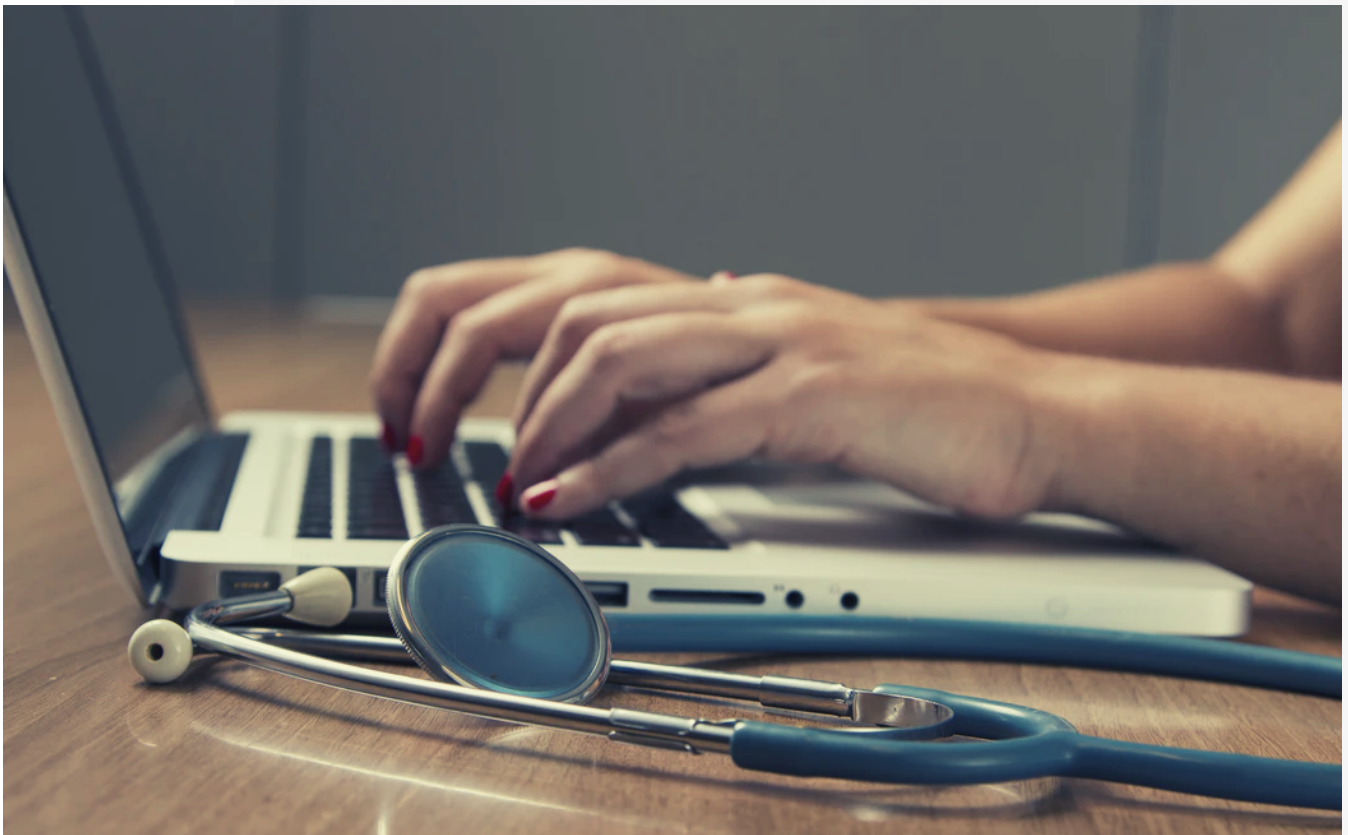


RAPPORT FINAL

31 MARS 2021

ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION DES AGENTS D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ ET AU SOUTIEN À LA TRANSFORMATION CLINIQUE (AACQ-STC) DANS LES MILIEUX DE SOINS PRIMAIRES SANS AFFILIATION UNIVERSITAIRE



Centre intégré
de santé et de services
sociaux de Chaudière-
Appalaches

Québec 



UNIVERSITÉ
LAVAL

Faculté des sciences
de l'administration

REMERCIEMENTS

La rigueur des constats de cette évaluation préliminaire découlent d'un travail collaboratif. À cet effet, nous tenons à remercier l'ensemble des agents d'amélioration continue de la qualité et au soutien à la transformation clinique, des médecins responsables, des adjointes à la Direction des services professionnels des quatre territoires de la région de Chaudière-Appalaches, des directrices adjointes de la Direction des services professionnels et la coordonnatrice des AACQ-STC pour leur participation aux entrevues. Leur point de vue a contribué à l'établissement des constats présentés dans ce rapport.

Nous aimerions également remercier les membres du comité de suivi de l'évaluation du CISSS de Chaudière-Appalaches pour leur soutien et leur collaboration. Leur apport a grandement facilité la réalisation du projet d'évaluation et a enrichi la qualité du présent rapport.

Le contexte actuel de la pandémie de la COVID-19 a mené à des adaptations sur le plan temporel. La précieuse collaboration de l'ensemble des personnes impliquées dans l'évaluation a permis d'assurer un processus efficient et efficace tout au long du projet. Nous tenons à les remercier pour leur précieuse participation et contribution.

ÉQUIPE DE L'ÉVALUATION

AUTEURES

Maude Laberge, Ph.D.
Faculté des sciences de l'administration de
l'Université Laval

Victoria Thàn, B.Sc.kin
Faculté des sciences de l'administration de
l'Université Laval

Geneviève Roch, inf., Ph.D.
Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval

MEMBRES DU COMITÉ DE SUIVI DE L'ÉVALUATION DU CISSS DE CHAUDIÈRE-APPALACHES

Dre Annie Tremblay, MD.
DSP

France Tanguay, Ph.D.
DSP

Julie Légaré, B.Sc.
DSP

Véronique Lessard, B.Sc.
DSP

Francis Berthelot, B.Sc.
DQUEPE

TABLE DES MATIÈRES

Liste des abréviations	01
Sommaire	02
Introduction	05
1.Objectifs de l'évaluation	06
1.2. Objectif général	06
1.3. Sous-objectifs	06
2.Méthode	07
2.2.Design et conception de l'évaluation	07
2.3.Cadre conceptuel	08
2.4. Collecte de données	09
2.4.1.Entrevues	09
2.4.2.Sources documentaires	10
2.5. Approche analytique	12
3.Constats	13
3.2.Bénéfices des AACQ-STC	13
3.3.Mécanismes de gouvernance	18
3.3.1. Mécanismes de gouvernance clés	23
3.4. Intégration des AACQ-STC	26
3.4.1.Impact du contexte de la COVID-19	27
3.4.2.Facteurs à considérer lors de l'implantation du projet dans un contexte normal (hors pandémie)	29
3.4.3.Conditions d'emploi du poste des AACQ-STC	36
3.5.Profil des AACQ-STC	37
3.6..Précisions sur l'évaluation	40
4.Recommandations	41
5.Caractéristiques de chacun des territoires du CISSS-CA	45
Références	46
Annexes	47
1.Cadre conceptuel <i>Consolidated Framework for Implementation Research</i> (Damshroder et al.,2009)	48
2.Guide d'entrevue	49

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AACQ Agent d'amélioration continue de la qualité

AACQ-STC Agent d'amélioration continue de la qualité et de soutien à la transformation clinique

ACQ Amélioration continue de la qualité

CISSS-CA Centre intégré des soins de santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches

CLSC Centre local de services communautaires

CHSLD Centre d'hébergement de soins de longue durée

DMÉ Dossier médical électronique

DQEPE Direction de la qualité, l'évaluation, la performance et l'éthique

DSI Direction des services infirmiers

DRMG Direction régionale de médecine régionale

DSM Direction des services médicaux

DSP Direction des services professionnels

GMF Groupe de médecine familiale

GMF-U Groupe de médecine familiale universitaire

MSSS Ministère de la Santé et des Services sociaux

PCI Prévention et contrôle des infections

STC Soutien à la transformation clinique

RVSQ Rendez-vous Santé Québec

SOMMAIRE

APPORT DES AGENTS D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ ET DE SOUTIEN À LA TRANSFORMATION CLINIQUE (AACQ-STC)

- La présence des AACQ-STC a contribué de manière positive et efficace à l'implantation des projets locaux ciblés par les milieux de soins primaires sans affiliation universitaire et à des projets plus régionaux en concertation avec le Centre intégré de santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS-CA).
- Les AACQ-STC favorisent un processus efficace de gestion des projets et de pilotage du changement dans les milieux de soins primaires. Ils assument aussi un rôle d'intermédiaire privilégié entre le CISSS-CA et les milieux de soins primaires.
- Bien que les AACQ-STC réalisent des projets régionaux et locaux, le contexte de la COVID-19 a mené à la priorisation des directives ministérielles. De par le soutien continu aux milieux de soins primaires et l'implication des AACQ-STC, les directives ministérielles (p. ex. PCI) ont été appliquées adéquatement.

