

THE COLLEGE OF  
FAMILY PHYSICIANS  
OF CANADA



LE COLLÈGE DES  
MÉDECINS DE FAMILLE  
DU CANADA



Canada Health  
Infoway Inforoute  
Santé du Canada



CONSEIL PRATIQUE

# Utilisation avancée et éclairée des DME

---

MODULE 1

Les DME pour  
l'amélioration continue  
de la qualité et la recherche

---

NOVEMBRE 2018

De plus en plus, les médecins de famille ont la capacité d'utiliser l'information dans leur dossier médical électronique (DME) afin d'améliorer la qualité des soins qu'ils offrent. La mesure des indicateurs clés et des résultats apporte des renseignements importants sur la pratique clinique et peut fournir une base d'expérience solide pour l'amélioration continue de la qualité (ACQ) afin de mieux répondre aux besoins des patients et des communautés. Ce module décrit l'ACQ, comment les médecins peuvent utiliser le DME pour améliorer les soins grâce à des méthodologies d'ACQ et présente d'autres utilisations avancées des données provenant du DME pour l'ACQ et la recherche.

## QU'EST-CE QUE L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ ?

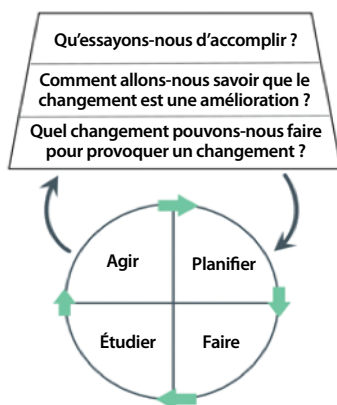
À la base, l'ACQ englobe plusieurs approches établies pour comprendre le rendement et améliorer de façon systématique la prestation de soins aux patients<sup>1</sup>. Dans le système de soins de santé, il y a toujours des occasions d'optimiser, de simplifier, d'élaborer et de tester les procédures afin d'améliorer l'efficacité, la sécurité des patients et les résultats cliniques. L'ACQ repose sur l'application continue de changements progressifs afin d'améliorer les systèmes et de ce fait, les résultats.

Diverses approches peuvent être utilisées pour recueillir et analyser les données, tester les changements et mettre en œuvre des améliorations. La section suivante décrit deux approches de l'ACQ plus en détail : le modèle d'amélioration, ainsi que la vérification et la rétroaction.

## LE MODÈLE D'AMÉLIORATION

Le modèle d'amélioration est composé de deux éléments de base : répondre à trois questions fondamentales (avant que l'initiative d'ACQ puisse avoir lieu) et mener le processus d'amélioration rapide par cycle, composé d'une série de cycles PFEA (Planifier-Faire-Étudier-Agir) (Figure 1)<sup>2</sup>. Le cycle PFEA consiste à tester un changement en

**Figure 1 :** Modèle d'amélioration



Source : Langley GJ, Moen RD, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*, 2<sup>nd</sup> Edition. San Francisco, CA: Jossey-Bass, a Wiley Imprint; 2009. Traduit et reproduit avec permission.

développant un plan pour tester le changement (planifier), faire le test (faire), observer les conséquences et apprendre de celles-ci (étudier) puis déterminer quelles modifications devraient être apportées au test (agir)<sup>3</sup>.

Plus précisément, les cycles PFEA requièrent la mise en œuvre des étapes suivantes :<sup>4</sup>

1. Former une équipe d'ACQ
2. Fixer des buts
3. Établir des mesures
4. Choisir des changements
5. Tester les changements
6. Mettre en œuvre les changements
7. Diffuser les changements



Source: Created by Håkan Forss. @hakanforss; hakanforss.wordpress.com. Reproduit avec permission.

Dans une pratique occupée, il est important d'avoir une perception réaliste de ce que peuvent raisonnablement accomplir les médecins de famille en matière d'ACQ. Pour un médecin de famille type, l'approche PFEA constitue un modèle intéressant à mettre en place pour de petits cycles d'amélioration.

