

Qualité des services de santé Ontario

Le conseiller provincial sur la qualité des soins de santé en
Ontario

Évaluation par les pairs : Une initiative de qualité en matière d'imagerie diagnostique pour l'Ontario

Recommandations relatives à la conception
et à la mise en œuvre d'un programme
provincial

Table des matières

1.1	Amélioration de la qualité de l'imagerie diagnostique.....	7
1.2	L'état actuel de l'imagerie diagnostique en Ontario	7
1.3	Définition de l'évaluation par les pairs	9
1.4	Évaluation par les pairs dans le contexte plus large de gestion de la qualité	12
2.1	Mandat et structure du comité	13
2.2	Analyse des territoires et revue de la littérature.....	14
2.3	Cadres et méthodologie	15
	Approche de conception du programme d'évaluation par les pairs.....	15
	Approche de mise en œuvre.....	16
4.1	Principes directeurs	22
4.2	Hypothèses relatives à la mise en œuvre	23
	L'évaluation par les pairs soutient une culture de qualité et d'apprentissage continu	23
	La protection en vertu de la Loi sur la protection des renseignements sur la qualité des soins (LPRQS) est essentielle pour l'évaluation par les pairs	23
	Une évaluation par les pairs non numérique n'est pas idéale, mais elle est possible	24
	Des ressources suffisantes sont requises pour appuyer la mise en œuvre	25
5.1	Échantillonner, associer et fournir l'image et le rapport pour examen.....	25
	Participation obligatoire	25
	Masse critique	26
	Exigences en matière de confidentialité.....	26
5.2	Attribuer un score et faire des commentaires	27
	Réception de commentaires.....	27
	Différences entre les types d'établissements	27
5.3	Renseigner et apprendre	27
	Responsabilités et approches locales	27
	Responsabilités et approches à l'échelle provinciale.....	28
	Comité de qualité de l'évaluation par les pairs.....	28
	Gestion des divergences.....	29
5.5	Mesurer et déclarer	29
	Mesure et déclaration des activités.....	29
5.6	Partager.....	30
	Partage des leçons retenues dans la province	30
5.7	Gouvernance opérationnelle et soutien de l'évaluation par les pairs	31

Approche de la gouvernance opérationnelle.....	31
Gouvernance opérationnelle de l'évaluation par les pairs	31
Activités au niveau de l'établissement.....	32
6.1 Exigences en matière de mise en œuvre et échéancier	33
Facteurs qui affectent la mise en œuvre.....	33
Calendrier de mise en œuvre	34
Exigences en matière de TI/GI	36
Exigences en matière de logiciel.....	36
6.2 Soutien à la mise en œuvre, gouvernance et compétences.....	37
Exigences relatives à la mise en œuvre au niveau de l'établissement.....	37
Gouvernance et outils de mise en œuvre de l'évaluation par les pairs	38
6.3 Investissements en mise en œuvre.....	40
Mise en œuvre et catégories de coûts permanentes	40

Résumé

L'évaluation par les pairs est un outil puissant qui permet de fournir continuellement des commentaires sur le rendement, d'apprendre plus facilement de ses erreurs, d'améliorer les normes et d'identifier les besoins en matière de formation. Dans le domaine de l'imagerie diagnostique, l'évaluation par les pairs joue un rôle essentiel dans la réduction des divergences et des erreurs. Avec plus de 20 millions de procédures d'imagerie diagnostique effectuées tous les ans dans les hôpitaux et les établissements de santé autonomes (ESA) de l'Ontario, l'évaluation par les pairs constituerait un soutien essentiel à un programme exhaustif d'assurance de la qualité dans le but ultime de prodiguer des soins de santé de qualité supérieure.

Le 3 décembre 2013, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a demandé à Qualité des services de santé Ontario et à ses partenaires de diriger « *la mise en place d'un programme provincial d'examen par les pairs médecins dans tous les établissements où des services d'imagerie diagnostique sont offerts, y compris des clichés mammaires et des tomodensitogrammes* ».

Avec la mise en œuvre d'un programme d'évaluation par les pairs de l'imagerie diagnostique à l'échelle provinciale, l'Ontario a l'occasion de se positionner en tant que chef de file mondial et de contribuer à l'ensemble croissant de connaissances relatives à l'amélioration continue de la qualité en matière d'imagerie.

Pour élaborer ce programme, Qualité des services de santé Ontario a convoqué en 2014 un comité d'experts dont le mandat était de créer une série de recommandations relatives à l'évaluation de l'imagerie diagnostique par les médecins pairs. Ces recommandations sont conçues pour établir les meilleures conditions visant à assurer et à améliorer la qualité des soins en matière d'imagerie diagnostique grâce à l'apprentissage entre pairs, ainsi qu'à soutenir les radiologistes et les organismes pour lesquels ils travaillent.

Le comité était constitué d'une gamme d'experts qui représentaient différents volets du système. Ses activités comprenaient l'examen de l'état actuel de l'imagerie diagnostique en Ontario et l'exécution d'une revue de la littérature et une analyse des différents territoires afin de guider ses recommandations. Le comité a également établi un ensemble de définitions communes, afin d'assurer la compréhension commune de l'évaluation par les pairs et de sa position au sein d'un contexte plus large d'assurance de la qualité. Il a également établi les objectifs suivants pour un programme d'évaluation par les pairs de l'imagerie diagnostique :

- **amélioration de l'uniformité et de l'exactitude des services de radiologie** afin d'améliorer la qualité des soins prodigués aux patients;
- **soutien d'une amélioration des compétences en interprétation des images diagnostiques** grâce à l'apprentissage entre pairs;
- **prise de décisions éclairées concernant le traitement des patients**, amélioration de la qualité des programmes, de la formation des médecins et de l'éducation médicale permanente;
- **soutien du maintien de l'apprentissage et de l'éducation continus** et contribution à une culture d'amélioration de la qualité, de transparence et de responsabilisation, au sein d'un environnement non punitif.