MÉCANISMES DE GOUVERNANCE ET DE GESTION

- La structure de gouvernance du CISSS-CA est un levier considérable à l'intégration des AACQ-STC au sein des territoires.
- La décentralisation concernant la répartition et la gestion des AACQ-STC au sein de la région favorise la co-gestion et la proximité avec les intervenants de leur territoire respectif.
- La co-gestion est considérée par l'ensemble des acteurs consultés comme un levier important pour faciliter l'intégration des AACQ-STC et la mobilisation des milieux de soins primaires.
- Une coordination régionale des AACQ-STC est facilitante pour le déploiement des projets et l'uniformisation des pratiques.
- Le réseau régional des AACQ-STC favorise l'appropriation de leurs rôles, le transfert des bonnes pratiques ainsi que l'efficacité des actions déployées.
- Considérant que l'implantation actuelle des AACQ-STC au sein du CISSS-CA s'inscrit dans un projet pilote, le nombre d'AACQ-STC est limité à 5. Avec les résultats concluants du projet pilote, il est indiqué par les parties prenantes qu'il y aurait un intérêt à ajuster le nombre d'AACQ-STC. Effectivement, de par l'apport positif des AACQ-STC sur l'instauration d'une culture d'ACQ et les besoins des milieux de soins primaires, les

attentes envers leur contribution pourraient s'accroître avec le temps. Cela pourrait donc nécessiter une croissance du nombre requis d'AACQ-STC. Il est donc recommandé, selon l'évolution des besoins et des demandes des milieux de soins primaires, d'ajuster le nombre d'AACQ-STC.

IMPACT DU CONTEXTE DE LA COVID-19

- Le contexte de la COVID-19 a été un levier à l'intégration des AACQ-STC dans leurs territoires.
- L'identification de mesures précises par l'organisation du CISSS-CA et les AACQ-STC a contribué à implanter adéquatement le projet au sein de la région.

ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER DANS UNE PERSPECTIVE FUTURE

- Le succès de l'implantation repose notamment sur les qualités personnelles des AACQ-STC. À cet égard, afin d'accroître la rétention du personnel, il serait pertinent d'établir des stratégies visant le maintien des AACQ-STC, ainsi que le développement et le renouvellement de leurs compétences.
- Une étude évaluative sur les résultats de l'implantation des AACQ-STC et le développement d'outils permettant une implantation pouvant être contextualisée selon les réalités d'autres établissements seraient à considérer.

INTRODUCTION

Depuis le 1er avril 2017, les agents d'amélioration continue de la qualité (AACQ) ont été implantés au Québec dans les groupes de médecine familiale universitaires (GMF-U). Ces AACQ ont la responsabilité de favoriser l'intégration d'une culture d'amélioration continue de la qualité (ACQ) et de réaliser des activités de promotion, de prévention, d'analyse, de recherche de solutions et de gestion de projets d'ACQ.

Les résultats de l'intégration des AACQ en GMF-U ont été concluants. À cet effet, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) aimerait connaître l'impact de l'implantation de ces AACQ dans d'autres milieux de soins primaires, tels que les centres locaux de services communautaires (CLSC), les cliniques privées et les groupes de médecine familiale (GMF).

De ce fait, un projet pilote d'une durée d'un an est porté par le CISSS-CA au sein de ses quatre territoires, permettant ainsi d'évaluer le processus de l'implantation visant l'intégration des AACQ dans des milieux de soins primaires sans affiliation universitaire. Pour faciliter l'amélioration des pratiques cliniques, le rôle de soutien à la transformation clinique (STC) a été inclus dans le mandat des AACQ agissant dans les milieux de soins primaires sans affiliation universitaire.

Il est à noter que la réalisation du projet pilote et l'arrivée des AACQ-STC se sont déroulées durant le contexte pandémique de la COVID-19. En effet, leur implantation a débuté le 1er mars 2020 et l'arrivée en fonction de chaque AACQ-STC varie selon le territoire.

Les constats découlant de l'évaluation permettront de soutenir les actions des autorités concernant la poursuite de ce projet pilote.

1. OBJECTIFS DE L'ÉVALUATION

1.2. OBJECTIF GÉNÉRAL

Mené en collaboration avec le CISSS-CA, l'objectif général du projet d'évaluation est de comprendre comment les AACQ-STC s'intègrent dans chacun des territoires et avec leurs équipes de première ligne dans les milieux de soins primaires sans affiliation universitaire pour implanter et consolider une culture d'ACQ et de STC.

1.3. SOUS-OBJECTIFS

- Identifier comment les AACQ-STC répondent à des besoins identifiés par les parties prenantes de leur territoire respectif et la transférabilité des stratégies mises en œuvre à l'ensemble de la région;
- Décrire les modalités de gestion mises en place, les attentes au niveau de la gestion et les principes de gouvernance;
- Expliquer comment le contexte de la pandémie de la COVID-19 intervient sur l'intégration des AACQ-STC dans leur territoire respectif.

2. MÉTHODE

2.2. DESIGN ET CONCEPTION DE L'ÉVALUATION

L'évaluation par l'équipe de recherche a été faite en ayant une approche de co-construction avec l'équipe du CISSS-CA, et ce afin d'assurer que les méthodes permettent de répondre adéquatement et avec pertinence aux questions de l'évaluation. Des membres du CISSS-CA ont donc agi comme experts concernant l'implantation des AACQ-STC.

Pour atteindre les objectifs identifiés, une évaluation mobilisant des techniques de recherche a été réalisée. À cet effet, l'évaluation de l'implantation des AACQ-STC dans des milieux de soins primaires sans affiliation universitaire repose sur une démarche d'étude de cas unique à niveaux d'analyse imbriquée.

ÉTUDE DE CAS

Exploration et documentation d'un phénomène en profondeur pour le comprendre (Yin, 2009).

ÉTUDE DE CAS IMBRIQUÉE

Étude de cas contenant plusieurs sous-unités d'analyse (Yin, 2009).

Cette décision de considérer le projet d'évaluation comme une étude de cas unique à niveaux d'analyse imbriquée repose sur le fait que la région de Chaudière-Appalaches est composée de quatre territoires distincts. De ce fait, l'évaluation du projet pilote au sein du CISSS-CA tient compte de ces différentes unités.