## EXEMPLE DE PROCESSUS D'ACQ À L'AIDE D'UN CYCLE PFEA

Les renseignements suivants tracent les grandes lignes d'une étude de cas dans la publication de Qualité des services de santé Ontario *Quality Improvement Guide*.<sup>5</sup>

Le nouveau directeur de l'hôpital de réadaptation a remarqué que les taux de chutes de l'hôpital étaient beaucoup plus élevés que celui d'hôpitaux semblables. En examinant les données, le personnel a remarqué que l'unité présentant le plus grand nombre de chutes était celle des résidents mobiles atteints de démence légère à modérée et qui recevaient de la réadaptation pour un AVC.

### Ressources PFEA

L'[Institute for Healthcare Improvement](#) (IHI) offre des outils et des instructions pratiques pour mener des cycles PFEA dans votre pratique ou votre organisation, notamment:

- [How to Improve](#): Information sur chacune des sept étapes d'un cycle PFEA, avec des exemples
- Les cycles PFEA ([part 1](#), [part 2](#)): des vidéos qui expliquent comment utiliser le cycle PFEA
- [Plan-Do-Study-Act \(PDSA\) Worksheet](#)

Remarque: Vous aurez peut-être besoin de créer un compte gratuit sur le site Web de l'IHI pour avoir accès à certaines ressources.

### Outils de vérification clinique

Le site Web [Irish College of General Practitioners clinical audit](#) sur les vérifications cliniques contient des outils cliniques et des instructions utiles pour mener des vérifications cliniques dans une pratique ou une organisation.

Au cours de plusieurs réunions, l'équipe a :

- Proposé des changements pour régler le problème.
- Établi l'objectif du projet (une amélioration de 40 pour cent des paramètres recherchés).
- Mis en place une évaluation des risques de chutes à l'aide d'un outil existant.
- Utilisé les résultats de l'évaluation pour appliquer les protocoles de prévention (formation sur l'équilibre, examen de la médication).
- Inclus des évaluations sur la formation pour tous les nouveaux membres du personnel.
- Mesuré le taux de chutes et a noté les tendances qui ont mené à la réduction de 40 pour cent.
- Partagé la méthodologie d'évaluation et leur réussite avec d'autres unités.

Une description complète de cette étude de cas est présentée dans le guide.<sup>5</sup>

## LA VÉRIFICATION ET LA RÉTROACTION


La vérification et la rétroaction sont définies comme « tout résumé du rendement clinique des soins de santé pendant une période définie visant à fournir de l'information aux professionnels de la santé pour leur permettre d'évaluer et d'ajuster leur performance<sup>6</sup>. » C'est une expression générale qui englobe certaines des mesures utilisées pour améliorer la pratique professionnelle. Les professionnels de la santé peuvent recevoir de la rétroaction sur leur performance selon les données tirées de leur pratique courante (et par les DME). Les médecins ne devraient pas s'inquiéter du terme « vérification » étant donné que ce processus représente un exercice de réflexion que les médecins peuvent entreprendre dans leurs propres pratiques. Les étapes de la vérification comprennent<sup>7</sup> :

1. Choisir un sujet
2. Définir des buts et des objectifs
3. Choisir des guides de pratiques, des critères et établir des normes
4. Recueillir des données (du DME)
5. Analyser et interpréter des données
6. Décider quels changements doivent être effectués et les mettre en œuvre

## RESSOURCES GÉNÉRALES SUR L'ACQ

Le tableau 1 présente des ressources pratiques additionnelles qui peuvent vous aider à démarrer l'ACQ dans votre pratique. Le tableau 2 contient de la documentation additionnelle sur l'ACQ.

