



**Healthcare
Excellence**

Canada

**Excellence
en santé**

Canada



**Accès
adapté**

Pratiques prometteuses pour consolider les soins primaires dans les communautés nordiques, rurales et éloignées

Vous cherchez des pratiques prometteuses utilisées dans les communautés nordiques, rurales et éloignées du Canada qui pourraient améliorer l'accès à des soins primaires en équipe, sûrs et de qualité? Cette pratique devrait vous intéresser.

À propos d'Excellence en santé Canada

Excellence en santé Canada (ESC) travaille avec des partenaires pour diffuser les innovations, renforcer les capacités et catalyser le changement dans les politiques afin que toutes et tous au Canada reçoivent des soins sûrs et de qualité. En collaborant avec les patientes et patients, les partenaires de soins essentiels et le personnel des services de santé, nous transformons les innovations éprouvées en améliorations durables dans tous les aspects de l'excellence en santé.

Les grandes lignes d'action d'ESC sont les soins et services aux personnes âgées, les soins plus proches du milieu de vie ainsi que la reprise et la résilience après la pandémie – la qualité et la sécurité demeurant bien sûr au cœur de tous nos efforts. Nous sommes résolus à favoriser des soins inclusifs, équitables et culturellement sûrs par la mobilisation de différents groupes, dont les patientes et patients, les partenaires de soins essentiels, les membres des Premières Nations, les Métis, les Inuits et le personnel des services de santé.

Créé en 2021, ESC est issu de la fusion de l'Institut canadien pour la sécurité des patients et de la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé. ESC est un organisme indépendant sans but lucratif financé principalement par Santé Canada. Les opinions exprimées ici ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

150, rue Kent, bureau 200
Ottawa (Ontario) K1P 0E4 Canada
1 866 421-6933 | info@hec-esc.ca

Réseaux sociaux

[Twitter](#) | [LinkedIn](#) | [Instagram](#) | [Facebook](#)

Excellence en santé Canada honore les territoires traditionnels sur lesquels son personnel et ses partenaires vivent, travaillent et se divertissent. Nous reconnaissons que c'est l'intendance de ces territoires par leurs premiers habitants qui nous donne notre niveau de vie actuel. [En savoir plus](#)

Modèle d'accompagnement et de soutien pour l'amélioration de la qualité (AQ) de l'Accès adapté

Quelle est la pratique prometteuse?

Le modèle d'Accès adapté (AA) est un modèle organisationnel efficace et efficient qui vise à améliorer l'accès aux soins primaires en temps opportun. Ici, l'accès aux soins se définit comme la capacité pour les patientes et les patients de consulter le bon professionnel au bon moment, selon leur situation. Le modèle d'accompagnement et de soutien pour l'amélioration de la qualité de l'Accès adapté est basé sur un principe de planification qui permet aux patientes et aux patients de consulter leurs propres prestataires de soins primaires lorsqu'ils en ont besoin¹.

Accès adapté

Le modèle d'Accès adapté a gagné en popularité au Canada au cours des deux dernières décennies. Il a été largement promu par le Collège des médecins de famille du Canada et par plusieurs autres organismes provinciaux et associations professionnelles. De plus, il a été implanté au Canada à des degrés divers et dans des contextes variés, le plus souvent en milieu urbain, où son efficacité a été démontrée. Le modèle d'accompagnement et de soutien pour l'amélioration de la qualité de l'Accès adapté en est aux premières phases de mise en œuvre dans six cliniques qui servent des patientes et des patients vivant dans des zones rurales du Québec et du Nouveau-Brunswick. Il est attendu que les effets démontrés dans les milieux urbains puissent être reproduits dans les milieux ruraux. Vous trouverez dans le tableau 1 ci-dessous une liste des cliniques situées en milieu rural et l'état de la mise en œuvre du modèle.

