

# Qualité des services de santé Ontario

Le conseiller de la province en matière de qualité des soins de santé en Ontario

Création d'un système intégré  
de surveillance de la qualité des soins  
offerts dans les cliniques en milieu  
extrahospitalier de l'Ontario

# Table des matières

<b>Sommaire</b> .....	3
<b>Introduction</b> .....	5
<b>Composition et mandat du comité</b> .....	7
Approche du comité .....	8
Principes sous-tendant la surveillance de la qualité des soins offerts dans les cliniques en milieu extrahospitalier .....	8
<b>Processus d'examen et de rédaction des recommandations</b> .....	10
1) Mobilisation du public, des patients et des fournisseurs .....	10
2) Définition du concept de qualité dans les programmes en milieu extrahospitalier .....	11
3) Analyse de la surveillance actuelle de la qualité des soins offerts dans les cliniques en milieu extrahospitalier de l'Ontario .....	14
4) Examen d'autres provinces et pays .....	17
Leçons tirées ailleurs .....	23
<b>Faits saillants de l'examen du comité</b> .....	25
Sécurité et pertinence .....	25
Transparence .....	26
Outils soutenant la reddition de comptes .....	26
<b>Recommandations du comité</b> .....	28
Conclusion .....	35
Liste récapitulative des recommandations .....	37
Glossaire .....	40
Annexes .....	42
<b>Annexe 1 – Mobilisation du public, des patients et des fournisseurs</b> .....	42
<b>Annexe 2 – Principales leçons tirées des autres territoires</b> .....	45
<b>Annexe 3 – Bibliographie</b> .....	48

## Sommaire

En décembre 2014, pour donner suite à des signalements de préjudices importants subis par des patients – contraction d’infections dans une clinique antidouleur et des cliniques d’endoscopie –, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée de l’Ontario a chargé Qualité des services de santé Ontario de conseiller le gouvernement quant à l’intégralité et à l’efficacité des programmes actuels de surveillance de la qualité des services médicaux à haut risque offerts dans les cliniques en milieu extrahospitalier.

La surveillance de la qualité des soins est une composante essentielle d’un réseau de soins de santé sécuritaire et efficace. En Ontario, cette surveillance ne date pas d’hier, et le cadre réglementaire qui régit les fournisseurs de soins de santé est actualisé au fil des ans. Cependant, le système actuel de surveillance des établissements médicaux ne s’est pas adapté au transfert des services hospitaliers à des cliniques en milieu communautaire.

Au fil du temps, deux systèmes de réglementation visant à assurer une surveillance et à améliorer la sécurité des patients des cliniques en milieu extrahospitalier ont vu le jour, complexifiant inutilement une situation déjà compliquée. En plus de présenter des risques de par leur complexité, ces deux systèmes omettent de nombreuses procédures et installations, ce qui pourrait poser problème. Même si le risque zéro n’existe pas en médecine, les fournisseurs ont le devoir d’atténuer autant que possible les dangers. Les risques pour les patients devraient être les mêmes partout, peu importe l’établissement de santé consulté. Un système rigoureux de surveillance de la qualité des soins permettra de rassurer les citoyens en leur montrant que tous les établissements doivent respecter des normes de qualité des soins. Il faut établir des exigences détaillées pour bien définir les attentes, réduire les risques de manière proactive, et prévoir des mesures appropriées en cas de problème de qualité des soins.

La province doit de toute urgence moderniser son cadre de réglementation des établissements de soins en milieu extrahospitalier. Les problèmes de qualité des soins de certaines cliniques, en plus de miner le système de surveillance actuel, ont mis en lumière le manque de transparence du secteur. Étant donné que la technologie permet de plus en plus d’offrir des services en milieu communautaire, et que des fournisseurs novateurs élaborent des modèles de prestation de services de proximité, il est temps de veiller à ce que les patients puissent compter sur un système de surveillance de la qualité répondant aux besoins actuels et futurs.

Comme le public, les patients et les fournisseurs ont tous un rôle à jouer dans ce domaine, il est essentiel de tenir compte de leurs besoins et d’établir des objectifs de qualité transparents pour optimiser l’efficacité de la surveillance de la qualité des soins offerts dans les cliniques en milieu extrahospitalier. Une surveillance uniforme de la qualité des soins prodigués dans ces cliniques appuierait les objectifs du plan provincial *Priorité aux patients : Plan d’action en matière de soins de santé* comme suit :

### Accès

- Les patients ont accès à des services de qualité supérieure à proximité de chez eux.

### Information

- Les patients et les fournisseurs savent où ils peuvent trouver des renseignements pertinents sur la qualité des soins des cliniques pour faire des choix éclairés.
- Les propriétaires de cliniques et les professionnels y travaillant sont informés des règles et des normes de l’établissement et connaissent ainsi les attentes.
- Les patients et les fournisseurs peuvent, par un guichet unique, fournir des commentaires sur leur expérience et leur niveau de satisfaction envers les cliniques.

- Un répertoire central liste toutes les cliniques effectuant des interventions à haut risque.

### **Contact**

- Les cliniques en milieu communautaire s'associent à d'autres fournisseurs et ne fonctionnent pas en silo.
- Les bureaux de santé, les ordres professionnels et les autres autorités responsables de la qualité des soins de santé offerts dans ces cliniques utilisent des canaux de communication bien définis.

### **Protection**

- La surveillance est intégrale : elle touche la clinique, son équipement et son personnel.
- Les cliniques sont inspectées périodiquement en fonction des types d'interventions effectuées et des risques connexes.
- Le système rigoureux de réglementation permet aux autorités de faire respecter les intérêts du public et les normes de manière flexible et adaptée.
- Les normes de sécurité et de qualité restent toujours les mêmes, peu importe le propriétaire ou l'exploitant de la clinique ou le mode de financement de l'établissement.
- Le système est flexible et s'adapte à l'évolution de la technologie et des pratiques.

À la suite de nos recherches et analyses, nous recommandons à la province d'instaurer un système législatif central en vue de surveiller la qualité des soins offerts dans les cliniques en milieu extrahospitalier. Pour que ce système soit flexible et adapté aux besoins, nous recommandons de le confier à un administrateur indépendant disposant des ressources requises. Aidé de spécialistes, ce dernier disposera de l'autorité nécessaire pour établir et faire appliquer des normes de manière transparente tout en collaborant avec le secteur, en répondant aux besoins du public, des patients et des fournisseurs, et en tenant compte de l'évolution continue de la technologie et des soins.

Les cliniques en milieu extrahospitalier devront s'enregistrer auprès de l'administrateur et lui présenter des données sur leur rendement et la qualité des soins pour que ce dernier puisse faire un suivi des problèmes de qualité dans le système et intervenir en conséquence. De plus, afin que les établissements de soins soient le plus sécuritaire possible, il faut déterminer le calendrier et les méthodes d'inspection en tenant compte des risques, y compris les types de services offerts et l'historique de rendement de la clinique. Il faut également passer rapidement en revue les rapports d'inspection et mettre en place un mécanisme expéditif d'intervention en cas de grand danger. Au cours de cet examen, l'administrateur doit avoir en tout temps le pouvoir d'ordonner à une clinique de cesser immédiatement ses activités dans l'intérêt de la sécurité du public.

Il faut concevoir les processus de présentation de rapports d'inspection et de traitement des plaintes de manière à ce que les patients, les fournisseurs et le public puissent prendre des décisions éclairées sur les soins et fournir de la rétroaction.

Nous estimons que ce nouveau système législatif de surveillance intégrée permettra aux autorités de collaborer et de communiquer de manière transparente, et incitera les organismes à améliorer la qualité des soins en continu.

## Introduction

En Ontario, chaque jour, des milliers de patients se rendent dans des cliniques en milieu extrahospitalier. L'appellation générale « clinique en milieu extrahospitalier » englobe un vaste éventail d'établissements qui fonctionnent indépendamment des hôpitaux et effectuent des interventions, des tests et des évaluations cliniques, par exemple les cabinets de médecins de famille, les cliniques spécialisées (pratiquant parfois des actes médicaux invasifs) et les cliniques de chirurgie d'un jour. Ces établissements fournissent des soins ambulatoires ne nécessitant pas d'hospitalisation, une des catégories des soins de santé les plus courants au Canada<sup>1</sup>. Si le nombre de services offerts en milieu extrahospitalier est en hausse, c'est notamment à cause d'innovations technologiques et de nouveaux modèles de prestation des soins. Ce transfert des interventions hospitalières à faible risque aux établissements en milieu communautaire est d'ailleurs l'un des objectifs énoncés dans le *Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé*<sup>2</sup>. Le plan publié récemment intitulé *Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé* vise quant à lui à assurer la prestation de services de proximité coordonnés et intégrés en milieu communautaire<sup>3</sup>.

Depuis plusieurs décennies, les services hospitaliers sont progressivement transférés au milieu communautaire, et des cliniques en milieu extrahospitalier spécialisées sont maintenant en activité dans de nombreuses régions de la province. Certaines de ces cliniques sont financées par le système de soins de santé public, et d'autres, au moyen de fonds privés ou de frais de services payés directement par les patients. La plupart de ces établissements fournissent des services spécialisés comme de l'imagerie diagnostique, des études du sommeil, des coloscopies, des examens gynécologiques ou ophtalmologiques, ou des chirurgies esthétiques. Parfois, les cliniques spécialisées appartiennent à un médecin ou sont associées à des hôpitaux. Même si la médecine est une profession de la santé réglementée, supervisée par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, les cliniques mêmes peuvent être régies par deux systèmes distincts, ce qui engendre confusion et complexité inutile. Certaines cliniques, en outre, ne sont visées par aucun des deux systèmes de réglementation<sup>4</sup>. Même au sein des deux systèmes, la surveillance continue de présenter des lacunes difficiles à éliminer.

En décembre 2014, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a chargé Qualité des services de santé Ontario de présenter des recommandations en vue d'assurer une surveillance intégrale et efficace de la qualité des soins prodigués dans les cliniques en milieu extrahospitalier. L'organisme a donc mis sur pied un comité consultatif, lequel devait étudier l'environnement actuel de prestation des soins dans cette optique.

---

<sup>1</sup> Institut canadien d'information sur la santé. [Document sur la qualité des données à l'intention des utilisateurs externes : Système national d'information sur les soins ambulatoires, 2010-2011](#), 2011.

<sup>2</sup> Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. [Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé – De meilleurs soins aux patients grâce à un meilleur rendement de nos dollars investis en santé](#), 2012. Cette initiative stratégique définit les cliniques communautaires spécialisées comme étant des établissements de santé sans but lucratif qui offriront des interventions à faible risque couvertes par l'Assurance-santé qui sont réalisées à l'heure actuelle dans les hôpitaux de soins actifs. Les cliniques spécialisées s'occuperont des interventions dont le volume est important, comme les chirurgies courantes de la cataracte, les coloscopies et d'autres interventions qui n'exigent pas une hospitalisation pour la nuit.

<sup>3</sup> Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. [Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé](#), 2015.

<sup>4</sup> Cette lacune ne concerne que les installations. La plupart des professions de la santé sont régies par des lois établies; par exemple, les médecins de l'Ontario sont visés par les normes définies dans la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* et la *Loi de 1991 sur les médecins*.

Comment la population peut-elle savoir si les services et les interventions transférés au milieu extrahospitalier sont conformes à des normes élevées de qualité?

Le présent rapport énonce une série de recommandations visant à créer un système intégral et cohérent de surveillance de la qualité des soins offerts dans certains types de cliniques en milieu extrahospitalier, que le financement des services soit d'origine publique ou privée.

**Figure 1 : Définition du concept de qualité par la population de l'Ontario**

Voici un nuage de mots illustrant les réponses qualitatives de 35 membres du grand public à des questions de discussion en ligne.



## Composition et mandat du comité

Formé de dirigeants du système de soins de santé, le comité mis sur pied par Qualité des services de santé Ontario avait pour mandat de guider l'examen et l'analyse de la surveillance de la qualité des soins offerts dans les cliniques en milieu extrahospitalier.

Le comité se composait des personnes suivantes :

### Co-présidents

#### **D<sup>r</sup> Joshua Tepper**

Président et chef de la direction, Qualité des services de santé Ontario

#### **Maureen Taylor**

Représentante des personnes soignantes

### Comité

#### **Tom Closson**

Consultant en soins de santé

#### **Colleen M. Flood**

Chaire de recherche en lois et politiques de santé et directrice du Centre de droit, politique et éthique de la santé, Université d'Ottawa

#### **D<sup>r</sup> Danielle Martin**

Vice-présidente, Affaires médicales et Solutions destinées au système de santé, Hôpital Women's College

#### **D<sup>r</sup> David Walker**

Professeur, School of Medicine et School of Policy Studies, Université Queen's

Axé sur les intérêts du public, la qualité, la transparence et la responsabilité, le mandat du comité consistait à proposer des moyens de renforcer les mécanismes de surveillance de la qualité des soins offerts dans les cliniques en milieu extrahospitalier.

Le comité devait cerner les forces, les lacunes et les risques inhérents à la structure de surveillance actuelle, et songer à l'avenir et aux moyens de concevoir un système pouvant s'adapter à l'évolution de la technologie et aux nouvelles pratiques, le tout avec audace. Les travaux visaient à assurer aux patients que les soins de santé des cliniques en milieu extrahospitalier satisfont des normes uniformes et élevées de qualité, peu importe l'établissement ou l'origine du financement.

Si la province souhaite assurer la sécurité des patients, des normes de qualité uniformes doivent s'appliquer à toutes les interventions ayant des risques comparables, que le financement soit public ou privé. Même si la protection des patients a priorité, il n'est pas exclu que des services de mauvaise qualité prodigués en clinique privée nuisent au réseau public de soins de santé (p. ex., nombre accru de visites à l'hôpital en raison de problèmes dans la qualité des soins). Les membres du comité ont convenu qu'il fallait établir des normes ciblant chaque intervention ou service en fonction des pratiques exemplaires et les faire appliquer, peu importe le type de propriétaire, le mode de financement ou l'établissement. Ils ont également reconnu que les cliniques en milieu extrahospitalier ne nécessitaient pas toutes le même niveau de surveillance; il est primordial d'ajuster celui-ci en fonction des risques pour le patient.

Tout au long de son examen, le comité a gardé en tête les initiatives en cours de création,

notamment la préparation d'une politique relative aux cliniques communautaires spécialisées, l'évolution du Quality Management Partnership dirigé par Action Cancer Ontario et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario<sup>5</sup>, et la mise au point de procédures axées sur la qualité dans différents domaines, comme la coloscopie, la dialyse et l'orthopédie<sup>6</sup>. Toutes ces initiatives tiennent compte de la qualité des soins dans leur conception et leur mise en œuvre.

**Éléments visés.** L'examen du comité portait notamment sur les programmes de surveillance de la qualité s'appliquant actuellement aux cliniques en milieu extrahospitalier, conformément à la *Loi sur les établissements de santé autonomes* (1990)<sup>7</sup> et à l'Out-of-Hospital Premises Inspection Program de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, programme autorisé dans un règlement pris en application de la *Loi de 1991 sur les médecins*<sup>8</sup>. Toutefois, dans l'optique d'éliminer les lacunes du système, le comité devait tenir compte des interventions et des établissements qui ne sont visés par aucun programme à l'heure actuelle. En outre, il a étudié les méthodes que d'autres provinces et pays chefs de file du domaine emploient pour assurer la qualité des soins dans des établissements communautaires similaires, et a déterminé comment optimiser les processus de délivrance de permis, d'inspection, de gouvernance et d'agrément.

**Éléments non visés.** L'examen ne ciblait ni l'emplacement des fournisseurs de services, ni le nombre de services offerts, ni la méthode de sélection du mode de financement, ni les moyens optimaux de financer les services, ni les intervenants offrant les soins financés. Le comité n'a pas non plus examiné les normes des cliniques ou des établissements relatives à des interventions ou modalités particulières.

### Approche du comité

Vous trouverez ci-dessous une description de l'approche employée par le comité pendant son examen et la rédaction de ses recommandations.

Le comité a établi une définition globale du concept de qualité dans les cliniques en milieu extrahospitalier, et dressé la liste des principaux composants des programmes médicaux extrahospitaliers. Il s'est en outre penché sur les mécanismes actuels de surveillance de la qualité des soins offerts dans ces cliniques en Ontario.

De plus, le comité s'est renseigné en s'entretenant avec des personnes-ressources clés et en analysant les modèles de surveillance ciblant différents secteurs du système de soins de santé de provinces et pays comparables au moyen d'articles de journaux et de renseignements disponibles. Enfin, il a mené des sondages et des consultations auprès de la population, des patients et des fournisseurs (voir l'annexe 1 pour un aperçu de la méthodologie de consultation).

### Principes sous-tendant la surveillance de la qualité des soins offerts dans les cliniques en milieu extrahospitalier

Voici les principes qui, selon le comité, devraient orienter la surveillance de la qualité des soins offerts dans les cliniques en milieu extrahospitalier.

**Intégré.** Il n'est pas simple de surveiller la qualité des soins prodigués dans les cliniques en milieu extrahospitalier. Pour optimiser son efficacité, le modèle devra avoir une mission bien précise et définir clairement les responsabilités et les pouvoirs des différents intervenants.

---

<sup>5</sup> Référence au site Web Quality Management Partnership (<https://www.qmpontario.ca/>).

<sup>6</sup> Référence à la page Web « Réformer du financement du système de santé – Actes médicaux fondés sur la qualité » ([http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/ecfa/funding/hs\\_funding\\_qbp.aspx](http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/ecfa/funding/hs_funding_qbp.aspx)).

<sup>7</sup> *Loi sur les établissements de santé autonomes*, L.R.O. 1990, chap. I.3

<sup>8</sup> *Out-of-Hospital Premises Inspection Program*, Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. Consulté en juin 2015 à : <http://www.cpsso.on.ca/cpsso-members/out-of-hospital-premises-inspection-program>.

**Cohérent.** Les cliniques en milieu extrahospitalier et les hôpitaux doivent satisfaire à des normes de qualité uniformes. Tous les secteurs du système de soins de santé devront respecter les mêmes normes, mais le moyen de les faire appliquer peut varier en fonction du type d'établissement ou d'intervention. Il faut toujours surveiller la qualité des soins, que les services soient financés par l'Assurance-santé de l'Ontario, des utilisateurs payeurs ou des assurances privées.

**Intégral.** La surveillance de la qualité doit cibler les fournisseurs, les soins médicaux, les résultats pour les patients et leurs expériences, les installations (p. ex., celles de prévention des infections), et l'équipement. Le programme doit être bien rodé et conçu de manière à favoriser une grande qualité des soins tout en permettant des interventions réfléchies et appropriées en cas de problème. Les pratiques opérationnelles doivent aussi faire l'objet d'une surveillance, en particulier la facturation de frais d'établissement et de services V.I.P., qui peut nuire à l'accès ou à l'équité.

**Transparent.** Il est indispensable d'assurer la transparence pour que les patients connaissent le niveau de qualité des services des établissements et puissent choisir une clinique en toute connaissance de cause. Il importe aussi que les fournisseurs comprennent les exigences qui leur sont imposées lorsqu'ils pratiquent la médecine dans des cliniques en milieu extrahospitalier.

**Axé sur l'avenir.** Le programme de surveillance de la qualité doit être flexible afin de pouvoir s'adapter avancées technologiques et aux nouvelles pratiques.

**Pragmatique.** Le programme de surveillance de la qualité doit avoir une portée réaliste et un coût raisonnable. Il faut aussi établir des mesures d'application claires et réalisables et éliminer les obstacles à l'échange d'information interorganismes dans l'intérêt des patients.