2.3. CADRE CONCEPTUEL

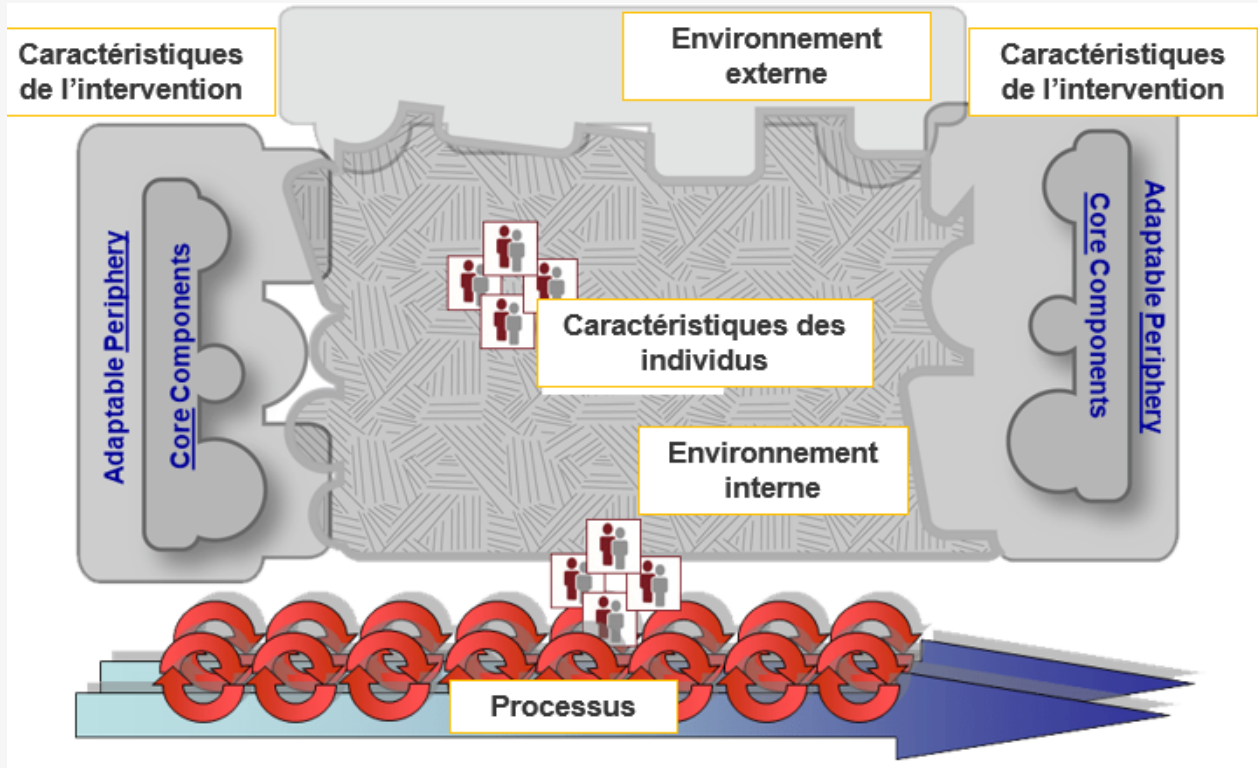


Figure tirée de *CFIR Research Team-Center for Clinical Management Research*

L'utilisation du cadre conceptuel *Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR)* a été privilégiée, de par sa pertinence pour évaluer l'implantation d'une mesure dans un contexte particulier. L'annexe I présente les domaines du CFIR. À cet égard, la collecte de données, le codage et l'analyse ont été structurés selon les cinq domaines du cadre conceptuel, soient :

- 1.les caractéristiques de l'intervention;
- 2.l'environnement externe;
- 3.l'environnement interne;
- 4.les caractéristiques personnelles;
- 5.le processus.

2.4. COLLECTE DE DONNÉES

Les données récoltées proviennent de deux types de sources, soient des entrevues semi-dirigées et des sources documentaires.

2.4.1. ENTREVUES

Au total, 19 entrevues semi-dirigées d'une durée de 45 à 60 minutes ont été réalisées du 18 juin 2020 au 20 janvier 2021. Ces dernières ont été réalisées par vidéoconférence avec chacun des acteurs. À cet égard, il a été identifié qu'une entrevue se déroulerait avec les types d'acteurs suivants :

- Gestionnaires du CISSS-CA
- AACQ-STC et intervenants clinico-administratif.
- Médecins

Les répondants ont été interpellés à participer sur la base de leur implication directe dans la mise en œuvre du projet pilote et de la richesse des informations qu'ils détenaient quant à l'objet de l'évaluation. De ce fait, ils ont été identifiés dans une logique d'échantillonnage stratifiée, avec le soutien d'acteurs internes, comme étant des participants clés pour la collecte de données. Il était aussi initialement prévu d'élargir la collecte de données à d'autres acteurs. Cependant, considérant le contexte de la COVID-19 et les échéanciers, les trois types d'acteurs identifiés ont été priorisés.

Pour procéder à la réalisation des entrevues, un ordre chronologique d'exécution a été défini. Ce dernier correspond à l'arrivée des AACQ-STC dans leur territoire. Les entrevues ont donc débuté avec le territoire où l'AACQ-STC avait le plus d'ancienneté. La collecte des données par territoire a ainsi suivi l'ordre suivant :

- 1.Montmagny-l'Islet
- 2.Thetford-Mines
- 3.Alphonse-Desjardins
- 4.Beauce-Etchemins.

Pour compléter la collecte de données, une entrevue a été réalisée avec un intervenant clinico-administratif et des gestionnaires du CISSS-CA pour compléter les données se rapportant à l'établissement.

Toutes les entrevues ont été retranscrites en verbatim à des fins de codage. L'annexe II présente le guide d'entrevue utilisé.

2.4.2. SOURCES DOCUMENTAIRES

Les sources documentaires ont été sélectionnées avec le soutien des personnes ressources du CISSS-CA et des participants, de manière à trianguler et/ou compléter objectivement certains éléments issus des entretiens. D'autres ont été répertoriés suivant une recherche sur le Web. Les documents suivants ont été retenus:

- charte de projet;
- organigramme;
- cadre de référence en lien avec l'amélioration continue de la qualité dans les GMF-U du Québec;

-
- rapport d'évaluation du projet de RVSQ;
 - rapport d'évaluation de l'intégration des AACQ dans les GMF-U du Québec;
 - autres documents :
 - offre d'emploi identifiée sur LinkedIn pour le poste d'AACQ-STC;
 - guide pour la facilitation de la pratique en soins primaires du Collège des médecins de famille du Canada.

2.5. APPROCHE ANALYTIQUE

Tel que mentionné préalablement, le cadre conceptuel sélectionné a guidé le codage et l'analyse des données. Les codes correspondent donc aux cinq domaines du cadre conceptuel. Il est à noter que le processus de codage a été soutenu par l'utilisation du logiciel QDA Miner Lite©.

Pour procéder à l'analyse des données, une approche d'analyse de contenu dirigée (Hsieh et Shannon, 2005) a été utilisée. Cette dernière a permis de réduire le matériel et d'intégrer les inférences se rapportant aux domaines du cadre conceptuel, en réponse aux visées de l'évaluation.

3. CONSTATS



3.1. BÉNÉFICES DES AACQ-STC

Le projet pilote de l'implantation des AACQ-STC dans des milieux de soins primaires sans affiliation universitaire a été concluant. En effet, l'apport des AACQ-STC a été perçu, à l'unanimité par les parties prenantes, de manière positive.

De par leur rôle de facilitateurs dans l'amélioration des pratiques cliniques, dans la transmission et l'uniformisation des communications et dans l'implantation notamment des directives ministérielles, les AACQ-STC offrent un accompagnement personnalisé et adéquat aux milieux de soins primaires. Ils représentent ainsi un intermédiaire privilégié entre le CISSS-CA et les différents milieux de soins primaires.

«Les GMF sont des sites privés (...). Les AACQ-STC permettent de descendre des programmes ministériels ou des objectifs de soins de santé qui sont importants pour le Ministère et le CISSS-CA, et ce, avec une manière qui est adéquate et qui répond aux besoins des GMF».

«L'AACQ-STC se sent extrêmement utile. Les GMF voient ses besoins répondus et le CISSS, qui est comme une extension du Ministère si on peut le dire comme ça, voit ses projets qui peuvent être moins attrayants, à première vue, descendre beaucoup plus fluidement et dans la sérénité et la collaboration».

En effet, le contexte de la COVID-19 a mené à la priorisation des projets régionaux découlant des directives ministérielles (p. ex. RVSQ et PCI). La contribution des AACQ-STC a permis de les implanter de manière adéquate et de soutenir les intervenants dans les milieux de soins primaires.

Ces derniers peuvent se référer à l'AACQ-STC et leur approche inclusive et collaborative contribuerait à l'accomplissement de leurs rôles de gestionnaires de projets et du changement. À cet effet, les suivis rigoureux, l'accompagnement personnalisé et en continu offert aux différents intervenants, l'analyse des irritants et la mise en place de solutions appropriées favoriseraient l'implantation d'une culture d'ACQ au sein des territoires, contribuant ainsi positivement à la qualité des soins offerts aux patients. De par cet apport des AACQ-STC, la charge de travail des différents intervenants est diminuée. Ils peuvent donc consacrer plus de temps à la consultation de patients. Cette contribution positive serait limitée de manière considérable sans la présence des AACQ-STC.

«Ce n'est pas quelqu'un qui est là de façon ponctuelle, mais quelqu'un qui saisit l'entière de la problématique et qui fait des liens avec toutes les sphères, que ce soit le personnel clinique ou administratif, le corps infirmier, les médecins ou DSP. On a un point de chute. C'est cette personne qui est à même de tenir le fil conducteur. On peut toujours se référer à l'AACQ-STC qui, à mon sens, a la meilleure compréhension du programme».

Les principaux projets réalisés par les AACQ-STC au courant du projet pilote sont présentés dans le tableau suivant.