**Tableau 1 : Ressources générales d'ACQ**

Ressource	Description
<p><a href="#">Quality Improvement in Healthcare</a> – Dr Mike Evans (en anglais seulement)</p>	<p>Une courte vidéo sur les notions de base de l'ACQ et son rôle dans les soins de santé.</p> 
<p><a href="#">Quality Improvement Guide</a> – Qualité des services de santé Ontario (en anglais seulement)</p>	<p>Un guide complet sur l'ACQ, qui comprend les sections suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Le contexte de l'ACQ</li> <li>• Des exemples de cas</li> <li>• La mise en œuvre de cycles PFEA</li> <li>• Des exemples de feuilles de travail</li> </ul>
<p><a href="#">Initiative d'amélioration de la pratique (Pii)</a> – Collège des médecins de famille du Canada</p>	<p>L'initiative d'amélioration de la pratique utilise l'amélioration continue de la qualité, les données recueillies à l'échelle de la pratique et la recherche pour améliorer la pratique quotidienne, l'efficacité ainsi que l'expérience des patients et des professionnels de la santé (le Quadruple objectif). Il permet aux médecins de famille, aux résidents et aux équipes avec lesquelles ils travaillent dans leur pratique d'utiliser des données recueillies dans la pratique. Pour soutenir les pratiques, l'Initiative a créé un atelier sur les principes de base de l'ACQ, qui présente le concept de l'ACQ et explore des modèles et des outils pratiques. Un atelier de suivi, Partie 2, sera également créé. Ce deuxième atelier fera le point sur l'application pratique, fondée sur des cas de l'ACQ, les données et la disposition à la recherche.</p>
<p><a href="#">Camp d'entraînement sur les données: une mise en forme pour vos données</a> — Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé</p>	<p>Une série de webinaires qui examinent l'ACQ plus en profondeur. Les webinaires gratuits d'une heure contiennent de l'information sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les façons d'évaluer la qualité des données provenant de sources variées, notamment les dossiers électroniques (p. ex., les DME) et les données recueillies manuellement (p. ex., les vérifications et études des temps et mouvements)</li> <li>• Les outils permettant d'améliorer la qualité des données</li> <li>• La façon d'utiliser les données efficacement — mesurer les bonnes choses de la bonne façon, effectuer la préparation nécessaire des données, et traiter et diffuser les données</li> </ul>
<p><a href="#">CPD eCoach</a> – Le développement professionnel continu de l'Université de la Colombie-Britannique en collaboration avec le Collège des médecins de famille de la Colombie-Britannique (en anglais seulement)</p>	<p>Un outil d'auto-évaluation en ligne de l'ACQ qui comprend les quatre étapes suivantes et des renseignements propres à l'extraction de données des DME à partir de DME utilisés couramment.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Définir votre sujet</li> <li>2. Effectuer une auto-évaluation</li> <li>3. Créer un plan d'amélioration</li> <li>4. Évaluer la mise en œuvre</li> </ol>

**Tableau 2:** Documentation générale sur l'ACQ

Ressource	Description
Impact of a primary healthcare quality improvement program on diabetes in Canada: evaluation of the Quality Improvement and Innovation Partnership (QIIP) <sup>8</sup>	Évaluation d'un programme d'ACQ en soins primaires sur le diabète en Ontario
Effective strategies for scaling up evidence-based practices in primary care: a systematic review <sup>9</sup>	Examen des stratégies de mise en œuvre et d'amélioration des pratiques fondées sur des données probantes en soins primaires
Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare <sup>10</sup>	Examen des répercussions des cycles planifier, faire, étudier, agir sur l'ACQ
Achieving change in primary care—effectiveness of strategies for improving implementation of complex interventions: systematic review of reviews <sup>11</sup>	Examen de la documentation sur les stratégies de mise en œuvre pour le changement des pratiques professionnelles
Reporting and design elements of audit and feedback interventions: a secondary review <sup>12</sup>	Description des éléments clés de la et de la rétroaction

## UTILISATION DES DME POUR L'ACQ

La section précédente a présenté le contexte général de l'ACQ et quelques méthodologies courantes utilisées en soins de santé. La section suivante décrit comment utiliser les DME pour l'ACQ.

Des améliorations dans les DMÉ ont élargi la possibilité d'utiliser plus de données globales pour appuyer les initiatives d'ACQ. Étant donné que les DME contiennent tout une gamme de données, ils peuvent s'avérer très utiles pour réunir de l'information, mesurer le changement et recueillir de la rétroaction.<sup>13</sup>

## QUALITÉ DES DONNÉES : POUVEZ-VOUS MESURER CE QUE VOUS VOULEZ AMÉLIORER ?

Pour procéder à l'ACQ à l'aide d'un DME, vous devez bien comprendre les données que recueille votre système. En fonction de cette évaluation, vous aurez une meilleure idée des types d'indicateurs que vous pouvez utiliser pour l'ACQ. Nous ne pouvons pas améliorer ce que nous ne pouvons pas mesurer; il est donc crucial d'enregistrer systématiquement les données sur la santé des patients. Voici des exemples de données que vous pourrez peut-être vérifier, en fonction de la capacité de votre DME<sup>14,15</sup>:

- Procédures pour les rendez-vous : Le temps entre la demande de rendez-vous et le rendez-vous, rendez-vous annulés/patients qui ne se présentent pas/troisième rendez-vous disponible
- Rencontres avec les patients : Plainte principale



- Communication avec les patients : Rappels aux patients, éducation des patients
- Gestion de la médication : Liste de médicaments/bilan comparatif, interactions médicamenteuses/options en cas d'allergies

## QUALITÉ DES DONNÉES POUR L'ACQ

Pour effectuer un test à petite échelle d'un cycle PFEA, posez-vous les questions suivantes :

- Qu'essayons-nous d'améliorer ?
- Comment peut-il être mesuré ?
- Le DME peut-il nous fournir les données que vous voulons mesurer ?

Imaginez que vous voulez améliorer des aspects particuliers des soins aux patients diabétiques dans votre pratique.

À l'aide des questions ci-dessus, vous pourriez identifier les éléments suivants :

- Qu'essayons-nous d'améliorer : L'hypertension chez les patients atteints de diabète de type 2.
- Comment peut-elle être mesurée : En prenant systématiquement la tension artérielle (TA) des patients, en l'enregistrant et en identifiant des patients qui se situent au-dessus du niveau cible.
- Le DME peut-il nous fournir les données que nous souhaitons mesurer : Oui.

La première étape peut être de créer une liste de tous les patients diabétiques dans votre pratique, de vous assurer que la liste est exacte et que les données que vous désirez mesurer sont saisies systématiquement. Si vous avez confiance en la qualité des données de votre DME, vous pouvez entreprendre un exercice PFEA à l'aide des questions suggérées ci-dessus. Sinon, vous pourriez cibler votre question de recherche jusqu'à ce que vous soyez en mesure de recueillir les données voulues dans le DME. Améliorer (ou simplement évaluer) la qualité des données dans votre DME est souvent la première étape la plus importante dans l'ACQ dans votre milieu de pratique<sup>16</sup>.

---

Quand vous aurez déterminé les projets d'ACQ possible en fonction des données disponibles dans votre DME, vous pouvez entreprendre un cycle PFEA ou un projet de vérification et de rétroaction. Les DME sont la source de données idéale pour ces initiatives et peuvent être utilisés pour produire des listes de patients, faire des requêtes ou faire le suivi du progrès au fil du temps. Un récent examen de Cochrane sur le sujet a conclu que les interventions de vérification et de rétroaction, « entraînaient généralement des petites améliorations potentiellement importantes dans la pratique professionnelle. »

Des données de grande qualité rendent possible l'ACQ et les médecins doivent faire en sorte que les politiques régissant la saisie de données dans leur DME mènent à des dossiers normalisés et uniformes. L'entrée libre d'information donne lieu à des incohérences puisque la même affectation peut être décrite de diverses façons (p. ex., la tension artérielle peut être inscrite comme TA PA, Sys/Dias, ou HT). Ce type d'incohérences présente des obstacles à l'analyse informatisée de données souvent utilisées dans l'ACQ.

Voici quelques conseils pour assurer la qualité des données dans votre DME :

- Utiliser des listes déroulantes plutôt que l'entrée libre de texte si possible.
- Intégrer des éléments là où il est possible, qui permettent de remplir les champs avec des termes standard, dont la liste de code CIM-10 pour la classification des maladies, ou le manuel de codage international des maladies (CIM-9, CIM-10, ou SNOMED CT). Le clinicien peut ajouter manuellement des éléments clés qui ne font pas partie de la terminologie standardisée.
- Utiliser la fonction de recherche par mot clé de votre DME pour aider à tester la qualité des données. Avoir à utiliser différents termes pour identifier tous les patients de votre pratique avec un certain diagnostic ou une certaine condition indique que la qualité des données doit être améliorée.