Tableau 1 : Cliniques situées en milieu rural dans lesquelles le modèle d'accompagnement et de soutien pour l'AQ de l'Accès adapté est présentement testé et état de la mise en œuvre

Nom et lieu de la clinique rurale	Patientes et patients ² (2022)	Population ³ (2022)	État/calendrier de la mise en œuvre
Centre Médical de Huntingdon - GMF du Haut-Saint-Laurent (ZIM modérée) (Huntingdon, Qc)	5 400	2 500	Lancement à l'automne 2022, accompagnement pour l'ACQ
GMF Vallée-de-la-Gatineau (Maniwaki, Qc)	14 000*	3 700	Lancement à l'automne 2022, accompagnement pour l'ACQ

Nom et lieu de la clinique rurale	Patientes et patients ² (2022)	Population ³ (2022)	État/calendrier de la mise en œuvre
GMF Vallée-de-la-Gatineau (Grand-Remous, Qc)	14 000*	1 200	Lancement à l'automne 2022, accompagnement pour l'ACQ
GMF Vallée-de-la-Gatineau (Kitigan Zibi, Qc)	14 000*	1 200	Lancement à l'automne 2022, accompagnement pour l'ACQ
Clinique de santé Saint-Joseph de Dalhousie (Dalhousie, N.-B.)	4 000	1 090	Lancement en mai 2023
Unité de médecine familiale de Lamèque (Lamèque, N.-B.)	4 000	1 300	Lancement en mai 2023

* Décompte combiné de patientes et de patients des cliniques GMF Vallée-de-la-Gatineau (Maniwaki, Grand-Remous et Kitigan Zibi au Québec).

L'Accès adapté (AA) repose sur cinq piliers :

- 1) une planification exhaustive des besoins, de l'offre et des variations récurrentes;
- 2) un ajustement régulier de l'offre à la demande;
- 3) une méthode de prise et de planification des rendez-vous;
- 4) une intégration et une optimisation de la pratique collaborative;
- 5) une diffusion d'informations sur l'AA et ses fonctionnalités.

Ces cinq piliers guident l'organisation des services pour qu'ils soient adaptés à la pratique et au contexte de l'organisme, notamment aux communautés rurales et isolées⁴.

La mise en œuvre de l'Accès adapté nécessite un changement organisationnel majeur qui implique de réorganiser plus globalement la pratique de l'ensemble des membres de l'équipe (personnel administratif et professionnels de la santé) afin qu'elle soit plus efficace et davantage centrée sur les patientes et les patients. Plusieurs stratégies d'amélioration et d'enseignement de l'AA peuvent être appliquées dans un contexte de soins de santé primaires, dont l'utilisation d'approches d'amélioration continue de la qualité (ACQ) et de mesures de soutien à la gestion du changement. Grâce à ces stratégies, les équipes de soins de santé primaires disposent d'outils pratiques, d'une formation ciblée et des méthodes de suivi des indicateurs pertinents qui leur permettront de s'améliorer au fil du temps. À l'échelle locale, la mise en place de l'Accès adapté varie considérablement entre les professionnels et les cliniques de soins primaires. Par

conséquent, un soutien personnalisé prolongé à la gestion du changement peut contribuer à une adoption réussie de l'AA.

Amélioration continue de la qualité

Les approches d'amélioration continue de la qualité favorisent les changements organisationnels. L'une d'entre elles, celle du « modèle d'amélioration », très répandue, est conçue pour promouvoir, structurer et pérenniser les changements au sein des organismes afin de bonifier à la fois les méthodes et les résultats⁵. Une fois qu'un problème donné a été étudié, les changements sont opérés en quatre étapes qui se répètent dans des cycles itératifs (représentés par le sigle PEEA) :

- **Planifier** : Planification du changement à partir de données probantes, de la rétroaction de la communauté et de l'expérience des parties prenantes.
- **Exécuter** : Mise en œuvre du changement et documentation de ses effets.
- **Étudier** : Analyse du changement en mesurant les résultats obtenus et en les comparant aux résultats attendus pour évaluer les effets du changement.
- **Agir** : Perfectionnement du changement, soit en maintenant ou en ajustant certaines démarches lors de cycles ultérieurs, soit en procédant à la mise à l'échelle du changement.