TABLEAU I : PRINCIPAUX PROJETS RÉALISÉS PAR LES AACQ-STC DURANT LE PROJET PILOTE

*CETTE LISTE NE PRÉSENTE PAS DE MANIÈRE EXHAUSTIVE LES PROJETS RÉALISÉS PAR LES AACQ-STC

	Montmagny-L'Islet	Thetford-Mines	Alphonse-Desjardins	Beauce-Etchemins
Régionaux		Rendez-vous Santé Québec (RVSQ) Prévention et contrôle des infections (PCI) Téléconsultation Agrément Vaccination antigrippale		
Territoriaux			<ol style="list-style-type: none"> 1) Portrait des effectifs médicaux en GMF 2) Accueil clinique de l'Hôtel-Dieu-de-Lévis et des GMF 3) Offre de services des travailleurs sociaux 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Programme sur les troubles cognitifs dans les GMF 2) Portrait sur les patients orphelins
Locaux	<ol style="list-style-type: none"> 1) Trajectoire de la prise en charge de la patientèle diabétique 2) Site Web du GMF 3) Révision du processus de triage par les infirmières pour les sans-rendez-vous 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Trajectoire prise en charge des patients atteints de la maladie pulmonaire obstructive chronique 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Standardisation des gabarits de notes 2) Répertoire de documentation pour les patients 3) Suivis de grossesse 4) Contenu de la télévision dans la salle d'attente 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Site Web des GMF 2) Implantation du dossier médical électronique dans un CLSC

Avec la présence des AACQ-STC, l'implantation de projets répondant aux besoins des milieux de soins primaires et du CISSS-CA a été facilitée. Bien que les projets prioritaires relèvent davantage des directives ministérielles, l'intérêt des milieux de soins primaires envers les AACQ-STC était croissant. Effectivement, ces derniers sont aussi sollicités pour réaliser des projets locaux, répondant ainsi aux besoins des milieux de soins primaires. Il est possible de constater l'importance de l'aspect du STC dans le rôle de ces agents. Ces derniers perçoivent leur rôle au STC de manière positive et celui-ci contribuerait à consolider la perception positive des parties prenantes.

L'apport des AACQ-STC favoriserait les résultats suivants:

- implantation d'une culture d'ACQ et pérennisation des actions mises en œuvre;
- transmission optimale des informations du MSSS et du CISSS-CA aux milieux de soins primaires;
- personnalisation des approches pour répondre aux besoins et aux réalités des milieux de soins primaires;
- production d'information basée sur des données quantitatives permettant de soutenir la prise de décisions;
- réduction de la charge de travail des professionnels et des médecins, permettant ainsi d'accroître les disponibilités dédiées aux soins directs pour les patients;
- augmentation de la satisfaction du personnel, des professionnels et des médecins.

Les AACQ-STC contribuent de manière positive à la réalisation des projets. Leur apport au projet RVSQ a permis des résultats concluants. À cet effet, il est possible de constater notamment une amélioration de l'accessibilité aux ressources et une meilleure utilisation de celles-ci. L'implication des AACQ-STC dans des projets régionaux et locaux pourrait contribuer à la réduction de certaines dépenses en santé.

Il est à noter que les mesures de PCI mises en place par les AACQ-STC dans les territoires ont permis, durant la pandémie de la COVID-19, d'assurer la santé et la sécurité des patients et du personnel. En effet, aucun retrait du personnel n'a été nécessaire. Ayant été formés en matière de PCI avec une formation qui leur a été offerte et par l'accompagnement d'une ressource spécialisée sur ce sujet, les AACQ-STC ont ainsi soutenu les milieux de soins dans l'instauration complète des mesures sanitaires.

Par ailleurs, de par le contexte exceptionnel de la pandémie, le soutien des AACQ-STC a été sollicité concernant la PCI par des milieux de soins ne faisant pas partie de la première ligne. Cela soulève le risque de cooptation. Néanmoins, l'intégration des AACQ-STC à la DSP a permis d'atténuer ce risque. Le risque de cooptation mérite d'être considéré dans un déploiement éventuel à l'échelle de la province. À cet égard, le rattachement des AACQ-STC à la DSP et le déploiement de stratégies axées sur le soutien des milieux de soins primaires sont des éléments à considérer.

3.3. MÉCANISMES DE GOUVERNANCE

Le CISSS-CA possède une structure de gouvernance comportant des particularités. En effet, la DSP entretient des partenariats avec la direction des services médicaux (DSM), la direction de la qualité, l'évaluation, la performance et l'éthique (DQEPE) et la direction des services infirmiers (DSI). De plus, il est à souligner qu'il existe au CISSS-CA une collaboration étroite entre la DSP et le département régional de médecine générale (DRMG).

«On a une DSP qui est vraiment proche du DRMG. Quand on veut aller chercher tous nos médecins, qu'ils fassent partie du DRMG ou non, on a une collaboration qui est là. On a une communication qui est très efficace!»

Au niveau de la première ligne, la directrice adjointe à la DSP coordonne l'ensemble des quatre adjointes à la DSP de chacun des territoires. Il est à noter que ces dernières sont les gestionnaires des professionnels en GMF et elles collaborent étroitement avec les médecins responsables de leur territoire, agissant ainsi comme leur principal contact. Cette proche collaboration découle du modèle de co-gestion qui est implanté dans la région du CISSS-CA et ses territoires. Effectivement, de par le modèle de co-gestion, chaque territoire possède une table de concertation qui est composée de l'adjointe à la DSP, des médecins responsables et des différents représentants de secteurs clés (p. ex. l'urgence et les CHSLD). Il est à noter qu'une table de concertation régionale regroupe les médecins responsables de la région de Chaudière-Appalaches ainsi que les gestionnaires de la DSP.

Les AACQ-STC ont été intégrés à la DSP. Considérant les particularités de chacun des territoires, les AACQ-STC sont répartis dans chacun de leur territoire respectif selon une approche populationnelle. Chaque territoire possède donc un AACQ-STC, à l'exception d'Alphonse-Desjardins qui en possède deux. Cette particularité repose sur le fait que le territoire d'Alphonse-Desjardins comporte un nombre élevé de GMF et une zone géographique importante. Il est à noter que les AACQ-STC occupent tous un bureau qui est localisé dans un site intramural aux installations du CISSS-CA. De ce fait, les frais de loyer conséquent à l'espace physique des AACQ-STC sont à la charge de l'établissement et non des milieux de soins primaires.

De par cette répartition populationnelle, chaque AACQ-STC se retrouve sous l'autorité hiérarchique de l'adjointe à la DSP de son territoire respectif. Pour assurer une coordination des activités des AACQ-STC au niveau régional, le poste de chef des AACQ-STC a été créé. La coordonnatrice des AACQ-STC entretient donc seulement un lien fonctionnel avec les AACQ-STC.

De par la structure de gouvernance unique du CISSS-CA, l'intégration des AACQ-STC a été facilitée de manière considérable. En effet, le modèle de co-gestion, la décentralisation des AACQ-STC et leur intégration au sein de la DSP ont soutenu la perception positive de leur rôle et ont facilité les communications et la participation des milieux de soins primaires. Avec une culture organisationnelle favorable et axée sur la collaboration et l'inclusion des différentes parties prenantes, tel que le DRMG, les mécanismes de gouvernance de la région sont ainsi considérés à l'unanimité comme étant des leviers importants à l'implantation du projet pilote dans la région. Par ailleurs, il est à noter que la DQPE offre un soutien concernant notamment l'utilisation de certains outils par un accompagnement et des formations. Cela contribue à l'appropriation de l'AACQ-STC de son rôle, au développement de ses compétences ainsi qu'à la réalisation de ses activités.

Les caractéristiques des différents territoires de la région ont été prises en compte dans la répartition des AACQ-STC. Cette décentralisation des ressources et de la gestion de ces dernières soutient la personnalisation des approches des AACQ-STC, selon les besoins des milieux de leur territoire. Ainsi, l'intérêt et la perception positive des parties prenantes concernant le rôle des AACQ-STC se voient augmentés avec l'adéquation des solutions mises en œuvre et leur réalité. Cette répartition dans chacun des territoires de la région de Chaudière-Appalaches avec une approche populationnelle facilite donc l'intégration des AACQ-STC de manière positive. Par ailleurs, les mécanismes de co-gestion sont favorisés avec la décentralisation des AACQ-STC. Ces derniers peuvent collaborer étroitement avec les intervenants des milieux de soins primaires.

«On a une structure où on a partagé nos AACQ-STC en fonction de nos réalités locales (...). Si on veut un modèle gagnant, il faut s'assurer de ça. (...) Certains voyaient les AACQ-STC tous en haut ensemble. Ça ne marchera pas, parce que nos médecins ne voient pas ça d'un bon œil. Ils ont l'impression qu'on ne travaille pas avec eux».