« Assurez-vous que les patients sont complètement à l'aise, se sentent en sécurité et savent parfaitement ce qui se passe. Veillez à ce que tous les renseignements puissent être consultés FACILEMENT en ligne. »

—Un participant aux discussions qualitatives en ligne

## Processus d'examen et de rédaction des recommandations

Voici les travaux effectués par le comité dans le cadre de l'examen.

Mobilisation du public, des patients et des fournisseurs	Définition du concept de qualité dans les programmes en milieu extrahospitalier	Analyse de la surveillance actuelle de la qualité des soins offerts dans les cliniques en milieu extrahospitalier en Ontario	Examen de la surveillance de la qualité dans d'autres provinces et pays
Le comité a mené des sondages de nature quantitative et qualitative auprès du public, des patients et des fournisseurs pour connaître leurs préférences, leurs attentes et leur opinion concernant les pratiques actuelles.	Il a défini six facettes du concept de qualité : sécurité, efficacité, accent mis sur le patient, rapidité, efficacité et équité.	Il a dressé un portrait de la surveillance actuelle de la qualité des soins en Ontario en vue de connaître les forces, les faiblesses et les lacunes des deux systèmes réglementant les cliniques en milieu extrahospitalier. Il s'est aussi entretenu avec des personnes-ressources clés.	Il a étudié les systèmes de surveillance de la qualité de provinces et pays comparables au Canada et à l'étranger, ainsi que ceux d'autres secteurs de l'Ontario. En outre, il a passé en revue des publications à comité de lecture et de la littérature grise.

### 1) Mobilisation du public, des patients et des fournisseurs

Le comité a jugé important de savoir dans quelle mesure la population, les patients, les médecins traitants et d'autres fournisseurs estimaient que les cliniques en milieu extrahospitalier autorisées à effectuer des interventions à haut risque élevé devraient être surveillées, et pourquoi. Voulant éviter de faire des suppositions sur les préférences de ces groupes et afin de tenir compte de leur rétroaction pendant le processus, le comité a mené des consultations de nature qualitative et quantitative. Vous trouverez certaines des conclusions connexes plus bas, ainsi qu'une synthèse de l'opinion, des connaissances, des priorités et des préoccupations des patients et des fournisseurs à l'annexe 1. Vous pouvez vous procurer le rapport complet auprès de Qualité des services de santé Ontario.

**Mobilisation du public et des patients.** Cette mobilisation s'est faite de deux manières : le comité a d'une part mené un sondage de nature quantitative visant un échantillon aléatoire de la population, et d'autre part effectué des consultations de nature qualitative auprès d'un petit groupe de patients, de fournisseurs et de membres du grand public. Dans le cadre du sondage, les patients n'établissaient pas de distinction entre les deux types de cliniques en milieu extrahospitalier (les établissements de santé autonomes et les lieux extrahospitaliers). Ils n'accordaient pas non plus d'importance au type de propriétaire<sup>9</sup>. Au cours des discussions d'ordre qualitatif, les participants ont admis ignorer comment ces établissements étaient réglementés et surveillés, mais ont indiqué explicitement qu'ils croyaient que ceux-ci étaient régis sensiblement comme les hôpitaux. Par ailleurs, la population faisait davantage confiance aux hôpitaux qu'aux cliniques en milieu extrahospitalier quant à la qualité et à la sécurité des soins, mais le comité n'a pas pu déterminer clairement pourquoi.

Les personnes sondées estimaient très important d'assurer la transparence de l'information. Avant leur premier rendez-vous, les patients souhaitaient recevoir des renseignements sur la propreté des installations, les agréments et certifications de l'établissement, les titres de compétence et l'expérience des cliniciens, les mesures de contrôle de la qualité, et les taux d'infections et de complications. La

<sup>9</sup> Le type de propriétaire était le critère le moins susceptible d'être jugé important ou très important.

majeure partie des répondants jugeaient essentiel que de l'information soit offerte sur le site Web de la clinique ou de l'établissement (69 %), sur un site Web administré par le gouvernement provincial (64 %), dans l'aire d'accueil ou la salle d'attente de la clinique (62 %), et sur les sites Web des organismes professionnels de surveillance (61 %). Point significatif : un nombre considérable de patients n'avaient pas reçu d'information avant leur rendez-vous, un fait corroboré dans un sondage mené auprès de médecins de famille et d'omnipraticiens.

Hormis les résultats et la sécurité sur le plan clinique, les patients s'intéressaient également à d'autres facettes de la qualité des services, comme l'emplacement des installations, l'accessibilité, les délais d'attente, la disponibilité de personnel bilingue, et la sensibilité aux réalités culturelles.

**Mobilisation des fournisseurs.** Les fournisseurs ont donné des réponses similaires à celles des patients : dans un sondage visant des médecins de famille et des omnipraticiens de l'Ontario, plus du tiers (34 %) des répondants ne savaient pas exactement ce qu'était un établissement de santé autonome, et plus de la moitié (51 %), ce qu'était un lieu extrahospitalier. Les fournisseurs des établissements de santé autonomes et des lieux extrahospitaliers faisaient davantage confiance aux soins offerts dans ces cliniques, mais comprenaient mal la réglementation existante : un tiers d'entre eux (33 %) n'étaient pas certains de la fréquence des inspections selon le modèle actuel.

D'après la consultation de nature qualitative, les médecins de famille et les omnipraticiens faisaient eux aussi davantage confiance aux hôpitaux qu'aux cliniques en milieu extrahospitalier quant à la qualité et à la sécurité des soins. Ils ont indiqué qu'il n'y avait pas assez de renseignements disponibles sur les coûts, le niveau de sécurité et la qualité générale des soins offerts dans les établissements de santé autonomes et les lieux extrahospitaliers. Les critères de qualité des soins qu'ils citaient les plus souvent comme étant très importants pour orienter leur décision d'y envoyer des patients étaient les titres de compétence et l'expérience des médecins, la propreté des installations, la rétroaction des patients, le nombre annuel d'interventions ou de tests qu'effectue chaque médecin, les mesures de contrôle de la qualité, les plans d'urgence en cas de complications, les taux d'hospitalisation à la suite d'infections et de complications, et les agréments et certifications de la clinique. Or, près de la moitié (47 %) des répondants ne savaient pas précisément où ils pouvaient trouver ces renseignements.

Selon les fournisseurs d'établissements de santé autonomes et de lieux extrahospitaliers sondés, les renseignements que leur établissement fournit au public ne correspondent pas toujours à ceux qui sont les plus utiles aux fournisseurs de soins primaires et aux patients. Seulement 34 % des répondants ont indiqué que leur établissement fournissait de l'information sur les taux d'hospitalisation, 34 % sur le nombre annuel d'interventions ou de tests qu'exécute chaque médecin, 46 % sur les mesures de contrôle de la qualité, et 52 % sur la propreté des installations. Or, les patients, les médecins de famille et les omnipraticiens accordent tous une grande importance à ces mesures.

## 2) Définition du concept de qualité dans les programmes en milieu extrahospitalier

Même si la définition du concept de qualité doit être adaptée à chaque traitement ou intervention, il est utile d'avoir une vision globale de ce concept. Dans ses travaux, le comité s'est fondé sur les six facettes de la qualité des soins de santé établies par l'Institute of Medicine<sup>10</sup> :

**Sécurité.** Éviter de porter préjudice aux patients pendant la prestation des soins. Pour que leur expérience soit le plus sécuritaire possible, il faut observer les principes suivants :

- Les cliniciens exercent dans les domaines pour lesquels ils possèdent des certifications et de l'expérience.
- Les établissements utilisent des pratiques exemplaires en matière de prévention et de contrôle des infections.

---

<sup>10</sup> Institute of Medicine. [Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century](#), Washington, D.C., National Academy Press, 2001.

- Les incidents critiques et les événements indésirables font l'objet de rapports et d'enquêtes, et la clinique dispose de protocoles de communication avec les patients.
- Les établissements respectent les normes d'accessibilité pour les personnes handicapées.
- La surveillance est appliquée de manière uniforme, et les responsabilités des établissements et la réglementation sont clairement définies.
- Les normes du programme de surveillance et les protocoles d'inspection visent à améliorer la sécurité des patients.

**Efficacité.** Fournir des services conformes aux connaissances scientifiques et aux données probantes.

- Les intervenants offrent les services adéquats aux patients concernés et font preuve de transparence concernant les avantages des services complémentaires disponibles.
- Le personnel exécute les interventions avec compétence et conformément aux pratiques exemplaires existantes.
- Des aiguillages sont offerts selon les besoins.

**Accent mis sur le patient.** Fournir des soins respectant les préférences, les besoins et les valeurs des patients.

- Les valeurs des patients orientent toutes les décisions à caractère médical.
- Les patients ont accès à de l'information qui les aide à faire des choix éclairés.
- Ils reçoivent rapidement des renseignements exacts sur les interventions et le suivi connexe.
- Les établissements sont propres et offrent une expérience uniforme d'une visite à l'autre.
- La clinique dispose d'un processus de résolution des plaintes transparent et bien défini.
- Le personnel est respectueux envers les patients.

**Rapidité.** Réduire l'attente et les délais préjudiciables pour les patients et les fournisseurs de soins de santé.

- La clinique fait un suivi des délais d'attente.
- Les établissements traitent rapidement les rapports destinés aux médecins traitants.

**Efficienc.** Éviter le gaspillage, notamment d'équipement, de matériel, d'idées et d'énergie.

- Les établissements optimisent l'utilisation des fonds publics.
- La clinique collecte des données permettant d'assurer une gestion rigoureuse du rendement sur les plans de la qualité et des finances et l'élaboration de politiques éclairées.
- Les responsabilités sont clairement définies et reposent sur des normes et priorités communes.

**Équit.** Offrir des soins toujours de même qualité, sans égard aux caractéristiques personnelles des patients, comme le sexe, l'origine ethnique, le lieu de résidence ou le statut socio-économique.

- L'établissement ne facture pas de frais supplémentaires aux Ontariens demandant des services couverts par un régime d'assurance.
- L'accessibilité aux soins ne doit jamais être conditionnelle au paiement d'une mise à niveau des services ou d'appareils.

### **Prévention et contrôle des infections**

Le comité a en outre porté une attention particulière à la prévention et au contrôle des infections.

Il s'agit en effet d'une préoccupation grandissante du public, car les problèmes connexes ont des répercussions importantes pour les patients, les fournisseurs, les collectivités et les bureaux de santé publique locaux. Les normes de prévention et de contrôle des infections jouent un rôle crucial dans tous

les établissements médicaux, et occupent une place importante dans les protocoles des établissements de santé autonomes et des lieux extrahospitaliers. Les problèmes de prévention et de contrôle des infections peuvent être découverts pendant une inspection des installations, ou lorsque des infections ou des éclosions de maladies sont signalées au système de soins de santé public et qu'une enquête permet de remonter jusqu'à la clinique en cause. La province a établi des exigences législatives et réglementaires claires concernant le signalement des maladies à déclaration obligatoire, et le médecin-hygiéniste de la région a le pouvoir d'enquêter sur ces cas dans n'importe quel établissement et d'en faire un suivi.

Fait à noter, les problèmes dans ce domaine ne portent pas toujours préjudice aux patients. Toutes les lacunes en matière de prévention et de contrôle des infections sont préoccupantes, et il est compréhensible que les patients les jugent très inquiétantes, mais elles ne représentent pas toujours une menace sérieuse pour la santé publique. Il est donc important de bien évaluer les risques et de gérer adéquatement la situation. Il est aussi essentiel de bien établir des canaux de communication officiels entre les bureaux de santé publique et les autorités réglementant les cliniques en milieu communautaire, ce qui est beaucoup plus simple à dire qu'à faire.

La santé publique englobe un vaste éventail de mesures visant à protéger et à favoriser la santé et le bien-être de l'ensemble de la population. La surveillance législative et réglementaire dans ce secteur est assurée au moyen de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* et des Normes de santé publique de l'Ontario, qui énoncent les exigences relatives à la prestation de services de santé publique. Trente-six conseils de santé dans la province s'occupent d'offrir ces services localement. Chaque bureau de santé publique est chapeauté par un médecin-hygiéniste.

Au niveau provincial, c'est la Division de la santé de la population et de la santé publique du ministère de la Santé et des Soins de longue durée qui définit les politiques de santé publique. Le médecin hygiéniste en chef fait aussi profiter la province de son leadership et de son expérience clinique. Santé publique Ontario, un organisme gouvernemental, fournit par ailleurs des conseils et de l'aide spécialisés sur les plans scientifique et technique, notamment concernant les maladies infectieuses, les mesures de prévention et de contrôle, la surveillance et l'épidémiologie, la préparation aux situations d'urgence et les interventions en cas d'incident. Santé publique Ontario exploite 14 réseaux régionaux de contrôle des infections, offre des programmes à participation volontaire aidant les praticiens à mettre en place des pratiques exemplaires de prévention et de contrôle des infections, et garde sous son aile le Comité consultatif provincial des maladies infectieuses, qui crée par exemple des produits fondés sur des données probantes au sujet de pratiques exemplaires de contrôle des infections (p. ex., *Prévention et contrôle des infections pour la pratique en cabinet et en clinique* et *Pratiques exemplaires pour le nettoyage, la désinfection et la stérilisation du matériel médical*).

En ce qui a trait aux problèmes réels ou potentiels de prévention et de contrôle des infections, les autorités de santé publique et les organismes réglementant les cliniques en milieu communautaire communiquent entre eux de manière informelle. Les rôles et responsabilités relatifs à l'enquête, à l'évaluation et à la gestion des problèmes dans ce domaine font l'objet de débats animés depuis déjà un bon moment. En 2011, 3 des 36 bureaux de santé publique de l'Ontario (ceux d'Ottawa, de Peel et de Toronto) ont dû s'occuper chacun d'un problème considérable de prévention et de contrôle des infections dans des établissements médicaux en milieu communautaire. L'un de ces cas a été découvert dans le cadre de l'Out-of-Hospital Premises Inspection Program, un programme mis en œuvre récemment, un autre découlait d'une plainte déposée au bureau de santé publique dénonçant de mauvaises pratiques de contrôle des infections, et le troisième, du repérage par le bureau de santé publique de plusieurs cas de maladies à déclaration obligatoire parmi des patients d'un même établissement.

Ces problèmes ont mis les patients en danger, effrité la confiance du public envers le système de soins de santé, et exercé une pression sur les bureaux de santé publique locaux, qui devaient intervenir et

gérer ces cas<sup>11</sup>. Lorsqu'il faut mener des enquêtes pour trouver l'origine du problème et assurer une communication publique intensive, les problèmes sont non seulement stressants pour les collectivités, mais aussi onéreux et chronophages, et monopolisent les capacités des bureaux de santé publique, empêchant ces derniers de servir les collectivités conformément à leur mandat.

En 2012, la médecin hygiéniste en chef de l'Ontario de l'époque, Arlene King, a mis sur pied le Groupe de travail sur les manquements des cliniques communautaires aux pratiques de prévention et de contrôle des infections, qui avait pour mandat de fournir des conseils en vue d'améliorer les pratiques de prévention et de contrôle des infections et d'élaborer une approche cohérente d'évaluation et de gestion des problèmes connexes se présentant dans la collectivité. Ce groupe de travail a présenté 12 recommandations visant à réduire le nombre de problèmes de prévention et de contrôle des infections dans les cliniques communautaires et à assurer une intervention rigoureuse, cohérente et adaptée lorsque ces problèmes se présentent. Depuis, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a créé un groupe de travail chargé de dresser un portrait des pratiques de sensibilisation et de formation actuelles. Ce dernier travaille actuellement à faire ajouter la *Loi sur la protection et la promotion de la santé* à la liste des lois énoncées en ce moment dans la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées* pour que les bureaux de santé publique, le Ministère, le médecin hygiéniste en chef et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario puissent échanger plus facilement sur les problèmes de prévention et de contrôle des infections. Santé publique Ontario, de son côté, a chargé un groupe de travail de créer un cadre d'évaluation des risques et des processus de communication, lequel a commencé à rassembler des outils de formation servant à promouvoir les pratiques exemplaires. Des discussions, rencontres et enquêtes préliminaires ont été amorcées afin d'appliquer les autres recommandations. La province doit s'atteler en priorité à mettre en œuvre les recommandations du groupe de travail.

### 3) Analyse de la surveillance actuelle de la qualité des soins offerts dans les cliniques en milieu extrahospitalier de l'Ontario

En Ontario, les professionnels de la santé se réglementent eux-mêmes : chaque profession relève d'un ordre qui s'occupe, entre autres choses, de veiller à ce que ses membres offrent des services de manière sécuritaire, efficace et éthique. Peu importe leur lieu de pratique, les professionnels de la santé sont sous la surveillance de l'ordre dont ils font partie, mais l'établissement où ils exercent n'est pas toujours surveillé. Selon le type de services fournis ou leur mode de financement, les cliniques en milieu extrahospitalier ne sont parfois visées par aucun système de surveillance de la qualité. Les cliniques surveillées sont régies actuellement par deux systèmes législatifs distincts :

- 1) Les **établissements de santé autonomes** (détenant un permis délivré en vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*) fournissent sans frais des services couverts par l'Assurance-santé de l'Ontario. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée paie aux médecins y travaillant un montant normalisé pour chaque service (honoraires). Le Ministère (ou un mandataire) verse également aux propriétaires de l'établissement un montant établi pour chaque service, lequel sert à couvrir des frais généraux comme le loyer, le matériel et l'équipement (frais d'établissement). L'Ontario compte environ 935 établissements de santé autonomes autorisés, dont la grande majorité est des cliniques d'imagerie diagnostique<sup>12</sup>. Les propriétaires et les exploitants, pour la plupart des sociétés à but lucratif, sont indépendants de

---

<sup>11</sup> Groupe de travail sur les manquements des cliniques communautaires aux pratiques de prévention et de contrôle des infections. [Report to the Chief Medical Officer of Health](#), 2013.

<sup>12</sup> La majeure partie des établissements fournissent des types d'examen paracliniques spécialisés (p. ex., des tests d'imagerie diagnostique ou de médecine nucléaire, des explorations fonctionnelles respiratoires ou des études sur le sommeil). Vingt-sept d'entre eux sont des cliniques de soins ambulatoires réalisant des dialyses, des avortements, des soins de dermatologie au laser et des chirurgies gynécologiques, oculaires, de la cataracte, vasculaires et esthétiques. Les établissements de santé autonomes peuvent aussi effectuer des interventions chirurgicales, thérapeutiques et diagnostiques non couvertes par l'Assurance-santé de l'Ontario.

la province<sup>13</sup>. Près de la moitié de ces établissements sont la propriété ou sous la direction de médecins. Néanmoins, le champ de pratique autorisé de la clinique ne correspond pas toujours à celui des médecins propriétaires.

- 2) Les **lieux extrahospitaliers** sont créés en vertu du Règlement 114/94, pris en application de la *Loi de 1991 sur les médecins*<sup>14</sup>. La surveillance prévue dans cette loi cible les établissements offrant des services qui, selon les pratiques normalisées reconnues, nécessitent l'emploi de certains types d'anesthésie ou de sédation<sup>15</sup>. Au moment où le comité écrivait ces lignes, il existait 273 lieux extrahospitaliers fournissant des services comme la chirurgie esthétique, l'endoscopie et le traitement interventionnel de la douleur. Ces cliniques ne reçoivent pas de montant pour couvrir les frais d'établissement, mais les médecins qui y travaillent touchent des honoraires de l'Assurance-santé de l'Ontario pour les services couverts.

Il arrive que des établissements ne soient pas visés par ces deux systèmes de réglementation. C'est notamment le cas lorsqu'ils offrent des services non couverts par l'Assurance-santé de l'Ontario qui ne nécessitent pas d'anesthésie ou de sédation. Si les installations de la clinique ne sont pas réglementées, les médecins qui y exécutent des interventions, eux, demeurent assujettis aux exigences des permis de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, qui a le pouvoir d'imposer des conditions au certificat d'enregistrement d'un membre par l'intermédiaire de ses comités responsables de l'enregistrement, de l'assurance de la qualité, des demandes d'information, des plaintes et des rapports, et des mesures disciplinaires. Il n'est toutefois pas obligatoire que les établissements obtiennent un permis ou se fassent inspecter.

