de faire l'essai.

Scénario 2

Questions sur le scénario 2

Veillez répondre à chacune des questions suivantes comme si vous élaboriez un programme pour faire enquête sur le problème présenté ci-dessus et proposer des solutions.

1. Quel serait l'objectif?
2. Qu'est-ce que vous mesureriez pour évaluer la situation?
3. Relevez un changement dont il vaudrait la peine de faire l'essai.

Scénario 3

Questions sur le scénario 3

Veillez répondre à chacune des questions suivantes comme si vous élaboriez un programme pour faire enquête sur le problème présenté ci-dessus et proposer des solutions.

1. Quel serait l'objectif?
2. Qu'est-ce que vous mesureriez pour évaluer la situation?
3. Relevez un changement dont il vaudrait la peine de faire l'essai.

C'est ici que se termine le QIKAT-R. Merci de votre participation.

Grille de notation du QIKAT-R

La grille de notation est utilisée avec autorisation (Singh MK, G Ogrinc, KR Cox, M Dolansky, J Brandt, LJ Morrison, B Harwood, G Petroski, A West, LA Headrick. The Quality Improvement Knowledge Application Tool Revised (QIKAT-R). Academic Medicine 2014 Oct; 89(10):1386–91.)

Veillez tenir compte des facteurs suivants dans l'attribution des notes :

- Est-ce que les réponses intègrent les fondements de l'amélioration (orientation client, connaissance des processus, mise à l'essai de petits changements/cycle PFVA)?
- Est-ce que les trois éléments (objectif, mesure, changement) sont reliés entre eux?
- Attribuez un point à chaque élément si la réponse traite adéquatement la question et aucun point dans le cas contraire. Le total de points possible s'élève à neuf (9) pour chaque scénario.

Trois (3) points pour l'OBJECTIF. L'OBJECTIF...

A1	... vise le niveau systémique du problème présenté.
A2	... comporte la direction du changement (augmentation ou diminution).
A3	... comprend au moins une caractéristique précise, comme l'ampleur (% de changement) ou le cadre temporel.

Trois (3) points pour la MESURE. La MESURE...

M1	... est pertinente à l'OBJECTIF.
M2	... est facilement disponible, et les données peuvent ainsi être analysées au fil du temps.
M3	... concerne un processus ou un résultat clé.

Trois (3) points pour le CHANGEMENT. Le CHANGEMENT...

C1	... est directement relié à l'OBJECTIF.
C2	... propose l'utilisation des ressources existantes.
C3	... fournit des renseignements en quantité suffisante pour la mise à l'essai du changement.

OUTIL D'ÉVALUATION 6 — FICHE DE POINTAGE ÉQUILIBRÉE

Pour accéder à la version en ligne de cet outil, cliquez [ici](#).

Fiche de pointage équilibrée

Cet outil est conçu pour être utilisé après l'achèvement du projet d'AQ.

Titre du projet :

Membres de l'équipe :

Système de pointage :

0 = aucune intervention

1 = une intervention a été tentée, mais elle ne satisfait pas aux exigences

2 = l'intervention a satisfait à quelques exigences, mais des améliorations substantielles sont nécessaires

3 = bien (l'intervention pourrait encore être améliorée)

4 = très bien (quelques petites améliorations sont requises)

5 = excellent (aucune amélioration n'est nécessaire)

Veillez encercler le chiffre approprié pour chaque question.

1. Est-ce que les résidents ont travaillé de manière efficace au sein de l'équipe?	0	1	2	3	4	5
2. Est-ce que les constats du projet reflètent une orientation patient?	0	1	2	3	4	5
3. Est-ce que les constats du projet révèlent une connaissance des processus?	0	1	2	3	4	5
4. Est-ce que les constats du projet intègrent le cycle PFVA et les petits essais sur le changement?	0	1	2	3	4	5
5. Quelle note attribuez-vous à l'énoncé des objectifs (dont la mention d'une méthodologie appropriée pour découvrir les causes du problème)?	0	1	2	3	4	5
6. Quelle note attribuez-vous à la mesure, la collecte et l'utilisation des données? (0 = aucune donnée)	0	1	2	3	4	5
7. Est-ce que l'équipe a suscité la participation des intervenants dans les activités de planification, d'exécution et d'évaluation du changement?	0	1	2	3	4	5
8. Quelle note attribuez-vous au changement suggéré/réalisé? (0 = aucun changement suggéré)	0	1	2	3	4	5
9. Est-ce que les trois éléments (objectif, mesure, changement) sont reliés entre eux?	0	1	2	3	4	5

Commentaires :

Note totale

/45