En outre, l'assistance à la pratique est considérée comme une stratégie d'intervention autonome (par rapport à la vérification et à la rétroaction, par exemple, qui sont plus limitées)⁶.

Mise en œuvre

L'intervention d'accompagnement pour l'ACQ a été élaborée et testée auprès de huit équipes de soins de santé primaires (de 2019 à 2022) aux profils variés du point de vue de leur taille (allant de cinq à vingt-cinq médecins) et de leur milieu (rural ou urbain). Elle consiste en trois activités menées de manière itérative jusqu'à ce que les objectifs d'amélioration soient atteints ou jusqu'à un maximum de 18 mois d'intervention. Voici les trois activités :

- 1) réflexion d'équipe et établissement des priorités quant aux besoins de changement;
- 2) cycles PEEA;
- 3) accompagnement de groupe.

Toutes les activités peuvent être menées virtuellement, mais il est recommandé de participer en personne à la première d'entre elles pour faciliter la mobilisation et l'adhésion des équipes participantes.

Récapitulatif de l'activité n° 1 : Séances de réflexion en équipe et établissement des priorités quant aux besoins

Avant le lancement de l'atelier initial :

- Au moins trois mois avant l'atelier initial (activité n° 1), créer un portrait complet à partir de sondages sur l'expérience des patientes et des patients et de questionnaires ORAA (outil réflexif sur l'Accès adapté) remplis par les médecins, les professionnels et le personnel administratif, et rassembler des indicateurs d'accès (sur la base des données du système DME).
- Élaborer une synthèse des résultats personnalisés à l'aide des données de la clinique.

Atelier initial en personne avec tous les membres de la clinique visant à définir le ou les besoins prioritaires :

- Présenter un modèle d'AA et les travaux antérieurs de l'équipe avec la clinique.
- Présenter une synthèse des résultats personnalisés de la clinique.
- Animer ou diriger des activités pratiques.
- Parvenir à un consensus sur un ou deux besoins définis comme prioritaires par l'équipe de la clinique.

Récapitulatif de l'activité n° 2 : Cycles PEEA

- Coordonner virtuellement la création d'un comité d'amélioration continue (équipe d'ACQ de la clinique) et planifier leurs réunions périodiques (durée approximative de 30 minutes, toutes les trois ou quatre semaines).
- Animer les réunions.
- Suivre les indicateurs ciblés lors des cycles PEEA.
- Contextualiser les résultats.
- Utiliser les outils complets de suivi des cycles PEEA.
- Préparer le matériel et la logistique nécessaires en collaboration avec les responsables locaux.

Récapitulatif de l'activité n° 3 : Accompagnement de groupe

- Participer aux réunions de suivi avec tout le personnel de formation à l'ACQ (une fois

par semaine ou aux deux semaines).

- Mettre en évidence les stratégies de changement existantes selon l'expérience des autres cliniques participantes (tous les trois à six mois).
- Contribuer à la coordination et à l'animation des réunions du groupe.

Outils

Outil réflexif sur l'Accès adapté

Chaque membre de l'équipe remplit le questionnaire de l'[Outil réflexif sur l'Accès adapté \(ORAA\)](#), qui dresse un portrait complet de l'adhésion du participant ou de la participante aux pratiques relevant de chaque pilier de l'AA. Il existe deux versions du questionnaire, disponibles en anglais et en français : la première est destinée aux professionnels de la santé (39 questions), pour laquelle il faut compter douze minutes. La seconde s'adresse au personnel administratif participant à la prise de rendez-vous et à la gestion du calendrier (25 questions) et prend six minutes à remplir. Chaque répondant se voit attribuer un identifiant unique afin de garantir la confidentialité par un processus de double vérification. Une fois le questionnaire rempli, les répondants reçoivent un rapport personnalisé et des conseils pour améliorer leur pratique de l'AA.