### **Cadre réglementaire de la surveillance de la qualité des soins offerts dans les cliniques en milieu extrahospitalier**

#### **Établissements de santé autonomes**

La *Loi sur les établissements de santé autonomes* (1990) prévoit un système de surveillance de la qualité des soins prodigués par les établissements de santé autonomes. Dans le cadre de ce programme de surveillance, élaboré et géré par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario selon une entente conclue avec le Ministère, l'Ordre a instauré des normes ciblant d'une part les établissements, et d'autre part les pratiques cliniques associées à chaque intervention exécutée dans ces établissements. Les permis d'exploitation durent cinq ans, et les établissements sont inspectés au moins une fois par l'Ordre pendant cette période.

Sur demande du Ministère, ces inspections peuvent être plus fréquentes. Les établissements de santé autonomes doivent disposer d'un conseiller de la qualité, soit un médecin qui est tenu de veiller à ce que la clinique assume ses responsabilités législatives relatives à la qualité des soins. Des exigences législatives similaires s'appliquent aussi à d'autres ordres, comme l'Ordre des sages-femmes de l'Ontario, qui nomme les évaluateurs des maisons de naissance. Sur le site Web du Ministère, vous trouverez une liste complète des établissements de santé autonomes ainsi que la date et les résultats de leur dernière évaluation de la qualité.

La *Loi sur les établissements de santé autonomes* s'applique à toutes les cliniques autorisées en vertu de celle-ci. À la suite de changements réglementaires récents, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario a maintenant le droit d'effectuer des évaluations dans le cadre de l'Out-of-Hospital Premises Inspection Program (présenté à la prochaine section) lorsque l'établissement de santé autonome effectue des interventions qui, selon les normes de soins, nécessitent une anesthésie ou une sédation.

Conformément à la Loi régissant cette relation avec l'Ordre, le ministre nomme, parmi les employés du Ministère, un responsable de l'administration du programme de surveillance des établissements de santé autonomes. Ce responsable peut révoquer ou suspendre un permis, retirer le droit d'offrir certains

<sup>13</sup> Bureau du vérificateur général de l'Ontario. [Établissements de santé autonomes](#), chapitre 3, section 3.06, 2012.

<sup>14</sup> [Règlement de l'Ontario 114/94](#)

<sup>15</sup> Anesthésie générale, régionale et locale, et sédation parentérale.

services, émettre un avis d'intention de suspendre le permis ou donner un avertissement pour que l'établissement comble les lacunes décelées<sup>16</sup>. De plus, le responsable a le pouvoir de suspendre sans délai un permis s'il a des motifs raisonnables de croire qu'un établissement de santé autonome est exploité ou le sera d'une manière posant un danger immédiat pour la santé et la sécurité de la population.

Les propriétaires d'établissements de santé autonomes (les titulaires du permis) peuvent en pareil cas interjeter appel de la décision à la Commission d'appel et de révision des services de santé et continuer d'offrir leurs services pendant l'instance qui, parfois, dure plusieurs années. Les cliniques pourraient théoriquement se soustraire à la surveillance prévue dans la *Loi sur les établissements de santé autonomes* en renonçant à leur permis, et du même coup au financement des frais d'établissement, tout en continuant leurs activités et en recevant des honoraires pour chaque service effectué.

La Loi n'exige pas des établissements qu'ils déclarent les événements indésirables au Ministère ou à l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario.

### **Lieux extrahospitaliers**

Le Règlement 114/94, pris en application de la *Loi de 1991 sur les médecins*, autorise l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario à surveiller certains établissements, ce qui a conduit à la création de l'Out-of-Hospital Premises Inspection Program (OHPIP). L'OHPIP prévoit notamment un processus de création de normes s'appliquant aux établissements et à leur personnel, la conception d'outils d'évaluation, et la nomination d'équipes d'évaluateurs chargés de vérifier si les cliniques se conforment aux normes. L'Ordre mène une première inspection avant l'ouverture du lieu extrahospitalier, puis fait un suivi à chaque renouvellement du permis (aux trois ou cinq ans). Ces suivis peuvent être plus rapprochés, à sa discrétion. Pour que l'Ordre puisse réaliser ces inspections, un médecin de l'établissement doit exécuter des interventions régies par le programme. Étant donné l'absence de système centralisé faisant un suivi de la création de nouveaux établissements, c'est aux exploitants qu'il revient de s'enregistrer initialement auprès de l'Ordre. Un comité passe les rapports d'évaluation en revue avant que l'Ordre publie les résultats dans son registre public<sup>17</sup>. Les lieux extrahospitaliers doivent désigner un directeur médical, soit un médecin tenu de veiller à ce que l'établissement assume ses responsabilités réglementaires.

La surveillance de l'Ordre se limite aux établissements effectuant des interventions qui, selon les normes de soins, nécessitent certains types d'anesthésie ou de sédation. Il se pourrait que d'autres interventions effectuées dans la même clinique soient visées par la *Loi sur les établissements de santé autonomes*, ou ne soient carrément pas du ressort des évaluateurs<sup>18</sup>.

L'Ordre peut attribuer trois notes à l'issue de son évaluation : « succès », « succès avec conditions », ou « échec ». Son champ d'action se limite à ses membres (les médecins) : si une clinique obtient un résultat insatisfaisant à une évaluation, l'Ordre peut interdire aux médecins qui y travaillent d'offrir le service en question, mais n'a pas le pouvoir d'ordonner la fermeture de l'établissement. Après l'examen du rapport d'évaluation par un comité, les décisions sont finales. En cas d'objection, l'établissement peut demander une révision judiciaire.

L'OHPIP classe les événements indésirables dans deux catégories. Ceux de catégorie 1, que le médecin doit signaler à l'Ordre dans les 24 heures suivant leur découverte, comprennent les décès ayant lieu sur place ou dans les 10 jours suivant l'intervention, les transferts à l'hôpital et les chirurgies pratiquées au mauvais endroit ou sur la mauvaise personne. Les événements de catégorie 2 (p. ex., les infections) sont

---

<sup>16</sup> Les lacunes peuvent toucher à la qualité des services, aux normes de service, à une violation des lois ou des conditions associées au permis, ou à des activités malhonnêtes ou abandonnées.

<sup>17</sup> Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. Out-of-Hospital Premises. Consulté en juin 2015 au : <http://www.cpsso.on.ca/Public-Register/Out-of-Hospital-Premises-Listing>.

<sup>18</sup> Bureau du vérificateur général de l'Ontario. *Établissements de santé autonomes*, chapitre 3, section 3.06, 2012.

déclarés une fois par année<sup>19</sup>.

#### 4) Examen d'autres provinces et pays

##### *Méthodes de surveillance de la qualité dans d'autres provinces et pays*

Pendant la rédaction de ses recommandations visant à renforcer la surveillance des cliniques en milieu extrahospitalier, le comité a analysé les systèmes de surveillance de la qualité de plusieurs provinces et pays. L'Ontario surveille la qualité des soins de plus de 1 200 établissements de santé autonomes et lieux extrahospitaliers, soit plus que toute autre province du Canada. Ainsi, pour s'assurer de pouvoir adapter à l'Ontario les leçons tirées des autres territoires de compétence, le comité s'est aussi penché sur les systèmes d'autres pays.

Plus précisément, le comité a étudié les systèmes de l'Alberta, de la Saskatchewan et de la Colombie-Britannique, ainsi que ceux de Nouvelle-Galles du Sud, de l'Australie, de l'Angleterre, des États-Unis et des Pays-Bas.

Dans tous ces territoires assurant une surveillance, les établissements doivent, conformément au programme de réglementation, obtenir un agrément ou subir une inspection s'ils souhaitent continuer de fournir des services. Comme les termes « inspection » et « agrément » sont parfois utilisés de manière interchangeable, il peut être difficile de différencier ces deux concepts. Habituellement, les systèmes d'inspection ont une portée plus vaste : ils comprennent des évaluations du rendement clinique des professionnels et l'observation de certaines interventions. Par contre, il faut noter qu'aucune étude détaillée n'a cherché à déterminer si les examens ou inspections externes permettaient d'améliorer la conformité des établissements<sup>20</sup>.

##### *Principales caractéristiques des programmes canadiens de surveillance de la qualité des soins offerts dans les cliniques en milieu extrahospitalier*

Les ordres du secteur de la santé sont les principaux organismes réglementant les établissements médicaux des provinces et territoires canadiens ayant une réglementation en la matière. Au Québec, ce système a été remplacé par un modèle où les cliniques doivent se faire agréer par des tiers. En Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan, au Manitoba et en Ontario les ordres procèdent aux inspections et aux agréments en vertu des lois et règlements provinciaux et établissent les règlements administratifs et les normes du programme de surveillance. Dans les provinces n'ayant pas de système officiel de surveillance de la qualité, certains établissements demandent volontairement un agrément à des tiers, comme Agrément Canada, la Canadian Association for Accreditation of Ambulatory Surgical Facilities, la Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities ou l'Organisation internationale de normalisation.

**Alberta.** Un peu plus de 660 établissements, dont 76 cliniques de chirurgie, sont visés par les programmes albertains de surveillance. Tout établissement prévoyant fournir l'un des types d'intervention énoncés dans la réglementation doit obtenir un agrément du College of Physicians and Surgeons of Alberta. En outre, le règlement administratif de cet ordre présente une liste exhaustive des interventions chirurgicales et endoscopiques ciblées. Les établissements médicaux agréés doivent également donner congé aux patients de manière sécuritaire dans les 12 heures suivant la chirurgie, sauf s'ils sont autorisés à offrir des séjours prolongés. Il est interdit d'effectuer des opérations chirurgicales importantes hors des hôpitaux.

---

<sup>19</sup> Les événements de catégorie 1 englobent les décès ayant lieu sur place ou dans les 10 jours suivant l'intervention, les interventions pratiquées au mauvais endroit ou sur la mauvaise personne, et les événements nécessitant le transfert du patient dans un hôpital. Les événements de catégorie 2, faisant l'objet d'un suivi à des fins d'amélioration de la qualité, comprennent les infections et les séjours en clinique imprévus de plus de 12 heures après l'intervention, nécessaires pour des raisons médicales.

<sup>20</sup> G. Flodgren, M.P. Pomey, S.A. Taber et M.P. Eccles. « Effectiveness of external inspection of compliance with standards in improving healthcare organisation behaviour, healthcare professional behaviour or patient outcomes », *The Cochrane Library*, volume 11, 2011.

Le système de surveillance de l'Alberta cible les professionnels, les installations et les interventions, y compris les pratiques opérationnelles (p. ex., la surfacturation et la vente de services V.I.P.), et comporte des normes et des lignes directrices fondées sur des données probantes concernant les interventions listées. Les cliniques doivent respecter les mêmes normes que les hôpitaux en matière d'assurance de la qualité, de satisfaction des patients, de rapport sur les services offerts, de signalement des incidents et des préoccupations des patients, de qualifications des médecins et de conformité aux règlements administratifs visant le personnel médical. Par ailleurs, toutes les cliniques de chirurgie en milieu extrahospitalier doivent suivre les règles énoncées dans la *Health Care Protection Act* de l'Alberta et les règlements y afférents portant sur la vente de produits et services médicaux de valeur supérieure.

**Colombie-Britannique.** La Colombie-Britannique compte 64 cliniques et 207 établissements et laboratoires de diagnostic, lesquels sont régis par la *Health Professions Act* et des règlements administratifs du College of Physicians and Surgeons of British Columbia (l'ordre) autorisés en vertu de cette loi. Étant donné que le champ d'action de l'organisme de réglementation englobe autant ses membres (les médecins) que les établissements, ce dernier administre deux programmes, soit le Non-Hospital Medical and Surgical Facilities Program et le Diagnostic Accreditation Program. Le cadre de réglementation s'applique aux cliniques de chirurgie offrant des services d'anesthésie. Par ailleurs, le règlement administratif de l'ordre exige l'obtention d'une autorisation spéciale pour pratiquer certaines interventions, notamment les opérations importantes à la tête ou au cou et les chirurgies nécessitant des transfusions sanguines.

**Saskatchewan.** La Saskatchewan abrite 12 cliniques et 34 établissements de diagnostic, lesquels sont régis par la *Health Facilities Licensing Act* et ses règlements, et la *Medical Professions Act*, en vertu de laquelle les règlements administratifs du College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan sont établis. L'exploitation d'un établissement assujéti à la *Health Facilities Licensing Act* nécessite l'obtention d'un permis délivré par le gouvernement provincial. Généralement, une clinique a besoin d'un permis si elle fournit des services de santé financés par les deniers publics qui étaient auparavant fournis dans les hôpitaux de la Saskatchewan. Le processus d'octroi de permis d'exercer, quant à lui, est supervisé par le gouvernement provincial. Que leurs services soient assurés ou non, les établissements de traitement en milieu extrahospitalier nécessitent souvent autant une autorisation de l'ordre qu'un permis délivré en vertu de la *Health Facilities Licensing Act*. Les paramètres du programme de la Saskatchewan s'inspirent fortement de ceux du programme albertain.

### **Principales caractéristiques des programmes de surveillance de la qualité des cliniques en milieu extrahospitalier à l'étranger**

Chacun des pays étudiés fait appel à un organisme indépendant pour surveiller la qualité des soins.

**Angleterre.** La Care Quality Commission (CQC) est un organisme national qui inspecte tous les services de soins de santé en fonction de normes nationales<sup>21</sup>, évalue les établissements et publie des rapports. À titre d'organisme de réglementation indépendant s'occupant des services de santé et sociaux pour adultes en Angleterre, la CQC vise à favoriser et à protéger la santé, la sécurité et le bien-être des bénéficiaires des services<sup>22</sup>. Les pouvoirs de la CQC lui sont conférés par la *Health and Social Care Act* (2008) et les règlements y afférents. Près de 15 700 établissements relèvent de la CQC, notamment les hôpitaux, les maisons de soins infirmiers, les cliniques en milieu extrahospitalier, les cabinets de médecins de famille et d'omnipraticiens, les cabinets, les cliniques dentaires, les centres de services sociaux, les organismes de soins à domicile et d'autres services de santé (p. ex., les

<sup>21</sup> Care Quality Commission. *National Standards*. Consulté en juin 2015 au : <http://www.cqc.org.uk/content/national-standards>.

<sup>22</sup> National Audit Office. *Report by the Comptroller and Auditor General - The Care Quality Commission: Regulating the quality and safety of health and audit social care*, 2011. Consulté en juin 2015 au : <http://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2011/12/10121665.pdf>.

ambulances). Ce n'est que depuis peu que la CQC inspecte les établissements indépendants du secteur des soins de santé, soit les organismes et fournisseurs travaillant uniquement dans le secteur privé, qui ne relèvent pas du National Health Service.

La CQC a récemment remplacé ses inspections annuelles par un calendrier d'inspection fondé sur les risques. Une note est attribuée aux établissements (« inadéquat », « améliorations requises », « satisfaisant » ou « exceptionnel ») en fonction des critères d'évaluation des services, qui touchent à la sécurité des installations, au personnel soignant, à l'adaptation aux besoins des patients, à l'efficacité des services et à la qualité de la gestion. La commission effectue régulièrement des inspections de suivi pour vérifier la mise en œuvre des changements requis. Lorsque les établissements reçoivent de bonnes notes, ils peuvent être exemptés d'inspection pour une période allant jusqu'à deux ans. Dans l'optique de faire appliquer les normes, la commission a le pouvoir d'émettre des avertissements, d'imposer des conditions à l'agrément, de suspendre ou de révoquer un agrément, et d'entamer des procédures pénales. Selon des statistiques récentes, à l'issue des inspections, il a été nécessaire d'imposer des mesures dans 5 % des cas et des améliorations dans 32 % des cas. Soixante-trois pour cent des établissements inspectés étaient entièrement conformes<sup>23</sup>.

**Nouvelle-Galles du Sud (Australie).** La *Private Health Facilities Act* (2007) et le *Private Health Facilities Regulation* (2010) prévoient le maintien de normes appropriées et cohérentes concernant les soins de santé et la pratique professionnelle dans les établissements de santé privés de Nouvelle-Galles du Sud. Ces établissements se définissent comme des lieux où n'importe quelle personne peut être admise et recevoir des traitements prescrits de nature médicale, chirurgicale ou autre avant d'obtenir son congé, ou des lieux où une personne reçoit des services ou traitements prescrits (les hôpitaux et les maisons de soins infirmiers publics n'entrent pas dans ces catégories). Il peut s'agir d'établissements de soins ou de cliniques d'anesthésiologie, d'examen endoscopiques de l'appareil digestif, de maternité, de radiologie interventionnelle, de radiothérapie et de chirurgie (il existe 18 types d'établissements au total).

En septembre 2011, la ministre de la Santé de l'Australie a approuvé les *National Safety and Quality Health Service Standards*, un programme national d'agrément établi par l'*Australian Commission on Safety and Quality in Health Care* (ACSQHC), un organisme indépendant financé par tous les ordres de gouvernement selon un modèle de partage des coûts. Le mandat de l'ACSQHC consiste à diriger et à coordonner les mesures d'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins de santé au pays. Les normes visent à protéger la population contre tout préjudice et à améliorer la prestation de services de santé<sup>24, 25</sup>. Pour pouvoir obtenir un permis d'exploitation d'établissement de santé privé, la clinique doit se conformer aux normes nationales et au programme d'agrément de l'ACSQHC. L'État, qui demeure responsable de la réglementation du secteur, est informé de l'issue du processus d'agrément, mais confie les évaluations à des organismes d'agrément externes approuvés.

**Pays-Bas.** Le *Health Care Inspectorate*, un organisme indépendant du ministère de la Santé, est responsable d'inspecter et de réglementer tous les établissements de soins de santé du pays, soit environ 100 hôpitaux, 8 500 cabinets d'omnipraticiens, 8 000 cliniques dentaires, 1 400 foyers pour personnes âgées et 40 organismes communautaires de santé publique.

---

<sup>23</sup> Care Quality Commission. [Annual Report and Accounts 2013/14](#), 2014.

<sup>24</sup> Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. [National Safety and Quality Health Service Standards](#), 2012.

<sup>25</sup> Les normes touchent à dix facettes de la qualité des soins : la gestion de la sécurité et de la qualité des services de santé, la collaboration avec la clientèle, la prévention et le contrôle des infections découlant de soins de santé, l'utilisation sécuritaire des médicaments, les pratiques d'identification des patients et d'association des interventions à la bonne personne, le transfert des soins, le sang et les produits sanguins, la prévention et la gestion des plaies de pression, la détection de la détérioration de l'état du patient et les interventions pendant l'offre de soins actifs, et la prévention des chutes et des blessures connexes.

Le Health Care Inspectorate analyse les renseignements sur la qualité et toute autre donnée disponible sur le fournisseur de soins (p. ex., indicateurs de rendement, incidents déclarés et information sur l'expérience des patients) pour évaluer les risques de l'établissement, habituellement en le comparant à d'autres fournisseurs du même secteur. C'est le Health Care Inspectorate qui sélectionne les lieux et les établissements qui seront inspectés et détermine le calendrier d'inspection.