Effectivement, sous l'autorité hiérarchique de l'adjointe à la DSP du territoire, l'AACQ-STC bénéficie de liens de communication directs et facilités avec les médecins responsables des GMF ainsi que les professionnels. De par le fait que les professionnels en GMF sont sous l'autorité de l'adjointe à la DSP et que cette dernière travaille étroitement avec les médecins responsables, l'AACQ-STC s'intègre plus facilement dans les milieux de soins primaires.

De plus, la participation de l'adjointe à la DSP aux tables de concertation régionales et territoriales facilite l'intégration de l'AACQ-STC. En effet, ces espaces représentent des opportunités pour ces gestionnaires de la DSP de communiquer de l'information notamment sur les objectifs du projet pilote, l'arrivée des AACQ-STC ainsi que les projets réalisés. Cela permet de présenter adéquatement le rôle des AACQ-STC et de répondre aux préoccupations des médecins, réduisant ainsi les facteurs d'opposition au projet. Il est à souligner que les AACQ-STC sont invités également à participer aux tables de concertation et leur présence consolide l'intérêt des médecins, de par la démonstration des projets réalisés et de leur rôle en ACQ et au STC. De ce fait, la table de concertation territoriale représente un espace privilégié pour déterminer les priorités en termes de projets et de partager les projets locaux, ce qui répond aux besoins des milieux de soins primaires du territoire.

L'AACQ-STC, étant associé à la personne-ressource principale des intervenants du territoire, peut donc s'approprier la réalité et les besoins des milieux, lui permettant ainsi d'adopter et de personnaliser son approche de manière adéquate. Par ailleurs, son intégration à la DSP intervient positivement sur la réception de sa présence dans le territoire et l'adhésion des milieux. La relation de confiance et de proximité qu'entretient sa gestionnaire hiérarchique avec les professionnels et les médecins représente ainsi un levier considérable au succès du projet pilote.

Cette réception positive de l'AACQ-STC par les milieux de soins primaires se voit maximisée avec l'implication des médecins responsables. La triade composée de l'AACQ-STC, du médecin responsable et de l'adjointe DSP permet une collaboration accrue dans la détermination et la réalisation des projets, facilitant ainsi l'intégration de l'AACQ-STC et l'implantation d'une culture d'ACQ.

Toutefois, avec cette décentralisation des AACQ-STC au sein du CISSS-CA, une coordination régionale doit être assurée. Celle-ci découle de la responsabilité de la coordonnatrice des AACQ-STC. Il est à souligner qu'elle ne possède que des liens fonctionnels avec les AACQ-STC. De par son rôle de coordination, la coordonnatrice des AACQ-STC transmet de l'information pertinente à la réalisation des projets régionaux aux AACQ-STC et s'assure de la cohérence des actions déployées. Par ailleurs, son rôle de coordonnatrice facilite la collaboration des AACQ-STC, de par le partage d'informations, des ressources et des projets réalisés.

3.3.1. LES MÉCANISMES CLÉS DE GOUVERNANCE

Pour favoriser l'intégration des AACQ-STC, les mécanismes de gouvernance suivants ont été identifiés comme étant transférables aux différentes structures de gestion :

DÉCENTRALISATION

La répartition des AACQ-STC dans les différents territoires d'une région avec une approche populationnelle est considérée comme un facteur contribuant de manière positive à l'implantation des AACQ-STC. En effet, cette décentralisation permettrait une meilleure réceptivité des milieux de soins primaires, de par une prestation de services adaptée aux besoins et aux réalités de ces derniers.

Le contexte de projet pilote au CISSS-CA implique une détermination d'un nombre fixe d'AACQ-STC dans la région. De par l'apport positif de ces agents et l'intérêt des parties prenantes, le besoin d'AACQ-STC pourrait croître. En effet, le nombre de demandes adressées aux AACQ-STC par les milieux de soins primaires évolue continuellement. Cela nécessiterait donc une augmentation des effectifs d'AACQ-STC. À cet effet, il n'est pas suggéré de déterminer de manière fixe un ratio d'AACQ-STC par habitant.

Concernant la gestion des AACQ-STC, ces derniers devraient se trouver sous l'autorité hiérarchique d'un gestionnaire qui entretient des liens avec les GMF, qui connaît leur réalité et qui possède une relation de confiance et de proximité. À cet égard, l'AACQ-STC pourrait s'intégrer, par exemple, à la DSP ou la DSM, selon la structure de gouvernance d'une région.

CO-GESTION

La co-gestion a contribué à la bonne réceptivité des milieux de soins primaires envers les AACQ-STC. En effet, une co-gestion entre le médecin responsable et la gestionnaire hiérarchique de l'AACQ-STC, soit l'adjointe à la DSP du territoire, a été perçue à l'unanimité comme étant un levier important à l'implantation du projet. Cette co-gestion favorise l'implication des milieux de soins primaires et leur participation au projet, ce qui permettrait de mener adéquatement le processus de gestion du changement et de définir des projets qui répondent à leur réalité et aux besoins du territoire.

«Il faut qu'on développe le modèle de co-gestion. C'est important. Si on n'est pas en co-gestion avec nos équipes de GMF de première ligne, ça ne fonctionnera pas et les AACQ-STC ne seront pas bien vus».

COORDINATION TERRITORIALE

En décentralisant les AACQ-STC, une coordination fonctionnelle est perçue comme étant facilitante pour uniformiser les pratiques et assurer une cohérence dans les actions déployées dans la région.

LIEU D'APPRENTISSAGE ENTRE AACQ-STC

L'établissement d'un réseau réunissant les AACQ-STC contribuerait à une meilleure efficacité des ressources. En effet, cette collaboration régionale entre AACQ-STC facilite le partage des ressources, des connaissances, des outils et des bonnes pratiques. Ce lieu d'apprentissage représente donc une opportunité pour les AACQ-STC de mieux s'approprier leur rôle, de faciliter leur intégration et de notamment exporter les projets locaux réalisés à l'échelle régionale.

3.4. INTÉGRATION DES AACQ-STC



Le projet pilote de l'implantation des AACQ-STC s'est réalisé dans un contexte particulier. En effet, l'arrivée des AACQ-STC concordait avec le début de la pandémie de la COVID-19 au Québec. À cet effet, cette présente partie abordera les constats liés à l'impact du contexte sur le projet et les facteurs à considérer dans un contexte de non-pandémie.

3.4.1. IMPACT DU CONTEXTE DE LA COVID-19

Dû au contexte dans lequel s'est déroulée l'implantation du projet pilote, plusieurs sphères du projet se sont vues affectées par les délais et les priorités associés à la pandémie.

PRIORISATION DES PROJETS RÉGIONAUX

En effet, les orientations du MSSS ont mené à la priorisation des projets provinciaux et ceux qui sont associés au contexte de la pandémie, telles que l'implantation du RVSQ, de la PCI, de la plateforme Teams et de la téléconsultation. La réalisation de projets locaux a donc été limitée. Cependant, les contraintes temporelles exigées pour l'instauration de ces projets ont permis d'accélérer la collaboration des AACQ-STC avec les milieux de soins primaires, permettant ainsi de faciliter la communication et l'instauration d'une relation de confiance.

DÉMONSTRATION PLUS RAPIDE DE L'APPORT DU RÔLE DES AACQ-STC

De par l'implication des AACQ-STC dans les projets provinciaux et dans l'application des directives ministérielles, les parties prenantes ont constaté plus rapidement les gains et les bénéfices de ces intervenants sur leurs pratiques. Effectivement, les AACQ-STC ont assumé des responsabilités clés et sont intervenus auprès des milieux de soins primaires pour les accompagner dans l'implantation des mesures. De par leur apport, ils se sont positionnés ainsi auprès des milieux de soins primaires comme étant des intervenants de premier plan pour les soutenir. Les milieux de soins primaires perçoivent ainsi plus rapidement les bénéfices et la nécessité du rôle des AACQ-STC dans leurs établissements.

LIMITES DE LA PRÉSENCE PHYSIQUE DANS LES MILIEUX DE SOINS PRIMAIRES

Les AACQ-STC sont localisés dans des sites intramurales. Il a été initialement prévu qu'ils puissent se déplacer et travailler davantage en présentiel dans les milieux de soins primaires. Il est évident qu'avec le contexte sanitaire actuel, les contacts physiques des AACQ-STC ont été limités aux déplacements essentiels, tels que les visites pour la PCI. Néanmoins, les AACQ-STC ont su assurer une présence virtuelle satisfaisante. Les communications se sont donc faites majoritairement par les technologies d'information. Malgré la distance physique, la réception et la collaboration des intervenants avec les AACQ-STC sont perçues positivement.