Sondage auprès des patientes et des patients

Pour déterminer le niveau d'accès aux services qu'ont les patientes et les patients, chaque clinique évalue leurs expériences à l'aide d'un [sondage en ligne](#) de 50 questions. Le questionnaire a été élaboré d'après des outils comparables permettant d'évaluer l'expérience des patientes et des patients en matière d'accès aux soins de santé primaires. Il tient également compte des recommandations des patientes et patients partenaires membres des comités. Le questionnaire couvre divers aspects de l'accès, abordés du point de vue des patientes et des patients, tels que la prise de rendez-vous, la communication et la collaboration entre les membres de l'équipe. Accessible en ligne et disponible en anglais et en français, il faut environ onze minutes pour y répondre. Il est distribué par courriel aux patientes et aux patients inscrits disposant d'une adresse électronique connue (entre 40 % et 80 % de la patientèle, selon les cliniques). Cette stratégie de collecte de données est peu coûteuse et prévoit des rappels amicaux.

Indicateurs

Les indicateurs sont calculés sur une base hebdomadaire ou mensuelle par l'intermédiaire des dossiers médicaux électroniques (DME). L'équipe d'ACQ de chaque clinique sélectionnera des indicateurs parmi ces résultats afin d'évaluer l'efficacité de la stratégie de changement testée et d'adapter les cycles PEEA en fonction de ces informations. Les données extraites des DME et

le calcul des indicateurs ont été automatisés avec succès pour chacun des six indicateurs issus de cinq DME distincts au Québec et au Nouveau-Brunswick.

Six mesures clés de l'AA

- **Troisième rendez-vous disponible (mesure hebdomadaire)** : Cette mesure est définie comme l'intervalle avant le troisième rendez-vous disponible. Afin de réduire les variations, c'est cette mesure qui est utilisée (plutôt que le premier ou le deuxième rendez-vous). Elle correspond au nombre de jours précédant le troisième rendez-vous disponible en consultation générale. Elle doit être calculée à la même heure chaque semaine.
- **Pourcentage de plages horaires disponibles dans les 48 heures (mesure hebdomadaire)** : Cette mesure est définie comme la proportion de rendez-vous disponibles dans les 48 heures suivantes. Elle offre un aperçu de la capacité des prestataires à répondre aux demandes de soins d'urgence. Pour mesurer cette capacité, le pourcentage de rendez-vous disponibles par rapport au nombre total de rendez-vous proposés dans les 48 heures suivantes est calculé. Cette mesure doit être calculée à la même heure chaque semaine.
- **Continuité relationnelle (mesure mensuelle)** : Cette mesure évalue la continuité relationnelle entre le prestataire et ses patientes et patients. Elle correspond au pourcentage du nombre total de consultations médicales avec le médecin de famille (ou le personnel infirmier spécialisé) habituel des patientes et des patients par rapport au nombre total de consultations avec n'importe quel autre médecin de famille (ou personnel infirmier spécialisé) de la clinique.
- **Utilisation des services sans rendez-vous (mesure mensuelle)** : Cette mesure est définie comme la proportion de visites sans rendez-vous des patientes et des patients inscrits auprès de chaque professionnel. Elle correspond au pourcentage des consultations sans rendez-vous dispensées aux patientes et patients inscrits par rapport au nombre total de leurs consultations avec leur médecin habituel.
- **Participation au sein de l'équipe multidisciplinaire (mesure mensuelle)** : Cette mesure évalue le degré de participation des différents types de prestataires (travailleuses et travailleurs sociaux, personnel infirmier, pharmaciennes et pharmaciens, etc.) auprès de leurs patientes et de leurs patients. Elle correspond au pourcentage du nombre total de consultations médicales des patientes et des patients avec un médecin, un médecin résident ou un membre du personnel infirmier spécialisé par rapport au nombre total de consultations avec n'importe quel autre prestataire de la

clinique.