**États-Unis.** En 2012, les États-Unis comptaient 5 260 centres de chirurgie ambulatoire, lesquels exécutaient quelque six millions de chirurgies chaque année. Comme la réglementation de ces centres relève principalement des États, ceux-ci disposent tous de leurs propres règlements en matière de délivrance de permis, qui comportent différentes dispositions sur les interventions admissibles et les exigences envers les établissements (p. ex., la Pennsylvanie n'autorise ces centres à réaliser que des interventions nécessitant moins de quatre heures d'anesthésie). La plupart des États exigent que les centres demandant un permis soient inspectés par un évaluateur de l'État, après quoi ils leur accordent un permis (généralement de durée limitée). Chaque État dispose de son propre calendrier de renouvellement des permis et d'inspections de suivi (s'il y a lieu). La plupart des centres de chirurgie ambulatoire sont la propriété de médecins et sont détenus conjointement avec des sociétés de soins de santé à but lucratif. Il existe plusieurs grandes chaînes de ces centres aux États-Unis.

Medicare exige que les centres de chirurgie ambulatoire le facturant – pratiquement tous les centres – soient certifiés par lui en fonction des normes nationales qu'il établit. Les centres peuvent obtenir la certification de Medicare auprès d'organismes de certification de l'État ou d'un organisme national d'agrément reconnu par Medicare. La grande majorité des centres (90 %) se sont adressés à des organismes de l'État, car ces derniers inspectent les établissements généralement moins souvent que les organismes nationaux, qui font des inspections tous les un à trois ans. Medicare peut exiger que les centres se fassent de nouveau inspecter ou certifier lors de changements des normes du programme.

### **Méthodes de surveillance de la qualité dans d'autres établissements en milieu extrahospitalier de l'Ontario**

La réglementation ontarienne prévoit la surveillance de plusieurs secteurs des soins de santé. Le comité en a étudié quatre pour en comparer les principales caractéristiques, et a tiré plusieurs leçons de cette analyse. Premièrement, lorsque les organismes obtiennent un résultat insatisfaisant aux inspections, l'établissement n'est pas toujours le principal problème en cause, et sa fermeture complète n'est pas forcément dans le meilleur intérêt du public. Deuxièmement, les inspections à elles seules ne permettent pas de dresser un portrait complet du rendement d'un clinicien ou d'un établissement, car les inspecteurs ne peuvent être sur les lieux que ponctuellement. Troisièmement, peu importe le modèle de responsabilisation, pour que le programme de surveillance soit efficace, il doit reposer sur un processus bien défini de reddition de comptes.

**L'Ordre royal des chirurgiens dentistes de l'Ontario**, l'organisme régissant les dentistes de l'Ontario, a pour rôle de définir les normes provinciales de pratique en dentisterie et de fournir un processus de traitement des plaintes et d'enquête afin de résoudre les problèmes potentiels de conformité aux normes signalés par le grand public. En janvier 2015, son programme de surveillance, qui cible la formation du fournisseur et la sécurité des installations, couvrait 1 153 établissements employant 1 000 dentistes et 275 médecins. Depuis le milieu des années 1990, l'Ordre inspecte les établissements offrant des services d'anesthésie et, depuis 2009, réglemente dans une certaine mesure la sédation consciente administrée par voie orale. Pour offrir ce niveau de sédation ou une sédation plus profonde, le dentiste a besoin d'une autorisation et d'un permis d'établissement délivré par l'Ordre. Même s'il existe une norme à ce sujet que les cliniques devraient respecter en permanence, la déclaration des événements indésirables n'est pas obligatoire. Les cliniques utilisant l'anesthésie et la sédation font l'objet d'une inspection au moins tous les trois ans et reçoivent une note à cette occasion (réussite ou échec).

L'Ordre tient compte de la distinction entre champ de pratique et activités réglementées. Les normes professionnelles de dentisterie traitent de la formation, de l'équipement et d'autres aspects, et les dentistes n'ont pas besoin d'un permis d'établissement pour effectuer des activités faisant partie de leur

*Création d'un système intégré de surveillance de la qualité* | Qualité des services de santé Ontario 20

champ de pratique de base (p. ex., l'administration d'analgésiques locaux, qui constitue une intervention courante). Les dentistes ont l'obligation d'observer les normes de pratique de la profession dans leurs cabinets et, par conséquent, les procédures recommandées de prévention et de contrôle des infections. C'est pourquoi le programme d'inspection des établissements ne cible pas la prévention et le contrôle des infections.

L'Ordre des pharmaciens de l'Ontario réglemente autant la pratique de ses membres que leurs lieux d'exercice. Les pharmaciens sont assujettis à la *Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées*<sup>26</sup> et à la *Loi de 1991 sur les pharmaciens*<sup>27</sup>. Les lieux d'exercice, quant à eux, sont régis par la *Loi sur la réglementation des médicaments et des pharmacies*<sup>28</sup>. Les pharmacies sont généralement inspectées tous les trois à quatre ans, en fonction du niveau de risque des services offerts, par exemple si l'établissement distribue ou prépare de la méthadone. L'Ordre inspecte environ 1 500 établissements par année.

Récemment, l'Ordre a mis en place un nouveau processus pour évaluer le rendement de chaque praticien par rapport aux normes de pratique<sup>29</sup>. En regroupant les inspections des établissements et les évaluations de la pratique, l'Ordre veille à ce que les professionnels de la santé disposent d'un environnement de travail optimal.

Selon la *Loi de 2014 de sauvegarde de l'intégrité des soins de santé*, l'Ordre est maintenant habilité à inspecter les pharmacies d'hôpitaux publics et privés et à leur délivrer des permis de la même manière qu'aux pharmacies communautaires. Il s'agit d'une nouveauté; les règlements y afférents sont en cours de rédaction.

**Foyers de soins de longue durée.** Les foyers de soins de longue durée de l'Ontario sont assujettis à la *Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée*<sup>30</sup>. Financés en partie par la province, ces établissements fournissent des soins en tout temps à leurs pensionnaires. L'Ontario compte 629 foyers de soins de longue durée, lesquels sont la propriété d'organismes à but lucratif et non lucratif, ou de municipalités. Le Programme d'inspection de la qualité des foyers de soins de longue durée permet d'assurer le bien-être des pensionnaires au moyen d'enquêtes continues sur les plaintes, les problèmes et les incidents critiques, et au moyen d'inspections des foyers une fois par année. De nature exhaustive, les inspections se font sans préavis, et leurs résultats (présentés de manière à protéger la vie privée des pensionnaires) sont publiés sur le site Web du Ministère et dans le foyer. Comme c'est le Ministère qui gère le programme d'inspection, les inspecteurs sont soit des employés du Ministère, soit des sous-traitants. Tous les aspects des problèmes de conformité sont consignés.

En plus de réaliser des inspections, Qualité des services de santé Ontario soumet à la province des rapports sur 11 indicateurs de la qualité des soins de longue durée, dont quatre<sup>31</sup> sont adaptés aux risques<sup>32</sup> déclarés par le foyer et comparés à la moyenne provinciale.

Les foyers de soins de longue durée amassent une quantité substantielle de données dans le cadre des évaluations complètes réalisées au moyen du Resident Assessment Instrument – Minimum Data Set 2.0 (RAI-MDS 2.0). Chaque pensionnaire est évalué à l'aide de cet outil à son admission, à sa sortie, tous

---

<sup>26</sup> [Loi de 1991 sur les professions de la santé réglementées, L.O. 1991, chap. 18](#)

<sup>27</sup> [Loi de 1991 sur les pharmaciens, L.O. 1991, chap. 36](#)

<sup>28</sup> [Règlement de l'Ontario 58/11](#)

<sup>29</sup> Ordre des pharmaciens de l'Ontario. « [Practice Assessments](#) », *Pharmacy Connection*, volume 22, numéro 1 (hiver), page 18, 2015.

<sup>30</sup> [Loi de 2007 sur les foyers de soins de longue durée, L.O. 2007, chap. 8](#)

<sup>31</sup> L'incontinence, les chutes, les plaies de pression et l'utilisation de moyens de contention.

<sup>32</sup> Le rajustement en fonction des risques est une pratique statistique qui sert à égaliser les données de foyers hébergeant des personnes présentant différents facteurs de risque. Par exemple, il risque d'y avoir plus de chutes dans un foyer ayant une proportion de pensionnaires vulnérables supérieure à la moyenne, même s'il adopte toutes les mesures adéquates d'assurance de la qualité.

les trimestres, et à la suite d'un changement important de son état de santé. Les données sont soumises à l'Institut canadien d'information sur la santé, qui les trie et en vérifie la qualité. Les évaluations fournissent aux foyers, au Ministère, aux chercheurs et aux analystes une vaste base de données touchant notamment aux caractéristiques, à l'état de santé, aux capacités fonctionnelles, aux limitations fonctionnelles et aux capacités cognitives des pensionnaires, aux médicaments administrés, et à l'utilisation de moyens de contention.

**Maisons de retraite.** Les maisons de retraite de l'Ontario, non financées par la province, n'offrent pas de soins infirmiers en tout temps. Par définition, ces établissements hébergent principalement des personnes de 65 ans et plus, et fournissent directement ou indirectement au moins deux types de mesures de soutien courantes parmi les suivants : les soins des plaies et de la peau, le traitement des problèmes de continence, l'aide relative à la prise de médicaments, à l'alimentation ou à la toilette personnelle, et la prise en charge de la démence.

La *Loi de 2010 sur les maisons de retraite*<sup>33</sup> établit le cadre de gestion de la qualité dans le secteur, notamment en prévoyant la création de l'Office de réglementation des maisons de retraite (ORMR) – un organisme indépendant et à but non lucratif – et d'un ensemble d'exigences pour les maisons de retraite. L'ORMR a le pouvoir de délivrer des permis aux maisons de retraite, d'effectuer des inspections et des enquêtes et d'appliquer des mesures de contrôle, y compris imposer des pénalités financières et révoquer des permis. Il se finance grâce aux droits perçus auprès des maisons de retraite, soit principalement des droits annuels et de délivrance de permis.

Chaque établissement doit subir une inspection de routine au moins tous les trois ans. Les plaintes peuvent être soumises au registrateur de l'ORMR, et les maisons de retraite doivent l'aviser sans délai si elles soupçonnent que leurs pensionnaires ont subi des préjudices, par exemple : 1) traitement ou soins administrés de manière inappropriée ou incompétente, 2) mauvais traitements infligés par qui que ce soit ou acte de négligence d'un employé de l'établissement, 3) acte illégal, ou 4) mauvaise utilisation ou détournement de l'argent d'un pensionnaire. Une inspection peut être réalisée en réponse à un signalement.

### **Surveillance de la qualité des soins offerts dans les hôpitaux de l'Ontario**

Les hôpitaux disposent de systèmes de gouvernance traditionnels bien établis qui définissent les rôles et responsabilités relatifs à la qualité des soins offerts. Beaucoup de lois provinciales guident leurs activités quotidiennes : la *Loi sur les hôpitaux publics*<sup>34</sup>, par exemple, régit notamment l'embauche et les privilèges des médecins, les exigences en matière de présentation de rapports, l'admission, les congés et les dossiers des patients, et les protocoles liés aux maladies transmissibles. La réglementation sur la gestion des hôpitaux, prise en application de la *Loi sur les hôpitaux publics*, fournit le cadre de gouvernance et prévoit la création de règlements administratifs par les établissements et les ordres professionnels, et la mise sur pied d'un comité médical consultatif devant présenter des recommandations sur les politiques et les procédures.

Lorsque l'hôpital exploite des centres de soins ambulatoires ou des cliniques externes, la surveillance de la qualité des soins s'applique aussi à ces centres.

Par ailleurs, la *Loi sur les hôpitaux publics* autorise le gouvernement à confier la gestion d'hôpitaux publics à un enquêteur ou superviseur dans certaines circonstances. La *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*<sup>35, 36</sup>, quant à elle, exige que les hôpitaux créent des comités d'assurance de la

<sup>33</sup> [Loi de 2010 sur les maisons de retraite, L.O. 2010, chap. 11](#)

<sup>34</sup> [Loi sur les hôpitaux publics, L.R.O. 1990, chap. P.40](#)

<sup>35</sup> [Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous, L.O. 2010, chap. 14](#)

<sup>36</sup> Beaucoup d'autres lois régissent les activités des hôpitaux : la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*, la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements sur la qualité des soins*, la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*, la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*, etc. Vous

*Création d'un système intégré de surveillance de la qualité* | Qualité des services de santé Ontario 22

qualité qui présentent des rapports au conseil d'administration et préparent des plans annuels d'amélioration de la qualité. Le cadre de surveillance de la qualité dans les hôpitaux se compose ainsi d'un mécanisme de reddition de comptes au conseil d'administration, de définition des rôles et des responsabilités des cadres supérieurs et de soumission de données, et de formulaires d'agrément volontaire. Les hôpitaux disposent habituellement d'un processus de traitement et de suivi des insatisfactions et des plaintes des patients, lequel peut être très utile pour surveiller la qualité en continu<sup>37</sup>. Dépourvu de mécanisme centralisé de surveillance de la qualité des soins offerts dans les hôpitaux, le système de soins de santé de l'Ontario n'a jamais eu de vue d'ensemble des activités de chaque fournisseur, des établissements et de la qualité des interventions sur le plan clinique (y compris les résultats pour les patients) dans le secteur.

### Leçons tirées ailleurs

Le comité a tiré plusieurs constats de son examen de différents pays et provinces.

**Échelle de notation.** En Alberta, les établissements peuvent recevoir un agrément complet ou provisoire, ou se voir refuser l'agrément. La CQC, en Angleterre, attribue quant à elle l'une des notes suivantes : « exceptionnel », « satisfaisant », « améliorations requises » ou « inadéquat ». Ces échelles de notation sont simples et faciles à comprendre. Or, l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario attribue actuellement les notes « succès », « succès avec conditions » ou « échec », qui n'ont pas été conçues à la base dans l'optique de publier des rapports transparents (elles visaient à soutenir l'administration du programme; par exemple, un établissement pouvait obtenir la note « succès avec conditions » parce qu'il lui restait des papiers à remplir ou des affiches à placarder). La note « succès avec conditions » est très opaque pour le public.

**Les cliniciens exercent dans les domaines pour lesquels ils possèdent des certifications et de l'expérience.** Certains programmes donnent aux praticiens des titres de compétence les autorisant à fournir des services précis dans des cliniques en milieu extrahospitalier. Même si ce n'est pas le cas de tous les programmes, il est toujours attendu que les cliniciens travaillent dans leurs domaines d'expérience et de formation. Le processus d'inspection vise invariablement à vérifier que les cliniciens possèdent la formation et les permis requis.

**Normes détaillées et processus de mise à jour.** Cet élément est commun à tous les modèles. En Ontario, les normes et les processus visant les lieux extrahospitaliers sont établis par des comités d'experts mis sur pied par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, et ne touchent qu'aux activités relevant de l'organisme de réglementation. Ces comités n'ont pas la marge de manœuvre nécessaire pour s'occuper des interventions ou des installations non couvertes dans la législation existante. C'est la *Loi sur les établissements de santé autonomes* qui autorise l'établissement de normes. L'Angleterre et l'Australie, quant à elles, ont mis en place des normes nationales ainsi que des programmes de surveillance qui y sont harmonisés.

---

trouverez dans le [Physician Leadership Resource Manual de l'Association des hôpitaux de l'Ontario](#) une synthèse de la législation touchant aux activités des hôpitaux.

<sup>37</sup> Tom W. Reader, Alex Gillespie et Jane Roberts. « Patient Complaints in Healthcare Systems: a systematic review and coding taxonomy », *BMJ Quality & Safety*, 2014. Identificateur d'objet numérique : 10.1136/bmjqs-2013-002437. *Création d'un système intégré de surveillance de la qualité* | Qualité des services de santé Ontario 23

**Cycle d'inspection.** La plupart des programmes au Canada et aux États-Unis fonctionnent selon un cycle régulier et prévoient une augmentation de la fréquence des inspections en cas de note insatisfaisante. En Ontario, des inspections sont menées à chaque renouvellement du permis (une fois tous les trois ou cinq ans), sauf si l'établissement ajoute des interventions à sa gamme de services, ou en cas de problème particulier. L'Angleterre, qui a eu recours pendant un certain temps aux inspections annuelles, revient à un système fondé sur les risques.

**Portée du programme et surveillance obligatoire.** Il n'y avait pas de moyen uniforme ou plus courant de déterminer les types de cliniques ou de services nécessitant une surveillance, ou de faire appliquer les normes. Certains territoires établissent les critères de surveillance dans leur réglementation ou des règlements administratifs, ou encore par l'intermédiaire d'autorités indépendantes n'étant pas explicitement responsables de la réglementation.

« La réglementation doit [...] pouvoir être appliquée : si une clinique déroge considérablement aux normes, il faut pouvoir l'obliger à fermer sans délai. De même, si la qualité des activités est ramenée à un niveau égal ou supérieur aux normes, un autre inspecteur de la santé sélectionné au hasard doit pouvoir autoriser la réouverture de la clinique dès la fin de son inspection. »

— Réponse d'un patient aux discussions qualitatives en ligne

## Faits saillants de l'examen du comité

Dans son examen des pratiques d'autres provinces et pays et des approches adoptées par divers secteurs réglementés de l'Ontario, le comité a constaté une grande diversité dans les objectifs et les méthodes. Comme il n'a pas trouvé de modèle reproductible adapté au système ontarien de soins de santé appuyant les principes définis au début de ses travaux, le comité s'est inspiré des leçons tirées dans différents secteurs et territoires pour rédiger ses recommandations, qui portent sur plusieurs sujets généraux.

### Sécurité et pertinence

Il faut prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la sécurité des patients lorsqu'ils subissent des interventions médicales dans des cliniques en milieu extrahospitalier. Autrement dit, l'établissement doit vérifier si la personne peut recevoir les soins en milieu extrahospitalier en toute sécurité, bien exécuter l'intervention, réduire les risques d'infection et d'événements indésirables, prendre des précautions avant, pendant et après l'intervention, communiquer rapidement les résultats aux patients, à la famille et au personnel soignant, et coordonner le suivi.

Les cliniques doivent disposer de protocoles d'urgence leur permettant de déterminer quand un patient doit être amené à l'hôpital et d'effectuer rapidement le transfert. Il leur est fortement conseillé de mener des exercices de simulation pour que le personnel connaisse les protocoles et soit prêt à les utiliser en cas de besoin. Le programme de surveillance des cliniques doit comporter des exigences détaillées appuyant toutes les facettes de la sécurité des patients.

### Figure 2 : Définition du concept de qualité par la population de l'Ontario

Voici un nuage de mots illustrant les réponses qualitatives de 35 membres du grand public à des questions de discussion en ligne.



## Transparence

La complexité du système actuel nuit à la transparence. Tous les intéressés – les patients, les fournisseurs et le grand public – estiment important d’avoir accès à des renseignements détaillés en temps opportun. Or, lorsqu’ils cherchent de l’information transparente sur les cliniques en milieu extrahospitalier et les médecins y travaillant, peu d’options s’offrent à eux.

L’Ordre des médecins et chirurgiens de l’Ontario tient un répertoire public en ligne de tous les praticiens qu’il supervise, dans lequel on peut notamment trouver leur statut et leur catégorie d’enregistrement, leurs grades, leurs spécialités reconnues, leurs certifications délivrées par des organismes d’examen nationaux, et les allégations ou anciens constats de faute professionnelle, d’incompétence ou d’incapacité les visant. De même, l’Ordre offre des renseignements sur les évaluations des lieux extrahospitaliers, dont les résultats de la plus récente inspection. L’Ordre offre de l’information beaucoup plus complète que d’autres organismes réglementant ou surveillant les cliniques en milieu extrahospitalier dans d’autres territoires et que d’autres ordres professionnels (p. ex., des dentistes ou des pharmaciens). Parmi les territoires étudiés, seule l’Angleterre fournit des données plus détaillées au public.