DÉFIS CONCERNANT LES RESSOURCES HUMAINES

Considérant les besoins des unités durant la pandémie, des délais ont été nécessaires pour compléter l'affectation des AACQ-STC à la DSP. Leur arrivée s'est donc vue retardée dans certains territoires du CISSS-CA par rapport à la date prévue initialement.

De plus, l'accueil des AACQ-STC à leur nouveau poste a été affecté par le contexte sanitaire. L'accélération des délais et des priorités a mené à la réduction du temps possible d'encadrement. Toutefois, il demeure que l'expérience des AACQ-STC concernant leur intégration à leur poste est perçue de manière positive. Les compétences personnelles des AACQ-STC, leur familiarisation avec les milieux de leurs territoires respectifs et la collaboration entre AACQ-STC ont facilité le processus d'intégration.

3.4.2. FACTEURS À CONSIDÉRER LORS DE L'IMPLANTATION DU PROJET DANS UN CONTEXTE NORMAL (HORS PANDÉMIE)

Malgré que le contexte de la COVID-19 est considéré comme étant un levier à l'intégration des AACQ-STC dans les milieux de soins primaires, les éléments suivants doivent être considérés dans un contexte normal (hors pandémie).

CLARIFICATION DU RÔLE DES AACQ-STC

- En s'assurant de bien définir et présenter le rôle des AACQ-STC aux milieux de soins primaires, la compréhension du rôle et des mandats de ces professionnels serait augmentée. Cette clarté contribuerait à l'intégration des AACQ-STC, la perception positive des parties prenantes sur l'apport des AACQ-STC au milieu de soins primaires et à l'implantation du projet dans la région.

«Je pense que le fait de présenter l'AACQ-STC, c'est important. Si on ne présente pas bien le projet aux gens qui vont le présenter et le promouvoir à leur équipe, souvent ça ne fonctionne pas bien».

- L'implication des médecins en GMF-U dans la présentation du projet d'implantation des AACQ-STC contribuerait positivement à l'intégration des AACQ-STC. Le partage de leur expérience positive et des projets réalisés par les AACQ en GMF-U permettrait d'accroître et de consolider l'intérêt et la participation des milieux de soins primaires.

S'ASSURER D'UN PILOTAGE DU CHANGEMENT ADÉQUAT

- En introduisant le projet d'implantation avec un délai approprié, il est possible de faciliter le pilotage du changement. En effet, la planification de la gestion du changement permettrait de présenter adéquatement les objectifs poursuivis par le projet d'implantation, le rôle et les bénéfices des AACQ-STC. Ainsi, en s'assurant de bien présenter le projet, le responsable identifié pourrait répondre aux questions et aux préoccupations des milieux de soins primaires.
- La transmission fréquente d'information portant sur l'avancement du projet d'implantation et l'annonce de l'arrivée des AACQ-STC dans le territoire soutiendrait le processus de pilotage du changement. Cette communication régulière consoliderait les leviers à l'intégration des AACQ-STC, notamment au niveau de la compréhension de leur rôle.
- Lors de l'arrivée des AACQ-STC, leur présentation par leur gestionnaire aux milieux de soins primaires faciliterait l'établissement des communications et d'une relation de proximité.

-
- En s'informant des besoins des milieux de soins primaires auprès des responsables, les AACQ-STC peuvent personnaliser leur approche et établir, avec une approche collaborative, des projets répondant aux préoccupations identifiées.
 - La réalisation des suivis par les AACQ-STC avec les intervenants des milieux de soins primaires concernant les projets semble avoir contribué à la satisfaction des milieux. En effet, les participants des milieux ont rapporté avoir apprécié et perçu positivement les interventions des AACQ-STC, notamment lorsqu'ils apportaient des correctifs considérés bénéfiques.

IMPORTANT D'ASSURER UNE PROXIMITÉ AVEC LES MILIEUX DE SOINS PRIMAIRES

- L'adoption d'une approche collaborative par les AACQ-STC dans la réalisation des projets permettait d'établir une relation de confiance avec les milieux de soins primaires. De par cet aspect inclusif, ce type d'approche permettait aux AACQ-STC de personnaliser leurs actions aux besoins des milieux, menant ainsi à consolider la perception positive de leur rôle.

«Si on veut avoir du succès avec nos AACQ-STC, il faut s'assurer qu'on puisse les rapprocher de nos cliniques médicales. Je pense que c'est un enjeu dans des grands territoires où il y a plusieurs cliniques».

-
- Les adjointes DSP ont joué un rôle important en présentant avant même l'arrivée des AACQ-STC le projet pilote, puis les AACQ-STC lors de leurs entrées en fonction respectives, ce qui semble avoir contribué à mobiliser les milieux de soins primaires. En effet, cet élément du processus de pilotage du changement aurait favorisé la compréhension du rôle de l'AACQ-STC. Les AACQ-STC ont su être à l'écoute des préoccupations de leurs territoires respectifs et ainsi mettre en œuvre des stratégies personnalisées pour y répondre. De ce fait, en investissant le temps nécessaire à la présentation du rôle et à la communication avec les milieux, il est possible de faciliter et de consolider la relation de confiance avec les différents intervenants.

«Autant pour le CISSS-CA que pour les GMF, c'est de l'or en bord les AACQ! Il faut en prendre soin et faciliter leur intégration. Ça vaut la peine de mettre de l'énergie, car cela crée de la synergie à l'autre bout!».

- La présence physique de l'AACQ-STC en GMF pourrait être une stratégie supplémentaire à adopter pour faciliter son intégration. En effet, cette présence physique lui permettrait d'accroître sa connaissance de la réalité et des besoins des milieux, mais également de renforcer la relation de proximité avec ceux-ci. De plus, de par la présence de l'AACQ-STC dans leurs espaces, les intervenants pourraient mieux connaître le rôle et l'AACQ-STC. L'AACQ-STC pourrait donc, au besoin, se déplacer et travailler dans l'établissement. Dans la mesure où cette stratégie optionnelle et supplémentaire est adoptée, un horaire de la présence physique pourrait être défini préalablement. Cela permettrait d'assurer une équité entre les milieux et de prévoir les déplacements des AACQ-STC. Cependant, les modalités d'une telle stratégie devraient être flexibles et agiles afin de s'adapter au contexte local, qui peut évoluer, certaines cliniques faisant plus appel aux AACQ-STC que d'autres.

-
- Inviter les AACQ-STC à participer aux rencontres avec les médecins responsables et les professionnels est un facteur facilitant leur intégration. En effet, cette participation de l'AACQ-STC lui procure une opportunité supplémentaire pour rappeler son rôle, mais aussi pour consolider la communication avec les milieux de soins primaires. En présentant les projets possibles, les réalisations et l'avancement des différents mandats, les AACQ-STC peuvent amener et renforcer de la culture d'ACQ dans les milieux.
 - La communication régulière avec les milieux de soins primaires pour effectuer des suivis concernant les projets réalisés facilite la consolidation de la perception positive de l'apport des AACQ-STC. Une bonne communication serait aussi importante pour établir une relation de proximité avec les intervenants. Dans le territoire d'Alphonse-Desjardins qui a un nombre important de GMF et une grande étendue géographique, un bulletin d'information destiné aux médecins et aux professionnels en GMF permet d'assurer une communication régulière. Un tel mécanisme de communication répondrait à l'importance de consolider l'intérêt des milieux de soins primaires envers le projet d'implantation et de renforcer les liens des AACQ-STC avec ces derniers.
 - Considérant que la majorité des communications des AACQ-STC avec les milieux de soins primaires implique la participation des directrices administratives, il est important de considérer l'intégration de ces dernières dans l'implantation du projet. Ces intervenantes assument la coordination administrative dans les milieux de soins et collaborent avec les médecins responsables. De ce fait, en s'assurant de bien présenter le rôle des AACQ-STC aux directrices administratives et d'établir une relation de proximité avec celles-ci, l'intégration des AACQ-STC serait facilitée ainsi que la communication. La compréhension du soutien offert par les AACQ-STC et de leurs mandats se verrait ainsi augmentée.

DÉMONTRER LA VALEUR AJOUTÉE DES AACQ-STC PAR DES PROJETS RAPIDES ET LOCAUX

- Le contexte de la pandémie de la COVID-19 a permis de démontrer rapidement les bénéfices de l'apport des AACQ-STC. À cet effet, dans un contexte normal (hors pandémie) d'implantation, l'identification de projets se réalisant à court terme et démontrant des résultats rapidement («quick wins») permettrait de consolider la mobilisation et l'intérêt des milieux de soins primaires. En effet, ce type de projet permettrait de démontrer dans un délai raisonnable aux parties prenantes l'apport concret des AACQ-STC sur leurs pratiques et les objectifs poursuivis.
- Considérant l'importance d'aligner les mandats avec les besoins des différents milieux de soins primaires, il est suggéré de réaliser des projets locaux. Ce type de mandats permettrait de répondre spécifiquement aux besoins des parties prenantes et de consolider la perception positive du rôle des AACQ-STC, favorisant ainsi leur mobilisation et la qualité des soins offerts aux patients. Suivant leur réalisation, les projets locaux peuvent être exportés dans d'autres milieux de soins primaires et d'autres territoires, ce qui contribuerait à l'efficacité des mesures déployées et l'utilisation des ressources.