- **Discontinuité des soins pour les patientes et les patients atteints de maladies chroniques (mesure mensuelle)** : Cette mesure est définie comme la proportion de patientes et de patients atteints de maladies chroniques n'ayant pas consulté au cours des 12 derniers mois. Elle correspond au pourcentage des patientes et patients inscrits atteints d'au moins une maladie chronique qui n'ont pas fait de consultation à la clinique au cours des 12 derniers mois.

Évaluation et retombées

Les résultats et les avantages obtenus jusqu'à présent à partir des données de huit équipes de soins de santé primaires qui servent des communautés urbaines au Québec comprennent les suivants :

- réduction de sept jours du temps avant le troisième rendez-vous disponible;
- augmentation de 11 % de la proportion de rendez-vous disponibles dans les 48 heures;
- réduction de 20 % du nombre de consultations sans rendez-vous;
- du point de vue du prestataire, l'Accès adapté a considérablement réduit la charge de travail. Il a permis une plus grande flexibilité malgré la disponibilité réduite. Il a également contribué à réduire le nombre de courriels échangés avec le personnel administratif. Enfin, il a permis d'améliorer la satisfaction au travail, tant pour le personnel administratif que pour le personnel clinique.

Les résultats ci-dessus ont été maintenus pendant plus d'un an dans cinq des huit cliniques de soins de santé primaires.

Que pensent les prestataires chargés de la mise en œuvre de cette approche innovante?

- « Nous aurions pu être confrontés à un déséquilibre profond entre l'offre et la demande à cause de la COVID-19, de maladies ou de congés maternité. Toutefois, grâce à la flexibilité que nous offre l'Accès adapté, nous avons réussi à proposer des rendez-vous en temps opportun à nos patients. » (Membre du personnel infirmier)
- « J'ai commencé à voir des résultats au bout de six mois. La situation s'améliore au fil du temps. Les patients se présentent pour des problèmes de santé plus ciblés, donc je peux consulter davantage de personnes par jour... Au point que mes collègues sont

intrigués et jettent un coup d'œil à mon emploi du temps. » (Médecin)

- « C'est une pratique beaucoup plus profitable. Avant, je devais me renseigner sur tout ce qui s'était passé l'année précédente dans le dossier des patients, car je n'avais pas participé à leurs soins. Présentement, je les reçois lorsqu'ils ont des problèmes aigus... De cette façon, je suis plus utile et ils m'en sont reconnaissants. » (Médecin)

Que pensent les patientes et patients et les partenaires de soins ayant bénéficié de cette approche innovante?

- « C'est très bien de pouvoir bénéficier d'un accès rapide. Cela dit, le plus important pour moi, c'est de pouvoir prendre rendez-vous avec mon médecin de famille, qui me connaît. Je préfère attendre quelques jours pour obtenir un rendez-vous, plutôt que de voir un docteur dans la journée qui ne me connaît pas. » (Patiente)
- « Grâce à ces changements, la continuité des soins est meilleure qu'avant et je me sens en confiance avec mon docteur, tout autant qu'avec l'équipe soignante. » (Patient)

Quels sont les principaux facteurs de réussite favorisant la pérennisation?

- Accès en temps opportun vu comme une priorité politique et un besoin des prestataires.
- Adhésion de tous les membres de la clinique au sein de laquelle des solutions inclusives et interprofessionnelles sont co-conçues et adaptées à leur contexte.
- Participation volontaire avec soutien extérieur.
- Équipe de formatrices et formateurs qui partagent les leçons qu'ils ont apprises, ainsi que tous leurs conseils, outils et astuces.
- Étroite collaboration avec une équipe de recherche qui dispose d'une expertise externe crédible et qui est soumise à des accords de confidentialité.
- Technologie à disposition, à savoir un logiciel d'indicateurs automatisé qui alimente un tableau de bord commun et permet d'adapter les cycles PEEA selon les informations recueillies.