« Soyez transparent au sujet du processus. Permettez aux patients de se sentir en contrôle en tout temps en les informant de toutes les étapes de l’intervention, en leur expliquant l’utilité de chacune d’elle [...] »

— Réponse d’un patient aux discussions qualitatives en ligne

Néanmoins, la publication de données continue de poser certaines difficultés en Ontario. Par exemple, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a récemment demandé à tous les bureaux de santé publique de publier des renseignements plus détaillés sur les enquêtes ponctuelles ciblant des problèmes de prévention et de contrôle des infections, mais l’information est fournie de manière fragmentée, étant publiée sur le site Web du bureau de santé publique local sans être liée à d’autres rapports du Ministère ou de l’Ordre des médecins et chirurgiens de l’Ontario. Comme le Ministère élabore actuellement des critères normalisés de présentation de rapports à l’intention de ces bureaux, il y a possibilité de regrouper l’information pour la rendre facile à trouver et de fournir tous les détails pertinents que veulent les patients.

Fait à noter, les renseignements sur la qualité ne sont pas toujours disponibles en temps réel, par exemple dans les cas de problèmes de prévention et de contrôle des infections, qui parfois ne sont détectés qu’ultérieurement. Il est essentiel de communiquer clairement les constats et les répercussions pour les patients – dans le passé, le présent et l’avenir – afin que ces derniers puissent comprendre les rapports publics et les implications pour leur santé.

Il est primordial d’établir des canaux de communication officiels et clairs entre la population, les praticiens et les établissements afin d’assurer la transparence, la sécurité et l’efficacité du système de soins de santé.

## Outils soutenant la reddition de comptes

Voici une évaluation des différents outils facilitant la reddition de comptes :

**Agrément** : Le terme « agrément » peut revêtir différents sens selon le contexte, comme le comité a pu le constater dans son examen de plusieurs provinces et pays. Ce terme se distingue aussi de la réglementation, qui implique l’existence de règles à suivre, puisque l’agrément est une approbation fournie par un organisme indépendant indiquant que l’établissement répond à certaines normes<sup>38</sup>.

<sup>38</sup> R.N. Warburton. « Accreditation and Regulation: Can They Help Improve Patient Safety? », Agency for Création d’un système intégré de surveillance de la qualité | Qualité des services de santé Ontario

Il est courant que les hôpitaux de la province demandent d'eux-mêmes l'agrément, soit une approbation d'un organisme indépendant indiquant que l'établissement répond à certaines normes. Par contre, en Ontario, l'agrément sert surtout de guide pour des initiatives d'amélioration continue de la qualité, et non de mécanisme d'assurance de la qualité ou d'outil visant à assurer la transparence pour les patients ou les clients. Lorsque l'agrément est facultatif, la publication de l'issue du processus d'agrément se fait également de façon volontaire. Malgré ses avantages, l'agrément seul ne vaut pas une surveillance réglementaire.

**Contrats :** Outils précieux, les contrats de financement de services peuvent servir à financer la reddition de comptes et le rendement. En tant qu'instrument d'assurance de la qualité, ils ne peuvent cibler que des services financés par les deniers publics, car aucun bailleur de fonds publics ne signerait des contrats pour des services financés par le privé. Les contrats de prestation de services de santé assurés peuvent renforcer les mesures de contrôle de la qualité, mais à eux seuls ne constituent pas une surveillance suffisante.

**Inspections :** Les inspections peuvent contribuer grandement à responsabiliser les cliniques en milieu extrahospitalier, car la délivrance des permis est conditionnelle à l'obtention de résultats satisfaisants aux inspections. Dans le cadre du programme d'établissements de santé autonomes et de l'OHPIP, les inspections sont essentiellement de nature proactive : les établissements sont inspectés avant leur ouverture, à l'ajout de nouveaux services, ou lorsqu'une visite de suivi a été jugée nécessaire à une inspection précédente.

**Échange d'information :** Pour que la réglementation soit efficace, il faut qu'il y ait échange d'information : les intéressés doivent savoir où les services sont offerts et qui les fournit. L'organisme réglementant les cliniques en milieu extrahospitalier doit pouvoir transmettre les renseignements aux ordres réglementant les professions de la santé. Si le rendement ou la compétence d'un professionnel dans un établissement est source d'inquiétude, l'ordre dont il est membre doit pouvoir évaluer sa pratique dans d'autres lieux d'exercice. Par exemple, si les compétences d'un médecin travaillant dans un hôpital sont inférieures aux normes, et que ce dernier pratique également dans un établissement de santé autonome ou un lieu extrahospitalier, la plainte concernant son travail à l'hôpital doit donner lieu à une inspection de la clinique en milieu communautaire où il fournit aussi des services. Ce principe doit s'appliquer non seulement aux médecins, mais aussi à tous les professionnels de la santé réglementés, y compris les infirmières et les techniciens en radiation médicale.

« La sécurité des patients est la principale priorité de tout établissement de soins de santé. Dans l'optique de protéger la santé et la sécurité de la clientèle, il faut augmenter la transparence et l'ouverture, ce qui renforcera la confiance du public envers ces établissements. Pour ce faire, il faut notamment publier les renseignements demandés par les organismes de réglementation, les clients et les vérificateurs, et donner un accès complet à ceux-ci. »

— Réponse d'un fournisseur d'un établissement de santé autonome et d'un lieu extrahospitalier aux discussions qualitatives en ligne

## Recommandations du comité

Le comité a étudié plusieurs des méthodes de réglementation employées pour surveiller la qualité dans différents territoires et secteurs, mais aucune d'elles ne cadre parfaitement avec les principes qui, selon les membres du comité, devraient sous-tendre la refonte du programme de surveillance de la qualité des soins offerts dans les cliniques en milieu extrahospitalier. C'est pourquoi le comité propose une nouvelle approche, qui définit une structure composée de rôles, de responsabilités et d'autorités et comporte différentes options de mise en œuvre que les décideurs peuvent adapter et que le gouvernement peut envisager d'adopter.

**RECOMMANDATION 1. Les programmes de surveillance de la qualité visant les établissements de santé autonomes et les lieux extrahospitaliers doivent être fusionnés dans un modèle de réglementation unique pouvant facilement englober les interventions que les programmes existants ne régissent pas à l'heure actuelle.**

La différence entre les établissements de santé autonomes et les lieux extrahospitaliers ne justifie pas l'utilisation de deux systèmes de surveillance distincts. Par ailleurs, de nombreuses interventions risquées ne sont couvertes par aucun des programmes. En vue d'éliminer cette complexité inutile, le comité recommande à la province de modifier la législation de façon à regrouper les programmes et à confier la surveillance de la qualité des soins offerts dans les cliniques en milieu extrahospitalier à un seul organisme de réglementation.

**RECOMMANDATION 2. Le modèle de réglementation des cliniques en milieu extrahospitalier doit être intégré, cohérent, exhaustif, transparent, axé sur l'avenir et pragmatique.**

La province doit établir dans sa législation un cadre de réglementation clair en matière de prestation de soins de santé, lequel servira les meilleurs intérêts du public et créera une culture axée sur la qualité. Un fort consensus se dégagait des travaux du comité : le programme de surveillance doit réduire proactivement les problèmes de qualité grâce à des évaluations des installations et de l'équipement des cliniques et des professionnels y travaillant, et résoudre ces problèmes de manière réactive au moyen d'inspections et de mesures d'application de la loi.

La province doit équilibrer comme il se doit la réglementation des cliniques en milieu extrahospitalier en mettant l'accent sur l'essentiel, c'est-à-dire en veillant à ce que celle-ci soit le principal moteur de mise en place des normes requises, des mécanismes de suivi du rendement et de présentation de rapports connexes reposant sur des données, d'un suivi des plaintes des patients et des événements indésirables, et d'un système d'assignation des autorités responsables des évaluations et de l'application des règles. La réglementation servira à instaurer une culture axée sur la qualité, à éviter que les patients reçoivent des soins insatisfaisants, et à assurer l'offre de renseignements exacts sur lesquels le public et les autres intervenants pourront fonder leurs décisions.

Des mesures non réglementaires peuvent aussi grandement contribuer à la surveillance de la qualité. En parallèle à la réglementation, la province doit créer une culture axée sur la qualité dans les cliniques en milieu extrahospitalier au moyen d'outils efficaces, par exemple le leadership des cliniciens et des employeurs, l'administration de contrats (dans le cas de services faisant l'objet d'appels d'offres) et la participation systématique des patients aux discussions sur les options de traitement et les éléments dont il faut tenir compte dans la gestion de leurs soins de santé. Dans le rapport *Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry*, qui traite de graves lacunes dans la protection des patients, on indique :

*« Le fait est que ce n'est pas la mise en place de normes nationales qui nous permettra de repérer les manquements d'un établissement, mais plutôt des*

*méthodes efficaces de contrôle de l'application de ces normes. Il est important que ces méthodes ne se résument pas à un mécanisme unique visant un seul organisme, et qu'elles prennent le plus grand nombre de formes possible : leadership interne du fournisseur, examens publics externes locaux, délégation de pouvoirs, et organisme de réglementation. Toutes ces méthodes doivent respecter un ensemble commun de valeurs, de normes et de priorités. Le ministère de la Santé peine à établir un juste équilibre entre une réglementation non contraignante et la nécessité de protéger les utilisateurs des services contre tout préjudice<sup>39</sup>. »*

Par chance, l'Ontario a plusieurs options à sa portée pour fournir la surveillance à volets multiples dont les cliniques en milieu extrahospitalier ont besoin. Les cliniciens, les propriétaires d'établissements, les ordres professionnels, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, les réseaux locaux d'intégration des services de santé, les organismes comme Qualité des services de santé Ontario et Action Cancer Ontario, les organismes d'agrément et, particulièrement, les patients jouent tous un rôle dans la prestation de soins de grande qualité.

**RECOMMANDATION 3. La nouvelle législation sur la surveillance de la qualité des soins doit regrouper les modèles, et non se contenter de modifier l'ensemble disparate existant de lois et de règlements. La législation et la réglementation ne doivent définir que les éléments essentiels afin que le système soit flexible et adapté aux besoins des patients.**

En ciblant autant les établissements de santé autonomes que les lieux extrahospitaliers, le nouveau modèle pourra tabler sur les forces du système actuel tout en corrigeant les lacunes de ce dernier. La nouvelle législation doit permettre au Ministère de maintenir les dispositions de financement de l'actuelle *Loi sur les établissements de santé autonomes*, qui visent uniquement certaines cliniques, et les dispositions sur la surveillance de la qualité, qui s'appliquent à tous les établissements. L'élaboration du nouveau cadre législatif serait une bonne occasion de revoir des aspects clés du système de réglementation afin d'en améliorer l'efficacité.

**Intervalle d'inspection.** Le calendrier d'inspection doit être adapté aux risques pour les patients et au rendement des cliniques, et non se fonder sur des échéances.

**Normes et responsabilités.** Les normes et les outils d'évaluation existants sont cohérents, à l'instar des principaux composants des programmes. Par exemple, les établissements de santé autonomes comme les lieux extrahospitaliers doivent désigner un médecin responsable de la conformité de l'établissement aux normes de qualité. Ce médecin ne doit pas obligatoirement être l'un des propriétaires, mais ses responsabilités doivent être clairement énoncées dans la réglementation. Conformément aux normes recommandées, la qualité de la pratique professionnelle doit avoir préséance sur les pratiques opérationnelles et les priorités des propriétaires de l'établissement. La législation relative à la surveillance doit également exiger la mise en place de processus visant à assurer l'impartialité du professionnel de la santé responsable de la qualité des soins s'il est aussi propriétaire ou exploitant de l'établissement.

**Application des normes.** Il faut harmoniser les outils d'application des normes associés aux programmes actuels et éliminer les principales lacunes. Par exemple, dans le cadre des programmes existants de surveillance de la qualité, les établissements de santé autonomes qui n'obtiennent pas une note satisfaisante aux inspections peuvent continuer leurs activités en se retirant du programme, renonçant du même coup au financement de leurs frais d'établissement. Ce scénario, bien que peu

---

<sup>39</sup> R. Francis. [Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry – Executive Summary](#), 2013, p. 63.

probable étant donné ses répercussions financières, est tout à fait possible. Les établissements peuvent en outre retarder l'application des normes pendant de longues périodes en interjetant appel de la décision et, pendant les procédures, continuer à effectuer des interventions non sécuritaires. Par ailleurs, la surveillance des lieux extrahospitaliers ne porte que sur certains services. Les lieux recevant une note insatisfaisante pourraient continuer à effectuer des interventions qui ne nécessitent pas d'anesthésie ou de sédation même si le problème repéré à l'inspection touche l'ensemble de la clinique (p. ex., mauvaises pratiques de contrôle des infections).

**Portée du programme.** Ni la *Loi sur les établissements de santé autonomes*, ni le Règlement 114/94 pris en application de la *Loi de 1991 sur les médecins* ne permettent de surveiller la qualité de manière assez flexible. La surveillance des établissements de santé autonomes ne s'applique qu'aux cliniques titulaires d'un permis délivré en vertu de la *Loi sur les établissements de santé autonomes*. L'OHPIP, quant à lui, cible les interventions et non l'ensemble de la clinique. Les interventions comme la fécondation in vitro, la cystoscopie, la chirurgie des yeux au laser, les traitements sclérosants et l'injection de substances de remplissage non permanentes ne sont pas visées par les mesures de surveillance existantes, malgré leur risque potentiel (p. ex., infection, défigurement et cécité)<sup>40</sup>. En outre, ajouter les services ou interventions au système de réglementation une fois le besoin décelé crée un décalage, empêchant la province de s'adapter rapidement à l'évolution des pratiques et aux nouveaux risques. Voici un exemple de réforme du système actuel : le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Action Cancer Ontario et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario ont récemment collaboré en vue de permettre aux cliniques de coloscopie de demander un permis d'établissement de santé autonome. Ce changement visait à harmoniser l'offre de services de coloscopie à une refonte récente du financement dans ce domaine. Pour que cette modification de statut – de lieu extrahospitalier à établissement de santé autonome – ne signifie pas un relâchement de la surveillance et de la conformité, certaines mesures supplémentaires s'imposaient. Exemple de collaboration fructueuse en fonction d'un objectif commun (la sécurité des patients), cette réforme témoigne aussi des avantages d'un cadre commun de surveillance de la qualité des soins.

**Reddition de comptes et autorité.** Les inspecteurs et les organismes de réglementation doivent posséder l'autorité nécessaire pour donner suite aux inspections et tenir les professionnels et les établissements responsables des problèmes. Le public s'attend à ce que les organismes de réglementation aient le pouvoir d'intervenir en cas de problème, que le domaine soit réglementé ou non, et de fermer une clinique présentant un danger pour la sécurité des patients. Le fait est qu'il est difficile pour les autorités d'intervenir lorsque les activités problématiques dépassent le cadre des programmes de surveillance. Il est primordial que le système amélioré accorde à toutes les parties les pouvoirs dont elles ont besoin pour s'acquitter de leurs responsabilités.

La création d'un nouveau programme de surveillance est une bonne occasion d'améliorer certains éléments essentiels, par exemple :

- Octroi à l'organisme de réglementation de l'autorité nécessaire pour adopter des mesures en cas de non-respect des normes;
- Établissement de relations officielles améliorant la communication entre l'organisme de réglementation et les autres autorités;
- Amélioration du suivi du rendement et de la transparence grâce à la déclaration d'indicateurs de rendement et des événements indésirables ou critiques;
- Publication de rapports afin que les patients et les fournisseurs soient en mesure de faire des choix éclairés;
- Consécration du principe de précaution pour que l'organisme de réglementation puisse prendre des mesures visant à protéger la sécurité du public en cas de risques

---

<sup>40</sup> Groupe de travail sur les manquements des cliniques communautaires aux pratiques de prévention et de contrôle des infections. [Report to the Chief Medical Officer of Health](#), 2013.

raisonnables de préjudices.

**Déclaration des événements indésirables.** Dans le cadre des programmes actuels de surveillance de la qualité, les établissements de santé autonomes ne sont pas tenus de déclarer les événements indésirables, sauf dans le cadre d'interventions faisant appel à certains types d'anesthésie et de sédation. Les lieux extrahospitaliers, quant à eux, doivent signaler ces événements à l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, mais ne sont pas tenus de les déclarer publiquement. Comme la déclaration des événements indésirables est une nouvelle exigence, l'Ordre ne fait que commencer à acquérir des données à ce sujet. Dans un système regroupé, les cliniques doivent avoir l'obligation de déclarer ces événements à l'organisme de réglementation selon une procédure normalisée, et être responsables d'enquêter sur les incidents et de communiquer avec les patients en employant des pratiques exemplaires. Il faut se fonder sur les tendances relatives aux événements indésirables pour guider l'élaboration des exigences du programme et favoriser l'apprentissage et l'amélioration au sein du système.

**RECOMMANDATION 4. La nouvelle législation doit prévoir la création d'un poste de cadre supérieur qui servira d'autorité de réglementation. Cet administrateur pourra établir les règles et les critères du programme, donner suite aux inspections (p. ex., ordonner à un établissement de cesser de fournir un service), communiquer de l'information et coordonner les différents services (p. ex., les ordres et le médecin hygiéniste en chef). L'administrateur doit être indépendant et disposer des ressources appropriées.**

Dans l'optique de concevoir un programme de surveillance indépendant et adapté aux besoins, le comité recommande à la province de confier dans la législation l'établissement des règles et critères du programme à un poste de cadre supérieur (appelé « administrateur » dans le présent document), lequel sera la seule personne responsable d'assurer l'efficacité du programme. Cet administrateur pourra prendre des décisions en fonction des besoins ainsi que des décisions qui, à l'heure actuelle, ne peuvent être prises que par un organisme de réglementation, et possédera l'autorité nécessaire pour les faire appliquer. Il aura le pouvoir d'agréer les cliniques qui obtiennent un résultat satisfaisant à l'inspection. En plus de définir les règles du programme, l'administrateur pourra ordonner aux établissements de cesser des activités, communiquer de l'information, demander la tenue d'inspections, et exiger des cliniques qu'elles soumettent des données précises et adoptent d'autres mesures comme condition d'agrément. Il ne prendra pas de décisions au sujet du financement; son autorité visera principalement la réglementation de la qualité des soins offerts dans les cliniques.

Un programme rigoureux de surveillance des cliniques en milieu extrahospitalier doit notamment permettre l'échange d'information. Il faut donc créer des canaux de communication clairs entre toutes les personnes supervisant, dans le cadre de leurs fonctions, l'administration des soins offerts par un établissement. Les politiques de communication doivent tenir compte du fait que les équipes d'inspection ne passent que peu de temps dans les cliniques. Les autres professionnels qui visitent les cliniques (p. ex., des inspecteurs chargés de la délivrance de permis pour des services de rayons X, ou des formateurs en prévention et en contrôle des infections) doivent aussi être tenus de déclarer rapidement les problèmes décelés à l'organisme de réglementation. L'importance de l'échange d'information se fait criante lorsque des problèmes sont relevés pendant le cycle d'inspection et qu'il faut organiser une intervention appropriée.

Pour obtenir un portrait complet des soins prodigués, l'administrateur doit pouvoir échanger de l'information avec d'autres organismes, comme des autorités de santé publique et des ordres supervisant les professionnels qui travaillent dans les cliniques. Cet échange rapide d'information se fait dans le meilleur intérêt des patients et doit donc avoir préséance sur les obstacles ou problèmes touchant aux intérêts commerciaux de l'établissement.

Selon les pratiques exemplaires d'autres provinces et pays en matière de réglementation, il est essentiel que l'organisme de réglementation soit indépendant du gouvernement et des autres organismes et associations de réglementation, mais aussi qu'il collabore avec ces derniers pour assurer une surveillance efficace.