## COMMUNICATION DES RÉSULTATS DES PROJETS D'ACQ ET GESTION DES CHANGEMENTS

Communiquer les résultats des projets d'ACQ est un aspect essentiel de toutes ces initiatives. Les équipes et les organisations peuvent résister au changement : il est donc important de les impliquer dans le processus dès le début, et de penser à des approches de communication des résultats de projets d'ACQ pour faire en sorte que les changements soient mis en œuvre et qu'ils soient durables. Les ressources contenues dans le Tableau 3 fournissent des renseignements utiles.

## UTILISATIONS AVANCÉES DES DONNÉES DES DME POUR AMÉLIORER LA PRATIQUE

### RÉSEAUX DE RECHERCHE BASÉS SUR LA PRATIQUE

Au cours de la dernière décennie, les réseaux de recherche fondée sur la pratique (RRBP) ont recueilli des données en soins primaires pour la surveillance des maladies, la recherche, et pour appuyer les efforts en matière d'ACQ à l'échelle macro/globale. Le Canada possède l'un des plus grands réseaux au monde, le [Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires \(RCSSSP ou réseau Sentinelle\)](#).<sup>20</sup>



**Tableau 3:** Ressources sur la communication des résultats des initiatives d'ACQ

Ressource	Description
Practice Feedback Interventions: 15 Suggestions for Optimizing Effectiveness <sup>17</sup>	Apprendre les meilleures façons de communiquer les résultats et les impacts des initiatives d'ACQ. L'article contient des suggestions pour améliorer l'efficacité de la rétroaction, ainsi que des exemples de stratégies de mise en œuvre, comme : <ul style="list-style-type: none"><li>• Recommander des actions qui sont conformes aux objectifs établis.</li><li>• Recommander des actions qui sont sous le contrôle du bénéficiaire.</li><li>• Recommander des actions spécifiques.</li><li>• Fournir plusieurs occasions de rétroaction.</li><li>• Établir la crédibilité de l'information transmise.</li><li>• Prévenir les réactions défensives à la rétroaction.</li></ul>
Advancing the literature on designing audit and feedback interventions: identifying theory-informed hypotheses <sup>18</sup>	Apprendre à fournir de la rétroaction efficacement (en fonction des projets d'ACQ) aux médecins. Par exemple : <ul style="list-style-type: none"><li>• Utiliser des noms descriptifs au lieu d'utiliser des verbes dans les messages.</li><li>• Tenez compte de la rétroaction des bénéficiaires dans la conception de l'initiative d'ACQ dès le départ.</li></ul>
Ten challenges in improving quality in healthcare: lessons from the Health Foundation's programme evaluations and relevant literature <sup>19</sup>	Connaître les dix défis les plus courants dans l'ACQ et des occasions de les surmonter ; par exemple : <ul style="list-style-type: none"><li>• Convaincre les membres de l'équipe qu'il y a bel et bien un problème.</li><li>• Faire face au tribalisme et au manque de participation du personnel.</li><li>• S'assurer que les changements sont durables.</li></ul>

Le RCSSSP est un système de surveillance de multiples maladies du Canada sur les données des DME en soins primaires recueillies par l'entremise de réseaux régionaux dans sept provinces et un territoire. En tout, le système comprend des données représentant plus de 1,5 million de patients associés à plus de 1 000 prestataires de soins de santé<sup>21</sup>. La force des RRBP, comme le RCSSSP, a été reconnue par Inforoute Santé du Canada et d'autres organismes internationaux<sup>22</sup>. Pour les médecins, l'importance de participer aux RRBP va bien au-delà de la gratification personnelle de contribuer à la recherche. L'avantage direct se situe autant dans la possibilité de participer à la recherche que d'utiliser les rapports de rétroaction sur la pratique du RCSSSP. Ces rapports permettent aux médecins de comparer leur pratique à celle d'autres médecins en fonction des données fournies. Pour en savoir plus sur l'adhésion à l'un des réseaux nationaux du RCSSSP et pour recevoir des rapports réguliers sur votre pratique, ou sur l'accès aux données pour la recherche et les projets d'ACQ, visitez le [site Web du RCSSSP](#).