Potentiel de diffusion

- Portrait complet sur l'accès, bilingue et prêt à être partagé.
- Modèle présentement déployé dans une cohorte de plus de 24 cabinets au Québec et

de quatre cabinets au Nouveau-Brunswick, y compris en milieu rural.

- Communauté nationale de formatrices et formateurs à l'ACQ qui partagent les leçons qu'ils ont apprises et encouragent la diffusion de ces apprentissages.
- Volonté de soutenir l'équipe d'accompagnement pour l'ACQ du groupe de recherche ayant conçu l'intervention pour l'amélioration continue de la qualité de l'Accès adapté (M. Breton et I. Gaboury).
- Accompagnement bilingue des formateurs et des formatrices offert par l'Académie Qualité Santé de l'Université de Sherbrooke (un an, 120 heures) et mentorat du personnel en formation.
- Crédits de formation reconnus par le Collège des médecins de famille du Canada pour la participation à des activités de réflexion.

Leviers de diffusion

- Structure de gouvernance simple : chercheuses principales (M. Breton et I. Gaboury), équipes de quatre formateurs et formatrices, et un/une gestionnaire de projet.
- Outils bilingues prêts à être partagés.
- Soutien à la collecte de données : intégré aux projets de recherche (fonds obtenus, formulaire de demande éthique prêt à être soumis).
- Partenariats développés jusqu'ici :
 - Au Québec, il y a le ministère de la Santé et des Services sociaux (fonds), la Direction régionale de l'accès aux services médicaux de proximité du DRMG de Montréal (accompagnement gratuit) et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (crédits de formation).
 - Au Nouveau-Brunswick, il y a le Réseau de santé Vitalité (accompagnement gratuit).
 - Au Canada, il y a le Réseau canadien de recherche en soins primaires (financement des IRSC) et Excellence en santé Canada (promotion).

Coûts

- Formateur/formatrice à l'ACQ : poste à temps plein servant une moyenne de 15 à 20 cabinets par an (environ 85 000 \$/an).
- Coordonnateur/coordinatrice de projets : chargé(e) de la collecte de données et de la

planification (environ 85 000 \$/an).

- Réunions en personne (activité 1), y compris le déjeuner et les déplacements (environ 500 \$ par clinique).
- Système DME : nouveau logiciel d'extraction intégré et automatisé (environ 5 000 \$).
- Crédits de formation médicale du Collège des médecins de famille du Canada (environ 250 \$ par clinique).
- Formation des formateurs et des formatrices : 120 heures et frais d'inscription à l'Université de Sherbrooke.

Pour en savoir plus

Pour en savoir plus sur l'accompagnement pour l'amélioration de la qualité de l'Accès adapté, communiquez avec :

- Mylaine Breton, Ph. D., Professeure, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke/Chaire de recherche du Canada sur la gouvernance clinique des services de première ligne. Mylaine.Breton@usherbrooke.ca
- Isabelle Gaboury, Ph. D., Professeure, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Département de médecine de famille, Université de Sherbrooke
Isabelle.Gaboury@usherbrooke.ca

¹ Ansell, D., et coll., *Interventions to reduce wait times for primary care appointments: a systematic review*, BMC Health Serv Res, 2017; vol. 17, n° 1 : p. 295

² Quelques cliniques fonctionnent comme un groupe de médecine de famille qui sert les patientes et les patients des communautés voisines.

³ [Statistique Canada - Recensement de la population, 2021](#)

⁴ Breton, M., et coll., *Revising the advanced access model pillars: a multimethod study*, CMAJ Open, 6 septembre 2022, DOI :10.9778/cmajo.20210314.

⁵ Langley, G. L., et coll., *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*», San Francisco : Jossey-Bass Publishers, 2009, 2^e édition.

⁶Alagoz, E., et coll., *The use of external change agents to promote quality improvement and organizational change in healthcare organizations: a systematic review*, BMC Health Serv Res, 25 janvier 2018, vol. 18, n° 1 : p. 42, DOI : 10.1186/s12913-018-2856-9, PMID : 29370791, PMCID : PMC5785888.