**RECOMMANDATION 5. La législation doit prévoir la mise sur pied d'un comité d'experts permanent ayant pour mandat de fournir des conseils spécialisés et indépendants à l'administrateur. Des patients doivent siéger au comité.**

- **Le comité pourra créer des sous-comités chargés notamment de passer en revue les rapports d'inspection et de recommander l'agrément ou la révocation de l'agrément des établissements.**
- **Il doit formuler des recommandations transparentes et les rédiger à des fins de publication.**

Formé des acteurs appropriés, le comité d'experts aura, conformément à la législation, le pouvoir de conseiller l'administrateur concernant les ajustements dont le programme a besoin. Il pourrait par exemple recommander l'ajout d'interventions qui ne sont pas surveillées actuellement, ou déterminer des intervalles appropriés d'inspection des établissements en fonction des risques liés à une intervention ou à un fournisseur. Pour que leurs membres reflètent plusieurs perspectives, les comités d'examen peuvent compter en leur sein des représentants de cliniques, d'organismes provinciaux (p. ex., Santé publique Ontario, Qualité des services de santé Ontario, Action Cancer Ontario), des ordres du secteur de la santé (notamment l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario et l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario), des réseaux locaux d'intégration des services de santé, du ministère de la Santé et des Soins de longue durée ainsi que des patients et des membres du grand public.

Pour que ce modèle soit efficace, il faut assurer une transparence à tous égards et instaurer des mécanismes d'examen fondés sur l'expertise favorisant l'équité, ainsi qu'un processus d'appel rigoureux qui accorde la priorité à la sécurité des patients tout en appuyant un traitement équitable.

**RECOMMANDATION 6. Le programme sera le pilier de la surveillance de la qualité des cliniques en milieu extrahospitalier. D'autres mesures systémiques, comme des contrats et des ententes de responsabilité, seront aussi nécessaires pour renforcer les exigences en matière de qualité.**

L'agrément et les contrats sont des outils utiles permettant de consigner convenablement les exigences en matière de rendement et d'autres responsabilités. Ils peuvent servir à renforcer les priorités liées à la qualité, mais ne valent pas un système rigoureux de réglementation.

Comme il a été mentionné, les hôpitaux de l'Ontario demandent souvent un agrément de manière volontaire, et bon nombre d'entre eux font appel à Agrément Canada. D'autres organismes – comme l'Institute for Quality Management in Healthcare, qui gère le programme de surveillance de la qualité des laboratoires –, offrent un agrément en fonction de normes de l'industrie (ISO 15189 dans le cas des laboratoires), lequel est nécessaire à l'exploitation de l'établissement.

Par contre, lorsque l'agrément est facultatif, comme c'est le cas pour beaucoup d'hôpitaux, la publication de l'issue du processus d'agrément est aussi volontaire. En Ontario, l'agrément sert surtout à orienter les initiatives d'amélioration continue de la qualité, et non à assurer la qualité ou la transparence pour les patients ou la clientèle. Bien que le comité reconnaisse les avantages de l'agrément, il estime que ce processus ne peut pas remplacer une surveillance réglementaire.

De même, la province ne peut pas assurer une surveillance uniquement au moyen de contrats, mais

ces derniers peuvent être très utiles pour responsabiliser les cliniques sur les plans du rendement et du financement. Étant donné que, selon l'un des principes définis par le comité, la surveillance doit s'appliquer de manière uniforme aux services publics et privés, les contrats ne peuvent pas constituer le principal mécanisme de surveillance, car les cliniques ne bénéficient pas toutes de financement du Ministère ou d'un réseau local d'intégration des services de santé.

**RECOMMANDATION 7. Les propriétaires de cliniques en milieu extrahospitalier doivent être tenus d'obtenir, auprès de l'administrateur, un agrément conditionnel à la réussite de l'inspection. La surveillance de la qualité des soins de la clinique doit relever d'une seule personne, soit un professionnel de la santé agréé, selon les directives de l'administrateur.**

À la lumière d'une définition claire des services médicaux surveillés dans les cliniques en milieu extrahospitalier, le propriétaire de l'établissement devra, de lui-même, prendre contact avec l'organisme de réglementation, pour qui la connaissance des services offerts et des fournisseurs est primordiale. La mise en place d'un agrément normalisé aidera la province à brosser un portrait complet et à jour des établissements et des pratiques des cliniciens qui y travaillent. Pour l'heure, les cliniques sont inspectées avant leur ouverture, à l'ajout d'interventions dans leur gamme de services, et quand une inspection précédente a établi qu'une visite de suivi était nécessaire. Cette approche doit être conservée.

Le conseiller de la qualité ou le directeur médical d'un établissement de santé autonome ou d'un lieu extrahospitalier est habituellement un médecin (dans les deux maisons de naissance agréées en tant qu'établissements de santé autonomes, il s'agit d'une sage-femme). Dans le cadre du nouveau modèle, la situation peut demeurer inchangée, ou la province peut exiger que le conseiller de la qualité soit un autre type de professionnel agréé de la santé, comme une infirmière, selon la nature des activités.

**RECOMMANDATION 8. Les cliniques en milieu extrahospitalier réglementées doivent soumettre des données sur l'utilisation des services, le rendement et la qualité, selon les directives de l'administrateur.**

La planification, l'élaboration des politiques, la publication de rapports et l'analyse des risques reposent toutes sur la collecte et la disponibilité de données fiables. Or, les renseignements que les établissements de santé autonomes et les lieux extrahospitaliers amassent actuellement sont insuffisants. Pour corriger ce problème, l'administrateur doit rendre l'agrément conditionnel à la collecte de certaines données, lesquelles auront été établies sur les conseils d'experts. Les données sur les événements indésirables, les incidents critiques et les accidents évités de justesse seraient ainsi recueillies de manière uniforme, pourraient être soumises rapidement aux autorités concernées et publiées ouvertement au besoin dans un endroit logique et commode, et serviraient de repères pour les futures améliorations systémiques. Comme dans d'autres secteurs, il est possible d'intégrer certaines données aux rapports publics.

**RECOMMANDATION 9. Il faut fixer des délais pour l'analyse des rapports d'inspection afin de prendre les mesures qui s'imposent rapidement, en toute transparence. Un comité doit examiner les rapports de manière centralisée afin d'assurer l'uniformité et l'équité de l'analyse. La réglementation doit définir les conditions dans lesquelles l'administrateur peut adopter des mesures avant la fin du processus ou exiger un examen accéléré.**

Pour que le système d'inspection remplisse sa mission, il doit régler les problèmes de conformité sans délai excessif et réduire l'intervalle entre la découverte du problème, la détermination des mesures appropriées et l'adoption d'une solution. Par ailleurs, il faut uniformiser l'application des normes pour traiter de la même façon les violations de même nature de divers établissements. Le

processus doit être clair et cohérent afin que l'autorité appropriée puisse rapidement prendre des décisions équitables.

**RECOMMANDATION 10. Il faut offrir des sommaires normalisés des rapports d'inspection, rédigés dans un langage clair et simple, dans les salles d'attente des cliniques et en ligne.**

Les rapports d'inspection servent à consigner les constats étayant le résultat de l'inspection. Parfois de nature plutôt technique, ces documents ne sont pas forcément utiles aux patients et au public. Actuellement, le Ministère publie la date et le résultat de la plus récente évaluation de la qualité des soins des établissements sur son site Web.

En collaboration avec les patients et les fournisseurs, la province doit diriger l'élaboration d'un gabarit de rapport normalisé, rédigé dans un langage clair et simple, à l'intention des patients. Les cliniques devront publier la version simplifiée d'une page dans l'établissement, et la version détaillée, en ligne. Parmi les territoires étudiés par le comité, c'est l'Angleterre qui offre les rapports les plus complets et conviviaux pour les patients; la province pourrait s'en inspirer.

**RECOMMANDATION 11. Il faut instaurer un processus clair et transparent de traitement des plaintes des patients et des fournisseurs. Les cliniques en milieu extrahospitalier doivent afficher le processus de traitement des plaintes bien en vue, et ce, d'une manière uniforme d'un établissement à l'autre. Pendant l'élaboration de la procédure normalisée visant à communiquer le processus de traitement des plaintes, l'administrateur doit harmoniser et coordonner cette procédure avec les mécanismes existants de traitement des plaintes définis par les ordres réglementant les professions de la santé.**

D'après les entretiens réalisés dans le cadre de l'examen du comité, les patients souhaitent vivement bénéficier d'un processus de traitement des plaintes clair et compréhensible. En outre, ils ne savent pas exactement quel est le processus actuel de dépôt des plaintes relatives aux cliniques en milieu extrahospitalier. Les patients et les fournisseurs doivent pouvoir commenter leur expérience. Comme le traitement des plaintes, les enquêtes et les mesures disciplinaires visant des professions de la santé relèvent des ordres qui les réglementent, il faut informer les patients qu'ils doivent déposer leur plainte auprès de l'ordre du professionnel. L'administrateur devra par conséquent travailler en étroite collaboration avec les ordres pendant l'élaboration du processus de traitement des plaintes et de la documentation connexe. La mise en place d'un processus normalisé et d'une procédure de communication connexe ne changera rien au rôle des ordres dans la gestion des plaintes sur les fournisseurs.

Il faut assurer une circulation adéquate de l'information entre les deux organismes de réglementation pour que l'expérience des patients soit harmonieuse et éviter que des problèmes potentiels soient omis parce que la personne ne s'est pas adressée au bon organisme. Les patients doivent pouvoir trouver le nom du propriétaire et ses coordonnées en cas de problème concernant un établissement. Ils doivent savoir qu'ils peuvent se référer à l'administrateur s'ils sont insatisfaits du suivi de leur plainte sur une clinique.

Vu sa complexité, le système doit être vulgarisé pour que les patients, leur famille et le personnel soignant ne le trouvent pas abscons et sachent quel intervenant consulter, au besoin. Il est en outre possible de recueillir des données précieuses sur les points à améliorer grâce à des commentaires regroupés du public.

## **RECOMMANDATION 12. Les établissements doivent préparer et publier des plans d'amélioration de la qualité.**

Étant donné la diversification et le nombre croissants des interventions offertes dans les cliniques en milieu extrahospitalier, il est important que ces établissements prodiguent des soins intégrés au reste du système de soins de santé. Il y a d'ailleurs possibilité de bien harmoniser ces cliniques aux priorités et au programme d'assurance de la qualité du système de soins de santé. Selon la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*, les hôpitaux, les foyers de soins de longue durée, les centres d'accès aux soins communautaires et les intervenants de première ligne (p. ex., les équipes de santé familiale et les centres de santé communautaire) doivent préparer un plan annuel d'amélioration de la qualité. En tant que mécanisme harmonisant les établissements avec l'ensemble du système de soins de santé, cette exigence doit être imposée aussi aux cliniques en milieu extrahospitalier. Chaque établissement est tenu de publier son plan.

**« Dans une clinique en milieu extrahospitalier bien organisée, la liste d'attente est courte, les interventions sont exécutées de manière efficace et efficiente, l'établissement effectue un bon suivi, et il y a une bonne communication entre le médecin traitant et le patient. »**

— *Définition du concept de qualité dans les cliniques en milieu extrahospitalier d'un omnipraticien*

## **Conclusion**

Le gouvernement a établi que l'une des priorités du système de soins de santé consistait à fournir des services de proximité en milieu extrahospitalier sécuritaires et efficaces. Les interventions réalisées hors des hôpitaux représentent maintenant une portion importante des soins de santé prodigués dans la province. Par ailleurs, le plan *Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé* indique que la province vise notamment à assurer la transparence du milieu pour permettre aux patients de prendre des décisions éclairées au sujet des soins qu'ils reçoivent.

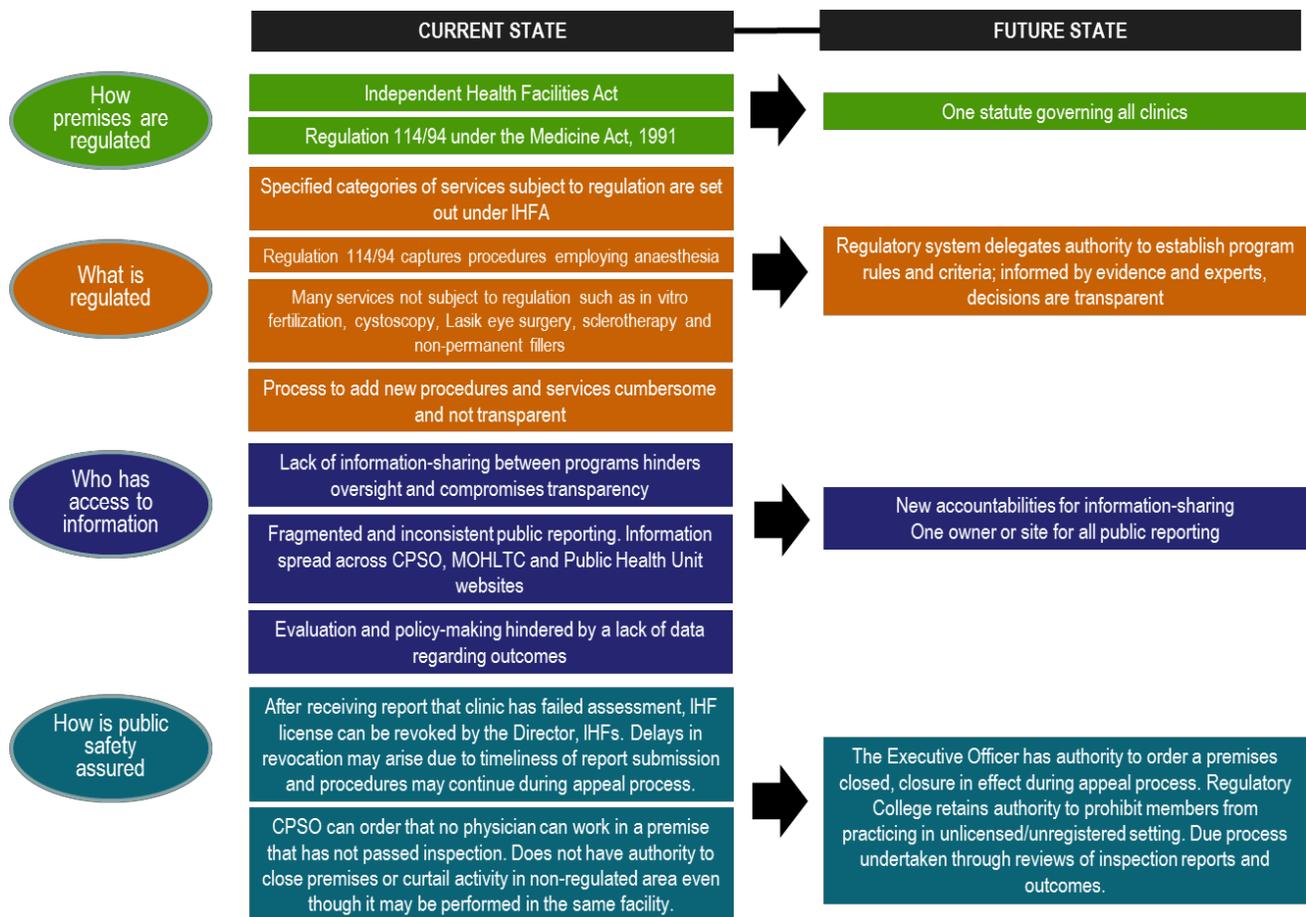
Bon nombre de provinces du Canada et de pays développés se sont donnés comme objectif d'améliorer la surveillance des cliniques en milieu extrahospitalier. Beaucoup d'organismes de la santé se heurtent aux mêmes écueils que l'Ontario : détermination de l'autorité de réglementation et des éléments surveillés, de la fréquence des inspections et d'un moyen convivial de communiquer l'information au public. Ces décisions se prennent dans un contexte d'évolution rapide de l'innovation et des technologies, où les changements réglementaires sont parfois lents et où la population s'attend à ce que les cliniques en milieu extrahospitalier accordent autant d'importance à la sécurité que les hôpitaux. Le risque zéro n'existe pas en médecine, mais nous avons le devoir de réduire les risques autant que possible.

Dans le présent rapport, le comité a formulé des recommandations qui contribueront à simplifier et à renforcer le système de surveillance de la qualité tout en le rendant intégré et transparent, et à définir des obligations et des responsabilités claires. Dans ce nouveau système, les patients et le public, de même que les praticiens et les organismes de réglementation, auront accès aux renseignements

dont ils ont besoin pour prendre les meilleures décisions possible, et la réglementation pourra s'adapter au transfert des services hospitaliers en milieu communautaire.

Minutieusement calibrée, la réglementation proposée offre juste ce qu'il faut de contrôle tout en intégrant les cliniques en milieu extrahospitalier au programme global de qualité des soins. Elle s'axe sur la culture, le leadership et le renforcement des capacités afin d'assurer la prestation de soins de grande qualité. Nous sommes toujours à l'affût des occasions d'amélioration.

**Figure 3 :** Comparaison du système actuel et du modèle proposé



## Liste récapitulative des recommandations

**RECOMMANDATION 1.** Les programmes de surveillance de la qualité visant les établissements de santé autonomes et les lieux extrahospitaliers doivent être fusionnés dans un modèle de réglementation unique pouvant facilement englober les interventions que les programmes existants ne régissent pas à l'heure actuelle.

**RECOMMANDATION 2.** Le modèle de réglementation des cliniques en milieu extrahospitalier doit être intégré, cohérent, exhaustif, transparent, axé sur l'avenir et pragmatique.

**RECOMMANDATION 3.** La nouvelle législation sur la surveillance de la qualité des soins doit regrouper les modèles, et non se contenter de modifier l'ensemble disparate existant de lois et de règlements. La législation et la réglementation ne doivent définir que les éléments essentiels afin que le système soit flexible et adapté aux besoins des patients.

**RECOMMANDATION 4.** La nouvelle législation doit prévoir la création d'un poste de cadre supérieur qui servira d'autorité de réglementation. Cet administrateur pourra établir les règles et les critères du programme, donner suite aux inspections (p. ex., ordonner à un établissement de cesser de fournir un service), communiquer de l'information et coordonner les différents services (p. ex., les ordres et le médecin hygiéniste en chef). L'administrateur doit être indépendant et disposer des ressources appropriées.

**RECOMMANDATION 5.** La législation doit prévoir la mise sur pied d'un comité d'experts permanent ayant pour mandat de fournir des conseils spécialisés et indépendants à l'administrateur. Des patients doivent siéger au comité.

- Le comité pourra créer des sous-comités chargés notamment de passer en revue les rapports d'inspection et de recommander l'agrément ou la révocation de l'agrément des établissements.
- Il doit formuler des recommandations transparentes et les rédiger à des fins de publication

**RECOMMANDATION 6.** Le programme sera le pilier de la surveillance de la qualité des cliniques en milieu extrahospitalier. D'autres mesures systémiques, comme des contrats et des ententes de responsabilité, seront aussi nécessaires pour renforcer les exigences en matière de qualité.

**RECOMMANDATION 7.** Les propriétaires de cliniques en milieu extrahospitalier doivent être tenus d'obtenir, auprès de l'administrateur, un agrément conditionnel à la réussite de l'inspection. La surveillance de la qualité des soins de la clinique doit relever d'une seule personne, soit un professionnel de la santé agréé, selon les directives de l'administrateur.

**RECOMMANDATION 8.** Les cliniques en milieu extrahospitalier réglementées doivent soumettre des données sur l'utilisation des services, le rendement et la qualité, selon les directives de l'administrateur.