3.4.3.CONDITIONS D'EMPLOI DU POSTE DES AACQ-STC

Bien qu'il est possible d'occuper un poste d'AACQ-STC à temps partiel, le rôle est beaucoup plus propice à un poste à temps plein qui permet une rapidité de réponse. Un poste à temps plein est perçu comme facilitant la communication et la proximité avec les milieux de soins primaires, et ceux-ci sont des leviers importants à l'intégration des AACQ-STC. L'identification et le déploiement de mesures adéquates pour assurer ces éléments clés doivent être considérés dans le processus d'implantation.

À cet effet, les parties prenantes du CISSS-CA considèrent à l'unanimité l'importance de privilégier l'octroi de postes à temps complet. De ce fait, un professionnel dédié à temps complet sur les mandats contribuerait à une meilleure continuité et efficacité dans la prestation de services et à l'implantation d'une culture d'ACQ dans les territoires. Cette présence à temps complet de l'AACQ-STC représenterait un levier à l'atteinte des objectifs visés par l'organisation.

3.5. PROFIL DES AACQ-STC

De par les mandats et le rôle de l'AACQ-STC, les compétences et les habiletés personnelles sont considérées à l'unanimité comme étant un facteur important au succès de son intégration auprès des milieux de soins primaires. À cet effet, le poste d'AACQ-STC ne requerrait pas une formation universitaire spécifique. Bien qu'une formation comme professionnel de la santé pourrait représenter un atout dans la réalisation de certains projets, elle n'est pas considérée comme étant obligatoire.

Par ailleurs, les participants ont souligné l'importance des compétences personnelles et relationnelles. L'approche des AACQ-STC avec les différentes parties prenantes est un facteur important pour leur intégration et le succès de l'implantation du projet.

«C'est sûr que je pense que l'individu est en grande partie responsable du success story qu'on décrit. Si c'était quelqu'un qui n'aurait pas été proactif, probablement qu'on n'aurait pas eu le même discours aujourd'hui».

À cet égard, les différentes parties prenantes ont identifié les principales qualités personnelles suivantes comme étant pertinentes pour l'occupation d'un poste d'AACQ-STC :

- capacité de communication;
- capacité d'adaptation;
- capacité de travailler en équipe;
- capacité d'analyse et de résolution de problèmes;
- capacité à rechercher l'information nécessaire;
- compétences relationnelles;
- organisation et coordination;
- autonomie;
- leadership mobilisateur;
- connaissance des outils et des technologies de l'information.

Il est à noter que les AACQ-STC du CISSS-CA sont issus majoritairement du réseau de la santé et tous possèdent de l'expérience avec leurs milieux. Il est fort probable que leur familiarisation avec les intervenants, les entités de leur territoire et la structure organisationnelle a facilité leur intégration et la réalisation des différents projets.

Par ailleurs, l'expérience et les connaissances en gestion de projets et en gestion du changement devraient être fortement considérées dans le recrutement des AACQ-STC. En effet, de par leur mandat de soutenir les milieux de soins primaires, les AACQ-STC font beaucoup de gestion de projets et de gestion du changement.

Les parties prenantes interrogées ont déclaré que les qualités personnelles identifiées contribueraient aux rôles de gestion de projets et de gestion du changement. Les compétences dans ces domaines faciliteraient l'accomplissement des mandats identifiés ainsi que l'atteinte des objectifs établis par l'organisation.

Il est à souligner que les AACQ-STC du CISSS-CA possèdent chacun une formation universitaire différente. Cette diversité en termes d'expérience et de connaissances apporterait des bénéfices considérables sur les projets. En effet, les AACQ-STC du CISSS-CA collaborent étroitement entre eux et intègrent leurs différentes expertises pour approfondir les réflexions, augmentant ainsi la qualité des livrables proposés. Cette complémentarité des AACQ-STC du CISSS-CA et leur collaboration étroite faciliteraient une efficience dans l'utilisation des ressources, de par le partage des connaissances, des pratiques, des projets réalisés dans chacun des territoires et des outils développés.

Lors du processus d'embauche des AACQ-STC au CISSS-CA, l'affichage des postes a été réalisé à l'interne et à l'externe. Les candidats ont été sélectionnés selon les habiletés et les compétences personnelles décrites préalablement. Considérant la diversité des mandats et les enjeux liés à la pénurie de main-d'œuvre dans le secteur de la santé, l'embauche de candidats à l'externe du réseau de la santé ne représenterait pas un obstacle à l'implantation d'AACQ-STC dans une région. En effet, le succès de l'intégration de l'AACQ-STC et de l'implantation du projet reposerait notamment sur ses compétences et ses habiletés personnelles.

Sachant que le succès de l'implantation du projet pilote repose notamment sur les qualités personnelles des AACQ-STC, il est recommandé d'établir des stratégies visant leur rétention. À cet égard, le maintien des AACQ-STC ainsi que le développement et le renouvellement de leurs compétences doivent être des éléments à considérer lors de la poursuite du projet pilote.

RÉSUMÉ DES ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER LORS DU PROCESSUS D'EMBAUCHE DES AACQ-STC

- La réalisation d'un processus d'affichage des postes à l'interne et à l'externe du réseau serait une stratégie de recrutement à considérer. Recruter une personne externe au réseau de la santé ne représenterait pas un obstacle à l'implantation du projet.
- Les compétences personnelles, les habiletés avec les technologies de l'information, l'expérience et les connaissances en gestion de projets et en gestion du changement seraient des éléments clés à considérer dans l'analyse des candidatures.
- En ayant une connaissance du réseau de la santé et des milieux, l'intégration du candidat sélectionné serait facilitée.
- Bien qu'aucune formation spécifique était jugée requise, une formation dans le domaine de la santé était considérée comme un facteur facilitant.
- Suivant l'embauche du candidat, un processus d'encadrement et d'intégration adéquat contribuerait à l'apprentissage de l'AACQ-STC sur son rôle et ses mandats ainsi que la mise en relation avec les milieux de soins primaires.

3.6. PRÉCISIONS SUR L'ÉVALUATION

- Tel que précisé préalablement, la présente évaluation de la mise en œuvre de l'implantation des AACQ-STC dans des milieux de soins primaires sans affiliation universitaire mobilise des techniques de recherche. Les constats soulevés découlent de l'analyse des sources documentaires et des semi-dirigées entrevues qui ont été réalisées entre juin 2020 et janvier 2021. À cet égard, la réalisation d'une étude évaluative portant sur les résultats de l'implantation des AACQ-STC serait à considérer.

4. RECOMMANDATIONS

SUIVANT LES CONSTATS ÉTABLIS À LA SUITE DE L'ÉVALUATION, IL EST SUGGÉRÉ AU MSSS DE :

1. Poursuivre le développement du projet pilote au sein de la région de Chaudière-Appalaches en consolidant la récurrence du financement;

2. Considérer les constats de l'évaluation pour faciliter l'implantation d'AACQ-STC dans les autres régions du Québec;

3. Considérer l'utilisation de l'expérience du projet pilote au sein du CISSS-CA et envisager la réalisation d'une recherche évaluative permettant notamment d'apprécier les impacts de l'implantation des AACQ-STC, ce qui servirait de levier au déploiement à l'échelle provinciale;

4. Considérer les facteurs, tels que la population du territoire, le nombre de cliniques et l'étendue géographique, dans l'allocation d'AACQ-STC dans une région et un territoire donnés. En prenant en compte ces caractéristiques, la répartition des AACQ-STC permettrait de favoriser une proximité de ces intervenants et leur intégration avec les milieux de soins primaires. Il faut toutefois envisager le réajustement du nombre d'AACQ-STC, selon l'évolution des besoins d'ACQ des milieux.

5.S'assurer que les projets régionaux et locaux répondent aux besoins des milieux de soins primaires. En effet, de par l'intégration des AACQ-STC à la DSP, le risque de cooptation semble être atténué par la co-gestion. Les projets et les priorités sont identifiées de concert avec les médecins responsables et les gestionnaires des AACQ-STC. La réalisation de de projets locaux et régionaux demeure ainsi une stratégie à privilégier afin que les AACQ-STC soient dédiés à l'ACQ des soins de la première ligne.