## LE CENTRE DE MÉDECINE DE FAMILLE ET LES ESSAIS CLINIQUES PRAGMATIQUES

Le concept de la collecte de données, de la recherche et de l'ACQ est un élément fondamental du [Centre de médecine de famille](#) (CMF) — la vision du CMFC de la pratique de médecine de famille au Canada. En médecine de famille, le laboratoire qui stimulera la recherche pertinente à la pratique est le CMF, alimenté par les données des DME. Le CMFC a fermement appuyé l'importance d'une bonne accessibilité aux données des DME pour l'ACQ et les objectifs de recherche, et a encouragé les fournisseurs de soins à rendre cette information disponible<sup>23</sup>.

**Tableau 4: Ressources pour les essais cliniques pragmatiques**

Ressource	Description
Practical clinical trials: increasing the value of clinical research for decision making in clinical and health policy <sup>24</sup>	Un article de base qui contient de l'information sur les caractéristiques clés des ECP, et des stratégies pour l'augmentation d'ECP dans le système de soins de santé.
Practical clinical trials for translating research to practice: design and measurement recommendations <sup>25</sup>	Contient des recommandations précises et des exemples pour concevoir et mener des ECP, choisir les mesures appropriées pour les essais et rapporter les résultats.
The randomized registry trial—The next disruptive technology in clinical research? <sup>26</sup>	Un article qui traite des essais des registres randomisés qui utilisent des sources de données à vaste échelle (c.-à-d. des données ECP combinées) pour effectuer des études randomisées à des coûts beaucoup moins élevés que les essais traditionnels.
Atrial fibrillation anticoagulation care in a large urban family medicine practice <sup>27</sup>	Un exemple d'un ECP effectué dans une pratique médicale familiale au Canada.

Les essais cliniques pragmatiques, ou pratiques (ECP), sont définis comme des « essais pour lesquels l'hypothèse et la conception de l'étude sont basées sur l'information requise pour prendre une décision<sup>24</sup>. » Ils diffèrent des essais cliniques explicatifs, qui essaient de mieux comprendre comment et pourquoi une intervention fonctionne. Les ECP, quant à eux, s'attaquent aux questions pratiques sur les risques, les avantages, les coûts d'une intervention comme ils se présenteraient dans une pratique clinique habituelle. Le Tableau 4 énumère certaines ressources clés des ECP. Les ECP peuvent être effectués dans les pratiques d'un CME, à l'aide de DME.

Les ECP ont quatre grandes caractéristiques<sup>24</sup>:

- Comparer les interventions cliniques alternatives pertinentes, plutôt qu'un traitement sans traitement/placebo.
- Faire participer diverses populations à l'étude.
- Recruter des patients de divers contextes de pratique.
- Mesurer une large gamme de résultats sur la santé pertinents.

## RAPPORTS LIÉS À LA PRATIQUE

Plusieurs provinces ont des conseils sur la qualité de la santé (p. ex., l'Ontario, la Saskatchewan, l'Alberta, et la Colombie-Britannique) qui envoient des rapports reliant les données sur la pratique aux données administratives sur la santé. Ces rapports permettent aux médecins de famille de voir comment les populations des établissements de soins interagissent avec le système de santé au-delà des données tirées des DME. Pour s'inscrire et obtenir un rapport personnalisé, visiter le site Web de l'organisme responsable de la qualité des soins de santé de votre province ou territoire (p. ex., [HQO My Practice Primary Care](#) en Ontario).

---

## DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

La prise en charge des déterminants sociaux de la santé en pratique clinique est un autre exemple de la façon dont le couplage des données des DME pourrait révolutionner les soins au Canada. Les données extraites selon le code postal sur le site de [Statistique Canada](#) peuvent être converties en données précises de quintile de revenu et de privation sociale pour les populations cliniques. La possibilité d'utiliser ces données plus efficacement avec des données cliniques tirées des DME offre de nombreuses possibilités de découvrir des problèmes de pauvreté et de marginalisation au sein des populations de l'établissement de soins. Pour en savoir davantage sur la responsabilisation sociale dans votre pratique, consultez le [guide Conseil pratique sur les déterminants sociaux de la santé](#).