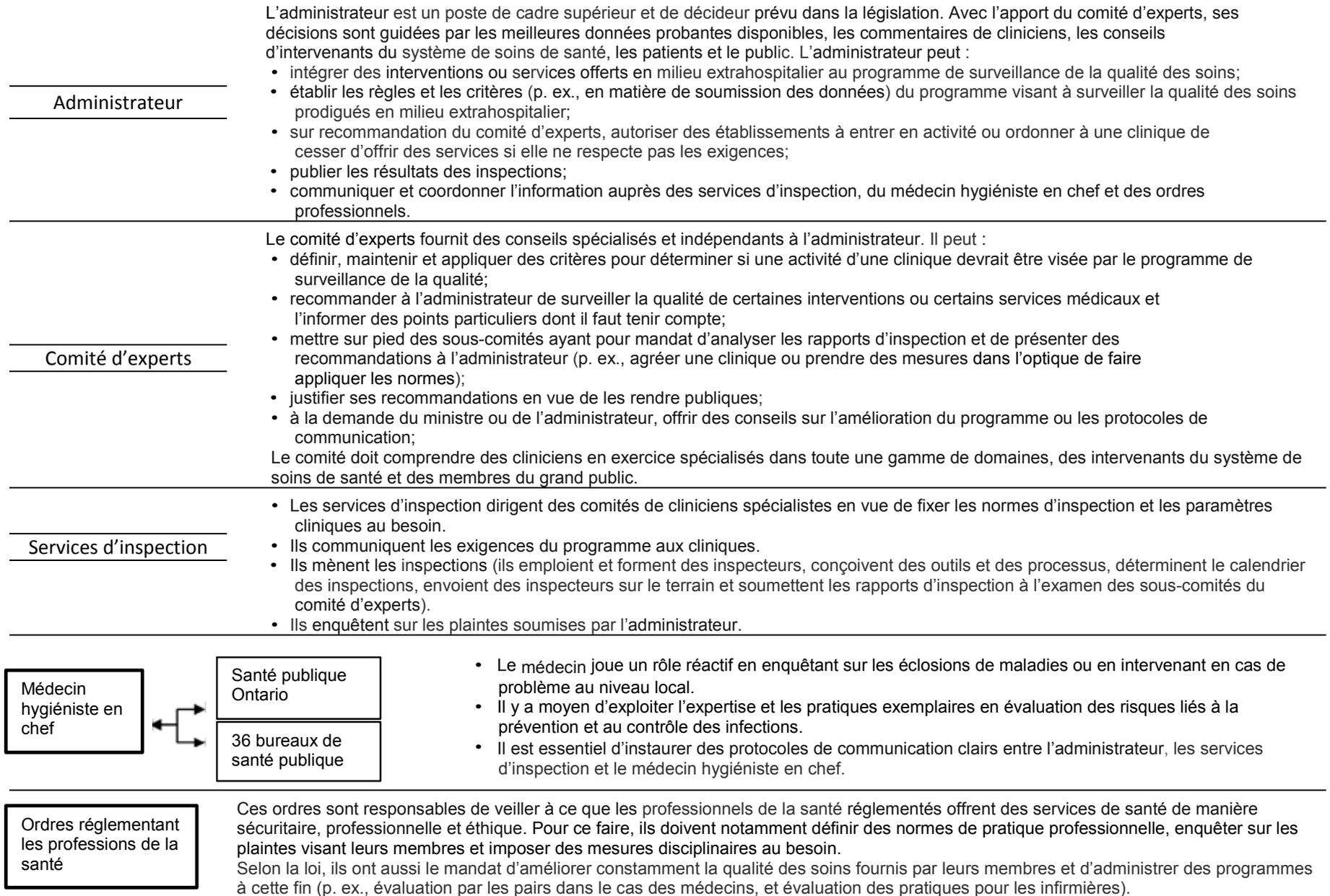
**RECOMMANDATION 9.** Il faut fixer des délais pour l'analyse des rapports d'inspection afin de prendre les mesures qui s'imposent rapidement, en toute transparence. Un comité doit examiner les rapports de manière centralisée afin d'assurer l'uniformité et l'équité de l'analyse. La réglementation doit définir les conditions dans lesquelles l'administrateur peut adopter des mesures avant la fin du processus ou exiger un examen accéléré.

**RECOMMANDATION 10.** Il faut offrir des sommaires normalisés des rapports d'inspection, rédigés dans un langage clair et simple, dans les salles d'attente des cliniques et en ligne.

**RECOMMANDATION 11.** Il faut instaurer un processus clair et transparent de traitement des plaintes des patients et des fournisseurs. Les cliniques en milieu extrahospitalier doivent afficher le processus de traitement des plaintes bien en vue, et ce, d'une manière uniforme d'un établissement à l'autre. Pendant l'élaboration de la procédure normalisée visant à communiquer le processus de traitement des plaintes, l'administrateur doit harmoniser et coordonner cette procédure avec les mécanismes existants de traitement des plaintes définis par les ordres réglementant les professions de la santé.

**RECOMMANDATION 12.** Les établissements doivent préparer et publier des plans d'amélioration de la qualité.

**Figure 4 : Structure de surveillance de la qualité proposée**



## Glossaire

### Établissement de santé autonome

Régis par la *Loi sur les établissements de santé autonomes*, les établissements de santé autonomes reçoivent leur permis et leur financement du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Pouvant œuvrer dans divers milieux, ils peuvent par exemple être entièrement autonomes, faire partie d'un hôpital public ou d'un complexe, ou se déplacer pour fournir leurs services dans différents sites approuvés à cette fin.

Voici des exemples d'établissements de santé autonomes :

- Centres de diagnostic financés par le Ministère qui offrent des types précis de services d'imagerie diagnostique, d'examen fonctionnels respiratoires ou d'études du sommeil;
- Centres de soins ambulatoires effectuant des interventions chirurgicales, thérapeutiques et diagnostiques non comprises dans les honoraires versés aux médecins par l'Assurance-santé de l'Ontario. À l'heure actuelle, les établissements autorisés réalisent des dialyses, des avortements, des soins de dermatologie au laser, des chirurgies oculaires, vasculaires, esthétiques et gynécologiques, ainsi que des examens d'imagerie par résonance magnétique, des tomodensitométries et des tomographies par émission de positons.

Que l'établissement soit à but lucratif ou non, le titulaire de permis peut être un particulier ou une société, mais non une entreprise exploitant un hôpital public.

### Lieu extrahospitalier

Les lieux extrahospitaliers se caractérisent par le recours aux types d'anesthésie et de sédation suivants :

- Anesthésie générale servant de sédation parentérale ou d'anesthésie locorégionale;
- Anesthésie locale utilisée pour des interventions faisant appel à la technique par tumescence, à l'injection ou l'insertion de substances de remplissage permanentes, de tissus autologues ou d'instruments synthétiques à des fins esthétiques, ou à des anesthésies par blocage nerveux visant à traiter des douleurs chroniques.

### Ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD)

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée s'emploie à créer un système public de soins de santé intégré, viable et axé sur les patients et les résultats. Son plan dans cette optique consiste avant tout à aider les gens à demeurer en santé, à offrir des soins de qualité en cas de besoin, et à protéger le système de soins de santé à l'intention des prochaines générations. Le Ministère participe :

- à la détermination de l'orientation stratégique globale et des priorités de la province concernant le système de soins de santé;
- à l'élaboration de la législation, de la réglementation, des normes, des politiques et des directives étayant l'orientation stratégique;
- au suivi du rendement du système de soins de santé et de la santé des Ontariens et à la rédaction de rapports sur le sujet;
- à la planification et à la mise en place des modèles de financement et des niveaux de financement du système de soins de santé;
- aux mesures visant à assurer le respect des orientations stratégiques et des attentes du Ministère et du système.

### Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario

La législation provinciale permet aux médecins de l'Ontario de s'auto-réglementer dans une certaine mesure. C'est ainsi que l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario réglemente la pratique de la

médecine en vue de protéger et de servir les intérêts du public. Ce système d'auto-réglementation part du principe que l'Ordre doit agir d'abord et avant tout dans l'intérêt de la population. Les médecins de la province doivent faire partie de l'Ordre pour avoir le droit de pratiquer.

### **Out of Hospital Premises Inspection Program (OHPIP)**

L'Out-of-Hospital Premises Inspection Program (OHPIP) favorise l'amélioration continue de la qualité grâce à l'établissement de normes pour les soins et interventions offerts dans les lieux extrahospitaliers de l'Ontario, et aux inspections et aux évaluations sur la sécurité et la qualité des soins. L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario s'occupe de tous les problèmes associés à l'anesthésie ou à la sédation et aux services fournis dans les lieux extrahospitaliers. L'OHPIP est supervisé par le Premises Inspection Committee de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario.

### **Qualité des services de santé Ontario**

Qualité des services de santé Ontario joue un rôle de contributeur et de leader dans la refonte du système provincial de soins de santé afin que les Ontariens bénéficient d'expériences de soins améliorées, obtiennent de meilleurs résultats et en aient davantage pour leur argent. D'après la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*, le mandat de l'organisme consiste à évaluer l'efficacité des nouvelles technologies et des nouveaux services dans le secteur, à rendre des comptes au public sur la qualité du système de soins de santé, à appuyer les initiatives d'amélioration de la qualité et à formuler des recommandations fondées sur des données probantes à propos du financement des soins de santé. Il est le conseiller de la province en matière de qualité des services de santé.

## Annexes

### Annexe 1 – Mobilisation du public, des patients et des fournisseurs

Qualité des services de santé Ontario a fait appel à l'entreprise Pollara Strategic Insights pour consulter le public, les patients et les fournisseurs. L'organisme souhaitait ainsi s'assurer que les recommandations finales présentées au ministre de la Santé et des Soins de longue durée tiennent compte des opinions, connaissances, priorités et préoccupations des principaux intéressés au sujet des services de santé offerts en milieu extrahospitalier.

#### *Mobilisation du public et des patients*

Du 4 au 8 mars 2015, 794 Ontariens de 18 ans et plus, formant un échantillon aléatoire, ont rempli un sondage en ligne qui portait sur leurs connaissances et opinions sur les établissements de santé autonomes et les lieux extrahospitaliers. Pour que l'échantillon soit représentatif de la population, les réponses ont été pondérées par région, sexe, et âge en fonction des données du plus récent recensement en Ontario. Les participants au sondage ont été invités à discuter du même sujet dans le cadre de discussions qualitatives en ligne, qui ont eu lieu du 15 mars au 9 avril 2015. Trente-cinq d'entre eux ont discuté de leur confiance envers les soins offerts, de la qualité, de la sécurité, des risques, de l'échange d'information, de l'accès aux renseignements, des problèmes, des plaintes et de la réglementation.

#### Synthèse des conclusions des consultations menées auprès du public

- Qualité, sécurité et risques
  - Les Ontariens ont généralement confiance dans le système provincial de soins de santé et la qualité des services.
  - Sur le plan de la qualité et de la sécurité des soins, ils faisaient davantage confiance aux hôpitaux qu'aux cliniques spécialisées en milieu extrahospitalier, principalement à cause de leur méconnaissance de ces dernières. D'après les études qualitatives, bon nombre des répondants ne savent pas exactement ce que sont les établissements de santé autonomes et les lieux extrahospitaliers, et hésitent à visiter ces cliniques.
  - La consultation de ces cliniques découle principalement de recommandations de médecins. C'est la principale raison qui pousse les gens à visiter ces établissements, et ces recommandations jouent un rôle important dans le niveau de confiance global de la population.
  - Au cours des discussions qualitatives, les participants ont défini les soins de qualité comme étant professionnels, respectueux, compétents, hygiéniques, sécuritaires et modernes.
- Échange d'information et accès aux renseignements
  - Des patients ont signalé ne pas avoir reçu d'information sur les établissements de santé autonomes et les lieux extrahospitaliers, mais souhaitent vivement en savoir plus à leur sujet.
  - Les répondants aimeraient que des renseignements soient présentés sur les sites Web des cliniques, du gouvernement et des associations professionnelles, et dans les salles d'attente et l'aire de réception des établissements.
  - Pendant les discussions en ligne, les participants ont mentionné le bouche-à-oreille et les associations professionnelles comme sources d'information potentielles, mais préféreraient les aiguillages de médecins. Selon les discussions qualitatives, les patients aimeraient avoir des discussions approfondies avec leur médecin de famille ou omnipraticien bien avant leur rendez-vous à la clinique, recevoir de la documentation ou être orientés vers de l'information en ligne.
- Problèmes, plaintes et réglementation
  - Sans surprise, une grande confusion entourait la question de la réglementation et des inspections visant les établissements de santé autonomes et les lieux extrahospitaliers.
  - Les répondants, par contre, s'entendaient sur le fait que ces cliniques devraient être inspectées au moins une fois par an.
  - Au cours des discussions qualitatives, les patients ont indiqué vouloir que le gouvernement s'investisse dans la réglementation. Ils n'avaient pas de plainte à formuler à l'endroit des établissements de santé autonomes ou des lieux extrahospitaliers, mais ont bien précisé qu'ils souhaitaient disposer d'un processus officiel de traitement des plaintes.
  - Les participants suggéraient principalement de mettre en place des normes élevées et d'augmenter la transparence pour améliorer la qualité des soins.

## Mobilisation des fournisseurs

Du 16 au 25 mars 2015, le comité a sondé 85 médecins de famille et omnipraticiens et 106 fournisseurs d'établissements de santé autonomes et de lieux extrahospitaliers, lesquels formaient un échantillon représentatif des différentes régions de l'Ontario. Ces professionnels ont été invités à approfondir la question dans le cadre de discussions qualitatives en ligne, qui ont eu lieu du 23 mars au 16 avril 2015. Huit d'entre eux ont parlé de leur confiance, des aiguillages, de la rétroaction des patients, de la continuité des soins et de la réglementation. Dans des discussions distinctes, 16 fournisseurs actifs d'établissements de santé autonomes ou de lieux extrahospitaliers ont parlé de leur confiance et donné leur avis sur le contrôle des infections, le traitement des plaintes et la réglementation.

### Synthèse des conclusions des consultations menées auprès des médecins de famille et des omnipraticiens

- Confiance
  - Sur le plan de la qualité et de la sécurité des soins, les répondants faisaient davantage confiance aux hôpitaux qu'aux cliniques spécialisées en milieu extrahospitalier, principalement à cause de leur méconnaissance de ces dernières. Beaucoup d'entre eux ne savaient pas exactement ce qu'étaient des établissements de santé autonomes et des lieux extrahospitaliers.
- Échange d'information et accès aux renseignements
  - D'après la plupart des médecins de famille et des omnipraticiens, il n'y a pas assez d'information disponible sur les établissements de santé autonomes et les lieux extrahospitaliers.
  - Les répondants ont laissé entendre qu'il était utile de disposer de tout un éventail de renseignements lorsque vient le temps de sélectionner l'établissement où ils aiguilleront les patients, comme les titres de compétences et l'expérience des médecins, la propreté des lieux, la rétroaction des patients, le contrôle de la qualité des soins, les mesures d'urgence en place et les taux d'hospitalisation. Le type de propriétaire était le critère le moins souvent cité.
  - Même s'ils souhaitent obtenir cette information, la majeure partie des médecins de famille et des omnipraticiens ne savent pas où la trouver. Les participants aux discussions qualitatives proposaient souvent d'améliorer la communication.
- Réglementation et inspections
  - Les médecins de famille et les omnipraticiens ne savaient pas exactement à quelle fréquence les établissements de santé autonomes et les lieux extrahospitaliers étaient inspectés, mais la plupart d'entre eux préféraient que les inspections aient lieu une fois par an.
  - La majeure partie des répondants estimait que toutes les cliniques en milieu extrahospitalier devraient être réglementées et obtenir un agrément. Au cours des discussions qualitatives, les participants jugeaient que c'était l'Association médicale de l'Ontario ou l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, ou les deux, qui devraient s'en occuper.

### Synthèse des conclusions des consultations menées auprès des fournisseurs d'établissements de santé autonomes ou de lieux extrahospitaliers

- Échange d'information et accès aux renseignements
  - D'après la plupart des fournisseurs, leur clinique communique de l'information sur les titres de compétence des médecins, les agréments et certifications de l'établissement, et les plans d'urgence et les personnes-ressources en cas de complications. Ils sont peu nombreux à diffuser des renseignements sur les taux d'hospitalisation des patients, le nombre annuel d'interventions exécutées par les médecins, les examens des dossiers et les mesures de contrôle de la qualité.
- Réglementation et inspections
  - Les fournisseurs ne savaient pas exactement à quelle fréquence les inspections sont menées, mais la majeure partie d'entre eux estimait que celles-ci devraient avoir lieu chaque année ou au moins tous les deux à quatre ans. Ils étaient tout aussi nombreux à indiquer que les inspections devraient être effectuées par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, ou des collègues ou pairs qualifiés.
  - La plupart des répondants s'entendaient sur le fait que les établissements de santé autonomes et les lieux extrahospitaliers doivent être réglementés. Pendant les discussions

qualitatives, les personnes sondées indiquaient le plus souvent que cette réglementation devrait être assurée par le Ministère ou le gouvernement.

- Les participants aux discussions qualitatives ont proposé plusieurs moyens d'améliorer la transparence entourant la réglementation, comme afficher de l'information sur les portes d'entrée des établissements, fournir un répertoire à jour des cliniques sur un site Web gouvernemental, et mener de manière aléatoire des inspections ou des vérifications de l'agrément.