6.Définir les conditions et les modalités d'emploi du poste d'AACQ-STC. En établissant au préalable si le poste est à temps partiel ou à temps plein, il serait possible de déployer les actions appropriées pour faciliter la réalisation des projets, l'implantation d'une culture d'ACQ ainsi que l'intégration des AACQ-STC dans les milieux de soins primaires. Il est à noter que pour accomplir ces objectifs de manière plus efficace, un poste à temps plein serait suggéré.

7.Mettre en place des stratégies en ressources humaines visant à consolider la rétention des AACQ-STC ainsi qu'à développer et à renouveler leurs compétences. Cette recommandation s'inscrit dans une logique de maintien de la main-d'œuvre et d'anticipation des demandes croissantes des AACQ-STC dans les projets.

8. Considérer l'établissement d'un réseau rassemblant les AACQ-STC à l'échelle provinciale pour favoriser le partage des meilleures pratiques et des connaissances entre eux et avec d'autres instances-conseils en matière de qualité des soins primaires.

9. Pour le futur du projet pilote, considérer les éléments suivants :

- Développer des stratégies de ressources humaines visant la rétention des AACQ-STC, le développement et le renouvellement de leurs compétences
- Accroître les expériences de partage entre les AACQ-STC et les instances-conseils porteuses des meilleures pratiques (p. ex. l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux, l'Institut national de santé publique du Québec, l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux, des réseaux de recherche, comme le RRISIQ, le RRSPQ, le Réseau 1-Québec, etc.).
- Dans une perspective de mise à l'échelle, approfondir l'évaluation de la mise en œuvre du projet pilote et développer des outils permettant une implantation des AACQ-STC qui est contextualisée à la réalité d'autres établissements.
- Le présent projet pilote concerne les milieux de soins primaires et vise à consolider prioritairement les soins de la première ligne. Les constats indiquent qu'il y aurait une possibilité d'implanter les

AACQ-STC dans d'autres milieux, tels que les hôpitaux. Toutefois, si cette perspective est considérée par les autorités, il est suggéré d'approfondir l'évaluation de la mise en œuvre du projet pilote préalablement.

5. CARACTÉRISTIQUES DE CHACUN DES TERRITOIRES DU CISS-CA

	Montmagny-l'Islet	Thetford-Mines	Alphonse-Desjardins	Beauce- Etchemins
Entrevues effectuées	<ul style="list-style-type: none"> • 1 adjointe DSP • 1 AACQ-STC • 1 médecin responsable d'un GMF 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 adjointe DSP • 1 AACQ-STC • 1 médecin responsable d'un GMF 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 adjointe DSP • 2 AACQ-STC • 3 médecins responsables de 3 GMF 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 adjointe DSP • 1 AACQ-STC • 1 médecin responsable d'un CLSC
Nombre d'AACQ-STC	1	1	2	1
Arrivée en poste des AACQ-STC	Mars 2020	Avril 2020	Mars 2020 Mai 2020	Juin 2020
Nombre d'établissements de soins primaires sans affiliation universitaire	<ul style="list-style-type: none"> • 1 GMF (7 sites) • 3 CLSC • 0 clinique solo 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 GMF (3 sites) • 4 CLSC • 7 cliniques solos 	<ul style="list-style-type: none"> • 12 GMF (22 sites) • 9 CLSC • 	<ul style="list-style-type: none"> • 4 GMF (4 sites) • 9 CLSC • 4 cliniques solos
Population du territoire (2019)	40 199	42 550	256 462	89 407
Caractéristiques du territoire	Rural	Rural	Urbain Couverture étendue	Rural
Stratégies distinctives pour l'implantation et les communications	<ul style="list-style-type: none"> • Ajout d'un point AACQ-STC dans les réunions 	<ul style="list-style-type: none"> • Intégration et mobilisation des cliniques solos dans le projet pilote 	<ul style="list-style-type: none"> • Établissement d'un bulletin d'informations pour faciliter la communication et la proximité avec le nombre important de GMF • Répartition des projets locaux entre les 2 AACQ-STC, selon les intérêts et l'expertise, mais elles travaillent en collaboration pour les projets régionaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Intégration des cliniques solos, mais peu d'interactions • Offre de soutien de l'AACQ-STC au CLSC

RÉFÉRENCES

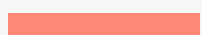
CFIR Research Team Center for Clinical Management (2021). What is the CFIR? [image]. Consolidated Framework for Implementation Research. <https://cfirguide.org/>

Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation science*, 4(1), 1-15.

Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*, 15(9), 1277-1288.

Yin, R. (2009). *Case Study Research : Design and Methods*. SAGE Publications.

ANNEXES



1. CADRE CONCEPTUEL CONSOLIDATED FRAMEWORK FOR IMPLEMENTATION RESEARCH (DAMSHRODER ET AL., 2009)

DOMAINES

1. CARACTÉRISTIQUES DE L'INTERVENTION

- SOURCE DE L'INTERVENTION
- PREUVES ET QUALITÉS
- AVANTAGES PERÇUS
- ADAPTABILITÉ
- ESSAI
- COMPLEXITÉ
- QUALITÉ DE LA PRÉSENTATION
- COÛTS

2. ENVIRONNEMENT EXTERNE

- BESOINS DES PATIENTS ET DES RESSOURCES
- RÉSEAUX EXTERNES
- PRESSION EXTERNE
- POLITIQUES EXTERNES

3. ENVIRONNEMENT INTERNE

- CARACTÉRISTIQUES STRUCTURELLES
- COMMUNICATIONS ET RÉSEAUX
- CULTURE
- CLIMAT DE L'IMPLANTATION

4. CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES

- CONNAISSANCES ET CROYANCES
- EFFICACITÉ PERSONNELLE
- STADE DE CHANGEMENT
- IDENTIFICATION AVEC L'ORGANISATION
- AUTRES ATTRIBUTS PERSONNELS

5. PROCESSUS

- PLANIFICATION
- ENGAGEMENT
- EXÉCUTION
- RÉFLEXION ET ÉVALUATION

2. GUIDE D'ENTREVUE

Intervention

1. Pouvez-vous nous décrire comment vous percevez le(s) rôle(s) de l'AACQ-STC (soutien à la transformation clinique)?
(Comment voyez-vous son apport/sa contribution? Lien avec directives du MSSS?)

2. Pouvez-vous nous donner des exemples des améliorations et/ou des transformations dans lesquels les AACQ-STC ont été impliqués?
(Quels rôles ont-ils joué?)

Environnement externe

3. Les AACQ-STC ont été implantés dans un contexte particulier de pandémie. Comment est-ce que la COVID 19 a affecté les activités des AACQ-STC? (Est-ce que les AACQ-STC ont joué un rôle particulier?)

4. Comment définiriez-vous la région de Chaudières-Appalaches par rapport au rôle des AACQ-STC? Est-ce qu'il y a des caractéristiques qui distinguent cette région?

Environnement interne

5. Pouvez-vous nous parler du modèle de gouvernance?
(À qui est-ce que l'AACQ-STC se rapporte? Comment sont définies les activités? Comment cette gouvernance soutient l'intégration de l'AACQ, quels en sont les éléments clé ou absolument nécessaires?)

6. L'AACQ-STC travaille avec plusieurs types de cliniques de soins primaires (clinique privées, GMF, CLSC). Est-ce qu'il y a une culture organisationnelle dans votre territoire? Comment la décririez-vous?

7. Comment se font les interactions entre l'AACQ-STC et les cliniques du territoire?

2. GUIDE D'ENTREVUE

Individus impliqués

8. Quelles sont selon vous les compétences et les caractéristiques clés pour le rôle d'AACQ-STC?

(Les habiletés personnelles, leadership)

9. Quelles expériences antérieures sont importantes?

10. Quelles sont les connaissances requises pour le rôle d'AACQ-STC?

Processus d'implantation

11. Pouvez-vous nous décrire comment s'est passé l'arrivée de l'AACQ-STC dans le territoire?

(Information et communications aux responsables de cliniques des territoires, identifications d'activités, etc.)

12. Si vous aviez à évaluer 1) le succès de l'implantation et 2) l'impact de l'AACQ-STC dans le territoire, comment le feriez-vous? (Quels sont les éléments de réussite?)



UNIVERSITÉ
LAVAL

Faculté des sciences
de l'administration

*Centre intégré
de santé et de services
sociaux de Chaudière-
Appalaches*

Québec 