## CONCLUSION

Entre autres avantages, les DME peuvent soutenir les initiatives d'ACQ et de recherche des médecins de famille afin d'améliorer les soins aux patients. Les médecins de famille ne devraient pas se sentir dépassés par l'ACQ. Même dans une pratique très occupée, les médecins peuvent commencer à petite échelle en utilisant les DME pour répondre à des questions simples sur la pratique et les patients, puis faire des changements graduels afin d'améliorer les soins aux patients à l'aide de cycles PFEA ou de la et de la rétroaction. À plus grande échelle, les données des DME peuvent être utilisées pour des études de plus grande envergure par les RRBP et en menant des ECP. Servez-vous des données recueillies dans votre DME et tirez profit de l'ACQ et des occasions de recherche pour améliorer votre pratique, la santé des patients et, de manière plus générale, le système de santé.



## Références

1. American Academy of Family Physicians. Basics of Quality Improvement. Dans: [www.aafp.org/practice-management/improvement/basics.html](http://www.aafp.org/practice-management/improvement/basics.html). Date de consultation : Le 20 juin 2018.
2. Qualité des services de santé Ontario. *Quality Improvement Guide*. Toronto, ON : Qualité des services de santé Ontario; 2012. Dans: [www.hqontario.ca/portals/0/Documents/qi/qi-quality-improve-guide-2012-en.pdf](http://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/qi/qi-quality-improve-guide-2012-en.pdf). Date de consultation : Le 20 juin 2018.
3. Institute for Health Improvement. Plan-Do-Study-Act (PDSA) Worksheet. Dans: [www.ihl.org/resources/Pages/Tools/PlanDoStudyActWorksheet.aspx](http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/PlanDoStudyActWorksheet.aspx). Date de consultation : Le 20 juin 2018.
4. Institute for Health Improvement. How to Improve. Dans: [www.ihl.org/resources/Pages/HowtoImprove/default.aspx](http://www.ihl.org/resources/Pages/HowtoImprove/default.aspx). Date de consultation : Le 20 juin 2018.
5. Qualité des services de santé Ontario. "QI Case #1." In *Quality Improvement Guide*, 6. Toronto, ON : Qualité des services de santé Ontario; 2012. Dans: [www.hqontario.ca/portals/0/Documents/qi/qi-quality-improve-guide-2012-en.pdf](http://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/qi/qi-quality-improve-guide-2012-en.pdf). Date de consultation : Le 20 juin 2018.
6. Flottorp SA, Jamtvedt G, Gibis B, McKee M. Utilisation de l'audit et du feed-back aux professionnels de la santé pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Copenhagen, Denmark: Organisation mondiale de la santé; 2010. Dans: [www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/124419/e94296.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/124419/e94296.pdf). Date de consultation : Le 20 juin 2018.
7. Irish College of General Practitioners. Clinical Audit. Dans: [www.icgp.ie/go/gpc/scheme\\_framework/clinical\\_audit](http://www.icgp.ie/go/gpc/scheme_framework/clinical_audit). Date de consultation : Le 20 juin 2018.
8. Reichert SM, Harris SB, Tompkins JW, Belle-Brown J, Fournier M, Green M, et al. Impact of a primary healthcare quality improvement program on diabetes in Canada: evaluation of the Quality Improvement and Innovation Partnership (QIIP). *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2017;5(1):e000392.
9. Charif AB, Zomahoun HTV, LeBlanc A, Langlois L, Wolfenden L, Yoong SL, et al. Effective strategies for scaling up evidence-based practices in primary care: a systematic review. *Implement Sci*. 2017;12(1):139.
10. Taylor MJ, McNicholas C, Nicolay C, Darzi A, Bell D, Reed JE. Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. *BMJ Qual Saf*. 2014;23(4):290-298.
11. Lau R, Stevenson F, Ong BN, Dziedzic K, Treweek S, Eldridge S, et al. Achieving change in primary care—effectiveness of strategies for improving implementation of complex interventions: systematic review of reviews. *BMJ Open*. 2015;5(12):e009993.