## Annexe 2 – Principales leçons tirées des autres territoires

Dimension de la surveillance	Principales leçons tirées
Autorité d'ordre législatif, réglementaire ou stratégique	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Ontario</u> : À l'heure actuelle, deux entités se partagent l'autorité. La surveillance des interventions et des établissements présente des lacunes, et les patients et les fournisseurs n'ont pas une vision assez claire des responsabilités.</li> <li>• <u>À l'étranger</u> : Des autorités individuelles jouent le rôle de mandataires indépendants du gouvernement.</li> <li>• Pour que les responsabilités soient claires, il est préférable qu'il n'y ait qu'une seule autorité.</li> </ul>
Structure de gouvernance	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Ontario</u> : La structure diffère d'un organisme de réglementation à l'autre (MSSLD et Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario).</li> <li>• <u>À l'étranger</u> : Des autorités individuelles jouent le rôle de mandataires indépendants du gouvernement.</li> <li>• <u>Canada</u> : La tendance (dans beaucoup de cas mais pas toujours) veut que l'autorité dans ce domaine soit attribuée aux organismes réglementant les médecins.</li> <li>• Il est conseillé de confier les décisions à une personne désignée qui peut compter sur des processus et mesures de soutien appropriés.</li> </ul>
Définition de la portée des normes de qualité et des activités du programme	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Ontario</u> : La portée de la surveillance est établie dans la réglementation ou des règlements administratifs (p. ex., modalités de signalement ou de consignation des événements indésirables dans des registres publics), ou bien déterminée par des autorités autres que l'organisme de réglementation.</li> <li>• <u>Angleterre, Australie et Pays-Bas</u> : Ce sont des organismes indépendants d'assurance de la qualité qui définissent les normes nationales. Dans certains cas, la réglementation couvre tous les établissements, et dans d'autres, seulement une partie d'entre eux.</li> <li>• La portée du programme doit pouvoir s'adapter aux changements. C'est à l'organisme de réglementation qu'il revient au final de la fixer en se fondant sur les commentaires d'experts.</li> </ul>
Élaboration de normes détaillées	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Ontario</u> : À l'heure actuelle, ce sont des comités d'experts mis sur pied par l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario qui s'occupent d'élaborer les normes associées aux activités surveillées. Ils ne disposent pas de la marge de manœuvre nécessaire pour cibler des interventions non visées par la législation. Les services peuvent aussi être désignés en vertu de la <i>Loi sur les établissements de santé autonomes</i>, ce qui ne constitue pas un processus législatif ou réglementaire.</li> <li>• <u>Angleterre et Australie</u> : L'État fixe les normes nationales, et les programmes de surveillance y sont harmonisés.</li> <li>• Il faut continuer de laisser des spécialistes du terrain établir les normes tout en prévoyant un moyen de réviser ces dernières.</li> </ul>
Garantie comme quoi les cliniciens pratiquent dans leur domaine de certification ou d'expérience	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Ontario</u> : Les professionnels ne reçoivent pas de titres de compétence, mais il est attendu qu'ils travaillent dans leurs domaines d'expérience et de formation. Tous les programmes, dans le cadre des inspections, visent à vérifier que les cliniciens possèdent les formations et permis adéquats.</li> <li>• <u>Alberta</u> : Les cliniciens reçoivent des titres de compétence en vue de travailler en milieu extrahospitalier et des certifications les autorisant à fournir certains services.</li> <li>• Il faut continuer de mener des inspections pour vérifier si le personnel possède la formation et les permis appropriés. La réglementation de la profession relève de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario.</li> </ul>

Dimension de la surveillance	Principales leçons tirées
Enregistrement des établissements et des praticiens	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Ontario</u> : L'exploitation d'un établissement de santé autonome et la réception de fonds pour frais d'établissement nécessitent l'obtention d'un permis du Ministère. L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, quant à lui, exige que ses membres déclarent certaines activités. Ainsi, toutes les cliniques qui ne sont pas des établissements de santé autonomes visés par l'OHPIP doivent aussi s'enregistrer auprès de l'Ordre.</li> <li>• La surveillance des médecins relève de l'Ordre.</li> </ul>
Cycle d'inspection	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Canada et États-Unis</u> : Les inspections sont menées selon un cycle, à des intervalles réguliers (p. ex., tous les trois ou cinq ans en Ontario), sauf en cas de nouvelles activités ou de problème.</li> <li>• <u>Angleterre et Pays-Bas</u> : L'Angleterre abandonne le cycle annuel au profit d'un modèle fondé sur les risques. Les Pays-Bas inspectent eux aussi les établissements en fonction des risques.</li> <li>• Il faut adapter le cycle d'inspection du modèle ontarien aux risques inhérents à chaque activité.</li> </ul>
Conception du processus d'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le processus d'inspection (p. ex., examen des dossiers et observation des pratiques) et les outils sont semblables d'un territoire à l'autre. Il faut maintenir le statu quo.</li> </ul>
Évaluateurs formés pour inspecter les cliniques en fonction de normes établies	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le processus est uniforme d'un territoire à l'autre.</li> <li>• La mise en place d'un programme visant à inspecter davantage d'établissements nécessitera l'embauche d'un plus grand nombre d'évaluateurs formés.</li> </ul>
Cadre de détermination du résultat de l'évaluation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Alberta</u> : Les établissements reçoivent un agrément complet ou provisoire, ou se voient refuser l'agrément.</li> <li>• <u>Angleterre</u> : Les notes attribuées vont de « exceptionnel » à « inadéquat ».</li> <li>• <u>Ontario</u> : Les lieux extrahospitaliers se font attribuer une note (p. ex., « succès »). Les établissements de santé autonomes, quant à eux, reçoivent des lettres d'avertissement ou des avis d'intention de suspendre le permis ou de modifier les services, ou se font suspendre leur permis.</li> <li>• Servant à l'administration du programme, les notes ne sont pas à la portée du public. Le nouveau système doit reposer sur une communication transparente et des définitions claires.</li> </ul>
Processus d'examen des rapports d'inspection ou d'évaluation et possibilité pour les établissements de fournir une rétroaction	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Ontario</u> : Le comité de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario examine les résultats des inspections avant le parachèvement des rapports. Les établissements peuvent commenter ces résultats en cours de route, ce qui contribue à résoudre les problèmes hors cour. Il est essentiel de maintenir l'équilibre entre l'intérêt des exploitants de cliniques et celui du public.</li> <li>• Le comité doit continuer de pouvoir examiner les rapports, mais il faut veiller à ce que les intérêts du public aient préséance sur le droit de l'établissement de continuer ses activités pendant les procédures d'appel.</li> </ul>
Pouvoir de prendre des mesures en cas de non-respect des normes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Ontario</u> : Plusieurs intervenants se partagent les pouvoirs dans ce domaine. L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario n'est responsable que de ses membres et des activités énoncées dans le Règlement 114/94. Les établissements régis par la <i>Loi sur les établissements de santé autonomes</i> peuvent continuer d'offrir leurs services pendant les procédures d'appel visant la révocation ou la suspension d'un permis.</li> <li>• L'organisme de réglementation doit pouvoir intervenir sans délai en cas de problème de conformité présentant un danger immédiat pour les patients.</li> </ul>

Dimension de la surveillance	Principales leçons tirées
Étapes d'intervention à la suite d'incidents influant sur la sécurité des patients	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Ontario</u> : Il est attendu que les médecins signalent les préjudices et fournissent un suivi en cas d'incident<sup>41</sup>. Cependant, les cliniciens ou les établissements ne disposent pas toujours de l'équipement nécessaire pour coordonner l'intervention requise, et les patients peuvent hésiter à continuer de consulter la clinique. À l'heure actuelle, il n'y a pas de processus bien défini régissant ces cas particuliers.</li> <li>• Lorsque des problèmes de conformité se présentent (p. ex., concernant la prévention et le contrôle des infections), il peut être nécessaire d'en aviser les patients et d'effectuer un suivi auprès d'eux. Il faut tenir compte des responsabilités et obligations connexes dans le cadre du programme de surveillance.</li> </ul>
Canaux de communication accessibles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Ontario</u> : Les canaux de communication entre l'organisme de réglementation et les autres autorités (p. ex., entre les bureaux de santé publique et les ordres) sont en majeure partie informels.</li> <li>• Il est primordial d'officialiser les rôles, les canaux de communication et les processus en vue d'assurer la sécurité des patients.</li> </ul>
Méthode de publication de rapports	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Ontario</u> : Dans la plupart des territoires (sauf l'Angleterre), l'approche adoptée consiste à ce que les établissements publient de l'information dans un répertoire ou un site Web, mais il y a place à l'amélioration. Il est possible de fournir davantage de renseignements et de rendre les rapports plus faciles à trouver.</li> <li>• Dans le cadre de la préparation des futurs rapports, il faudra publier des sommaires rédigés dans un langage clair et simple sur un site Web centralisé (p. ex., un répertoire public des cliniques, complet et à jour) et les afficher dans les cliniques.</li> </ul>
Système de déclaration, de suivi et d'enquête pour les incidents critiques et les événements indésirables	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Ontario</u> : L'OHPIP exige que les événements indésirables soient déclarés à l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (l'Ordre a ajouté cette exigence au moyen d'un règlement administratif). Les cliniques ne sont pas tenues selon la <i>Loi sur les établissements de santé autonomes</i> de signaler les événements indésirables au Ministère ou à l'Ordre, sauf si elles offrent des services d'anesthésie (d'après les normes de pratique, les événements doivent alors être déclarés aux conseillers de la qualité locaux).</li> <li>• Il faut bien définir le système de gestion, de déclaration et de suivi des événements indésirables et les obligations connexes.</li> </ul>
Exigences en matière de soumission de données	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <u>Ontario</u> : Actuellement, peu de données sont recueillies auprès des lieux extrahospitaliers et des établissements de santé autonomes.</li> <li>• Il faut amasser des données supplémentaires pour améliorer la planification, l'élaboration des politiques, la production de rapports publics (p. ex., sur les principaux indicateurs liés aux événements indésirables, comme les taux d'infection et le nombre de transferts à l'hôpital) et l'analyse des risques.</li> </ul>

<sup>41</sup> Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. *Disclosure of Harm*. Consulté en juin 2014 à : <http://www.cpso.on.ca/policies-publications/policy/disclosure-of-harm>.

## Annexe 3 – Bibliographie

- 1) ALHARBI, O., L. RABENECK, L. F. PASZAT, D. N. WIJEYSUNDERA, R. SUTRADHAR, L. YUN et J. TINMOUTH. « Les facteurs associés à la coloscopie effectuée en milieu non hospitalier », *Canadian Journal of Gastroenterology*, volume 24, numéro 7, 2010, p. 419-424.
- 2) AMALBERTI, R., Y. AUROY, D. BERWICK et P. BARACH. « Five System Barriers to Achieving Ultrasafe Health Care », *Annals of Internal Medicine*, volume 142, 2005.
- 3) AMERICAN ASSOCIATION FOR ACCREDITATION OF AMBULATORY SURGICAL FACILITIES. *Standards and Checklist*, 2014. Sur Internet : [http://www.aaaaf.org/Surveyor/cms\\_web/PDF%20FILES/ASC%20PDFS/ASC%20Standards.pdf](http://www.aaaaf.org/Surveyor/cms_web/PDF%20FILES/ASC%20PDFS/ASC%20Standards.pdf).
- 4) ASSOCIATION DES HÔPITAUX DE L'ONTARIO. *Physician Leadership Resource Manual, Module 1: Health Care in Ontario – Section 1.2 - Key Legislative and Regulatory Agreements Governing the Ontario Health System*.
- 5) AUSTRALIAN COMMISSION ON SAFETY AND QUALITY IN HEALTH CARE. *NSQHS Standards in 2013 – Transforming the safety and quality of health care*, 2014.
- 6) AUSTRALIAN DAY SURGERY COUNCIL. *Day Surgery in Australia - Report and Recommendations of the Australian Day Surgery Council*, 2004.
- 7) AUSTRALIE. DEPARTMENT OF HEALTH. *Private Hospital licensing and data collection – Private Hospital Data Collection Review Final Report*, 2012. Sur Internet : [http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/phdcreview~phdcreview\\_curr~phdcreview\\_curr\\_3](http://www.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf/Content/phdcreview~phdcreview_curr~phdcreview_curr_3).
- 8) BAKER, G. R., J. L. DENIS, M. P. POMEY et A. MACINTOSH-MURRAY. *Effective Governance for Quality and Patient Safety in Canadian Healthcare Organizations*, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2010. Sur Internet : [www.patientsafetyinstitute.ca](http://www.patientsafetyinstitute.ca).
- 9) BISHOP, T. F., A. M. RYAN et L. P. CASALINO. « Paid malpractice claims for adverse events in inpatient and outpatient Settings », *The Journal of American Medical Association*, 2011.
- 10) BUREAU DE LA VÉRIFICATRICE GÉNÉRALE DE L'ONTARIO. *Établissements de santé autonomes* (rapport annuel), 2014.
- 11) CALIFORNIA HEALTHCARE FOUNDATION. « Ambulatory Surgery Centers: Big Business, Little Data », *California Health Care Almanac*, juin 2013.
- 12) CARE QUALITY COMMISSION. *A fresh start for the regulation of independent healthcare – Working together to change how we regulate independent healthcare*, 2014. Sur Internet : [http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20140415\\_independent\\_health\\_signposting\\_document.pdf](http://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20140415_independent_health_signposting_document.pdf).
- 13) CASALINO, L. P., K. J. DEVERS et L. R. BREWSTER. « Focused Factories? Physician-Owned Specialty Facilities », *Health Affairs* (Millwood), volume 22, 2003, p. 56-67.
- 14) CENTERS FOR MEDICARE AND MEDICAID SERVICES. *Ambulatory Surgical Center Quality Reporting Program: Quality Measures Specifications Manual*, Washington (D.C.), 2014. Sur Internet : [http://ascrs.org/sites/default/files/ASC%20Specs%20Manual\\_v3\\_0c.pdf](http://ascrs.org/sites/default/files/ASC%20Specs%20Manual_v3_0c.pdf).
- 15) CHUNG, F., I. SHNAIDER. « Outcomes in day Surgery », *Current Opinion in Anesthesiology*, volume 19, numéro 6, 2006, p. 622-629.
- 16) COGLIANESE, C. *Measuring Regulatory Performance: Evaluating the Impact of Regulation and Regulatory Policy*, Organisation de coopération et de développement économiques, 2012. Sur Internet : [http://www.oecd.org/gov/organisme\\_de\\_réglementation-policy/1\\_coglianesse%20web.pdf](http://www.oecd.org/gov/organisme_de_réglementation-policy/1_coglianesse%20web.pdf).
- 17) COLLEGE OF PHYSICIANS AND SURGEONS OF ALBERTA. *Non-Hospital Surgical Facility – Standards and Guidelines*, juin 2014.
- 18) COMITÉ CONSULTATIF PROVINCIAL DES MALADIES INFECTIEUSES. *Infection Prevention and Control for Clinical Office Practice*, Santé publique Ontario, juin 2013.
- 19) COOK, D., J. E. THOMPSON, E. B. HABERMANN, S. L. VISSCHER, J. A. DEARANI, V. L.

- ROGER et B. J. BORAH. « From 'Solution Shop' Model To 'Focused Factory' In Hospital Surgery: Increasing Care Value and Predictability », *Health Affairs*, volume 33, numéro 5, 2014.
- 20) COUNCIL FOR HEALTHCARE REGULATORY EXCELLENCE. *Right-touch regulation*, 2010.
  - 21) DEPARTMENT OF HEALTH. *High Quality Care for All – NHS Next Stage Review Final Report*, National Health Service, 2008.
  - 22) DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Los Angeles Independent Diagnostic Testing Facilities Compliance with Medicare Standards*, 2011.
  - 23) DIVISION DES NÉGOCIATIONS ET DE LA GESTION DE LA RESPONSABILISATION. *Independent Health Facilities and Out of Hospital Premises* (présentation), ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Ontario, 2014.
  - 24) ÉTATS-UNIS. WYOMING. *Rules and regulations for licensure of freestanding diagnostic testing centers: Chapter 8*, 2007. Sur Internet : <http://soswy.state.wy.us/Rules/RULES/3226.pdf>.
  - 25) FLODGREN, G., M. P. POMPEY, S. A. TABER et M. P. ECCLES. « Effectiveness of external inspection of compliance with standards in improving healthcare organisation behaviour, healthcare professional behaviour or patient outcomes », *The Cochrane Library*, volume 11, 2011.
  - 26) FLOOD, C., B. THOMAS et L. H. WILSON. « Cosmetic Surgery Regulation and Enforcement in Ontario », *Queen's Law Journal*, 2010.
  - 27) FRANCIS, R. *Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry*, 2013.
  - 28) GILMOUR, J. M. « Regulation of Free-Standing Health Facilities: An Entrée for Privatization and For-Profit Delivery in Healthcare », édition spéciale du *Health Law Journal*, 2003.
  - 29) GOUVERNEMENT DE NOUVELLE-GALLES DU SUD. « Incident Reporting », 2014. Sur Internet : <http://www.health.nsw.gov.au/Hospitals/privatehealth/Pages/Incident-reporting.aspx>.
  - 30) GOUVERNEMENT DE NOUVELLE-GALLES DU SUD. *Private Health Facilities Act 2007 No 9*, 2014. Sur Internet : <http://www.legislation.nsw.gov.au/maintop/view/inforce/act+9+2007+cd+0+N>.
  - 31) GREGORY, R., et J. ROSKI. « Performance measurement for ambulatory care: moving towards a new agenda », *International Journal for Quality in Health Care*, volume 13, numéro 6, 2001, p. 447-453.
  - 32) HONG-KONG. DEPARTMENT OF HEALTH. *Report of the Working Group on Defining High-risk Medical Procedures/Practices Performed in Ambulatory Setting*, 2014. Sur Internet : [http://www.hpdo.gov.hk/doc/fhsd/WG2%20Final%20Report\\_e.pdf](http://www.hpdo.gov.hk/doc/fhsd/WG2%20Final%20Report_e.pdf).
  - 33) HOWLETT, K., R. MICKLEBURGH, O. MOORE et A. PICKARD. « How provinces have experimented in the private sphere », *The Globe and Mail*, 2010.
  - 34) INSTITUTE OF MEDICINE. « Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century », *National Academy Press*, Washington (D.C.).
  - 35) IVERS, N., M. SCHWANDT, S. HUM, D. MARTIN, J. TINMOUTH et N. PIMLOTT. « Une comparaison entre la coloscopie en milieu hospitalier et hors du milieu hospitalier : Temps d'attente, frais et respect des directives quant aux intervalles de suivi », *Canadian Journal of Gastroenterology*, volume 25, numéro 2, 2011, p. 78-82.
  - 36) KINNEY, D. E. « Private Accreditation as a Substitute for Direct Government Regulation in Public Health Insurance Programs: When Is It Appropriate? », *Law and Contemporary Problems*, 1994, p. 47-74. Sur Internet : <http://scholarship.law.duke.edu/lcp/vol57/iss4/3>.
  - 37) LAVIS, J. N., J. B. NEVES, L. PI et F.-P. GAUVIN. *Creating Community-Based Specialty Clinics in Ontario*, McMaster Health Forum, mai 2013.
  - 38) MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE. *IHF Report by Location*, 2015. Sur Internet : [http://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/ihf/docs/ihf\\_assessment\\_report.pdf](http://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/ihf/docs/ihf_assessment_report.pdf).
  - 39) MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE. *Report to the Chief Medical Officer of Health – Findings of the Community Infection Prevention and Control Lapses Task Group*, 2013. Sur Internet :

- <<http://www.oha.com/News/Misc%20Documents/Findings%20of%20the%20Community%20Infection%20Prevention%20and%20Control%20Lapses%20Task%20Group%20%282%29.pdf>>.
- 40) MITCHEL, J. M. *L'influence de la possession des installations médicales par les médecins sur l'exercice de la médecine dans les centres de chirurgie ambulatoire aux États-Unis*, Médecins canadiens pour le régime public, 2012.
  - 41) NATIONAL AUDIT OFFICE. *Report by the Comptroller and Auditor General – The Care Quality Commission: Regulating the quality and safety of health and audit social care*, 2011. Consulté en juin 2015 à : <http://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2011/12/10121665.pdf>.
  - 42) NAYLOR, C., et S. GREGORY. *Independent sector treatment centres*, The King's Fund, 2009.
  - 43) ONTARIO HEALTH COALITION. *For Health or Wealth? The evidence regarding private clinics and user fees in Ontario*, 2014. Sur Internet : <<http://www.ontariohealthcoalition.ca/index.php/private-health-clinics-using-manipulative-tactics-to-over-bill-patients-ontario-health-coalition-report/>>.
  - 44) ORDRE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE L'ONTARIO. *Jurisdictional Review of Out-of-Hospital Facilities: Oversight and Transparency*, 2014.
  - 45) ORDRE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE L'ONTARIO. *OHPIP Report – Bridging the Gap: A patient Safety Imperative*, 2012.
  - 46) ORDRE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE L'ONTARIO. *Out-of-Hospital Premises Inspection Program (OHPIP) – Program Standards*, 2013.
  - 47) ORDRE DES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DE L'ONTARIO. *The Regulation of Facilities: Looking Forward*, février 2015.
  - 48) ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Quality and accreditation in health services: A global review*, Genève, 2003.
  - 49) POMEY, M. P., L. LEMIEUX-CHARLES, F. CHAMPAGNE, D. ANGUS, A. SHABAH, et A. P. CONTANDRIOPOULOS. « Does accreditation stimulate change? A study of the impact of the accreditation process on Canadian healthcare organizations », *Implementation Science*, volume 5, numéro 31, 2010. Sur Internet : <<http://www.implementationscience.com/content/5/1/31>>.
  - 50) QUALITY MANAGEMENT PARTNERSHIP. *Establishing comprehensive Quality Management Programs for Mammography, Colonoscopy and Pathology in Ontario – Quality Management Partnership 2013/14 Report to the Ministry of Health and Long-Term Care*, 2014.
  - 51) READER, T. W., A. GILLESPIE, et J. ROBERTS. « Patient complaints in healthcare systems: a systematic review and coding taxonomy », *BMJ Quality & Safety*, 2014.
  - 52) WARBURTON, R. « Accreditation and Regulation: Can They Help Improve Patient Safety? », Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services, 2009.