12. Colquhoun H, Michie S, Sales A, Ivers N, Grimshaw JM, Carroll K, et al. Reporting and design elements of audit and feedback interventions: a secondary review. *BMJ Qual Saf*. 2017; 26(1): 56-60.
13. Greiver M, Drummond N, Birtwhistle R, Queenan J, Lambert-Lanning A, Jackson D. Les DMÉ pour alimenter l'amélioration de la qualité. *Can Fam Phys*. 2015; 61(1): 92.
14. MedPro Group. *Guideline: Using an Electronic Health Record System as a Quality Improvement Tool*. MedPro Group; 2016. Dans: [www.medpro.com/documents/10502/2837997/Guideline\\_Using+an+EHR+as+a+Quality+Improvement+Tool.pdf](http://www.medpro.com/documents/10502/2837997/Guideline_Using+an+EHR+as+a+Quality+Improvement+Tool.pdf). Date de consultation : Le 20 juin 2018.
15. Institute for Healthcare Improvement. Third Next Available Appointment. Dans: [www.ihl.org/resources/Pages/Measures/ThirdNextAvailableAppointment.aspx](http://www.ihl.org/resources/Pages/Measures/ThirdNextAvailableAppointment.aspx). Date de consultation : Le 7 septembre 2018.
16. Ivers N, Jamtvedt G, Flottorp S, Young JM, Odgaard-Jensen J, French SD, et al. Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2012; Issue 6. Art. No.: CD000259.
17. Brehaut JC, Colquhoun HL, Eva KW, Carroll K, Sales A, Michie S, et al. Practice Feedback Interventions: 15 Suggestions for Optimizing Effectiveness. *Ann Intern Med*. 2016;164(6): 435-441.
18. Colquhoun HL, Carroll K, Eva KW, Grimshaw JM, Ivers N, Michie S, et al. Advancing the literature on designing audit and feedback interventions: identifying theory-informed hypotheses. *Implement Sci*. 2017; 12(117).
19. Dixon-Woods M, McNicol S, Martin G. Ten challenges in improving quality in healthcare: lessons from the Health Foundation's programme evaluations and relevant literature. *BMJ Qual Saf*. 2012;21:876-884.
20. Gentil ML, Cuggia M, Figuet L, Hagenbourger C, Le Berre T, Banatre A, et al. Factors influencing the development of primary care data collection projects from electronic health records: a systematic review of the literature. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2017; 17(1):139.
21. RCSSSP. Site Web du Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires. Dans: [rcssp.ca](http://rcssp.ca). Date de consultation : Le 20 juin 2018.
22. Inforoute santé du Canada. Série Technologies émergentes: Analytique clinique en soins primaires (Livre blanc). Toronto, ON: Inforoute Santé du Canada; 2016. Section D. Dans: [www.infoway-inforoute.ca/fr/component/edocman/ressources/rapports/2883-livre-blanc-sur-l-analytique-clinique-en-soins-primaires-rapport-complet?Itemid=189](http://www.infoway-inforoute.ca/fr/component/edocman/ressources/rapports/2883-livre-blanc-sur-l-analytique-clinique-en-soins-primaires-rapport-complet?Itemid=189). Date de consultation: Le 20 juin 2018.
23. Collège des médecins de famille du Canada. Nouvel énoncé de position du CMFC concernant l'accès aux données du DMÉ pour l'amélioration de la qualité et la recherche. Mississauga, ON: Collège des médecins de famille du Canada; 2017. Dans: [www.cfpc.ca/uploadedFiles/Publications/News\\_Releases/News\\_Items/CFPC-News-Release-CFPC-Statement-EMR-Data-Access-FR.pdf](http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Publications/News_Releases/News_Items/CFPC-News-Release-CFPC-Statement-EMR-Data-Access-FR.pdf). Date de consultation : Le 20 juin 2018
24. Tunis SR, Stryer DB, Clancy CM. Practical clinical trials: increasing the value of clinical research for decision making in clinical and health policy. *JAMA*. 2003;290(12):1624-1632.
25. Glasgow RE, Magid DJ, Beck A, Ritzwoller D, Estabrooks PA. Practical clinical trials for translating research to practice: design and measurement recommendations. *Med Care*. 2005;43(6):551-557.
26. Lauer MS, D'Agostino RB. The randomized registry trial—the next disruptive technology in clinical research? *N Engl J Med*. 2013;369(17):1579-1581.
27. Valentinis A, Ivers N, Bhatia S, Meshkat N, Leblanc K, Ha A, et al. Atrial fibrillation anticoagulation care in a large urban family medicine practice. *Can Fam Physician*. 2014; 60(3): e173-e179.