Dans le cadre de plusieurs rencontres, le comité a également élaboré une série de principes visant à guider le processus de conception d'un programme d'évaluation par les pairs de l'imagerie diagnostique, déterminant ainsi qu'un programme d'évaluation par les pairs devrait être :

- **intégré** à un cadre de qualité plus large et ne représenter qu'un élément de l'assurance de la qualité;

- **fondé sur les normes**, en respectant les principes énoncés par l'Association canadienne des radiologistes;
- **uniforme** en matière d'application à la totalité des groupes de médecins, des établissements et des modalités;
- **axé sur l'apprentissage et l'éducation** et conçu pour améliorer l'apprentissage au sein de la profession;
- **tenu de rendre compte**, avec des responsabilités clairement définies et un cadre de réglementation cohérent;
- **durable** en matière de rapport coût-efficacité en ce qui concerne sa mise en œuvre et son administration, et sensible aux écarts relatifs aux exigences en matière de répartition des ressources entre les sites.

Une fois ces principes établis, le comité a élaboré plusieurs recommandations globales qui ont été partagées avec la communauté de radiologistes par l'entremise d'un processus de consultation qui permettait de faire des propositions et suggestions. Un groupe de travail sur la mise en œuvre a alors été convoqué pour développer les recommandations afin d'inclure des conseils à l'intention des hôpitaux et des établissements de santé autonomes sur la manière de mettre en œuvre un programme d'évaluation par les pairs des services d'imagerie diagnostique. Toutes les recommandations visant à favoriser l'éducation et le développement d'une culture de qualité.

Selon ces recommandations, le programme doit être :

- intégré, fondé sur les normes, uniforme, axé sur l'apprentissage et l'éducation, tenu de rendre compte et durable;
- obligatoire;
- régi localement, avec le soutien d'une surveillance provinciale;
- harmonisé avec les autres initiatives provinciales et intégré à un cadre de qualité plus large au niveau des établissements;
- conçu pour maximiser les occasions d'apprentissage et d'éducation;
- soutenu par l'infrastructure provinciale dans son accent sur l'éducation et l'apprentissage;
- mis en œuvre en vertu de la Loi sur la protection des renseignements sur la qualité des soins (LPRQS);
- confidentiel dans tous ses aspects, et, le cas échéant, anonyme;
- capable de résoudre et de gérer les divergences importantes;
- mis en œuvre par phases et de manière itérative;
- mis en œuvre d'une manière qui tient compte des répercussions, des risques et de la préparation;
- mis en œuvre conformément à des échéanciers fermes qui tiennent compte des infrastructures et des besoins différents des établissements;
- échelonnable à d'autres spécialités en matière d'imagerie à l'intérieur d'échéanciers spécifiques;
- mesuré et déclaré au niveau de l'établissement et au niveau provincial afin de soutenir la gestion du programme et de comprendre l'adoption;
- soutenu par des ressources, des outils et une infrastructure appropriés.

Le groupe de travail et le comité (qui est devenu un comité directeur qui assure la surveillance) ont élaboré leurs recommandations en se fondant sur différentes hypothèses en matière de planification. Cela incluait l'importance de la protection des participants aux évaluations par les pairs en vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements sur la qualité des soins (LPRQS)*, afin que les fournisseurs de soins de santé ne soient pas dissuadés de participer au programme. Il était aussi important de déterminer que les établissements offrant des services d'imagerie diagnostique qui n'utilisent pas l'imagerie numérique ne seraient pas exclus de la

mise en œuvre de l'évaluation par les pairs, afin que la culture de qualité soit uniforme au sein du système.

1.0 Contexte

1.1 Amélioration de la qualité de l'imagerie diagnostique

Depuis l'adoption de la *Loi sur l'excellence des soins pour tous* et de la Stratégie en 2010, le gouvernement de l'Ontario a pris plusieurs mesures pour améliorer la qualité du système de santé de la province, y compris la sécurité des soins prodigués. Les efforts faits au cours de la dernière décennie se sont généralement concentrés sur des problèmes tels que les erreurs liées aux médicaments, les infections associées aux soins de santé et les complications postchirurgicales.

Comparativement, les erreurs de diagnostic ont reçu moins d'attention. De plus en plus, les faits soutiennent l'importance de

cibler les efforts de qualité sur le domaine des diagnostics.¹

Récemment, plusieurs incidents isolés de diagnostic erroné par la radiologie ont été signalés à différents endroits, y compris en Ontario, ce qui réaffirme le rôle essentiel de l'assurance de la qualité dans la prestation d'excellents soins aux patients. Étant donné que les prestataires de services de diagnostic doivent souvent prendre des décisions dans des conditions d'incertitude, un certain degré d'erreur est peut-être inévitable. Pour réduire la probabilité de telles erreurs, pour rassurer le public et pour aider les médecins et les organisations où ils travaillent à prodiguer des soins de qualité, il est nécessaire d'identifier les mesures de protection réglementaires et prescrites par la loi déjà en place et, le cas échéant, de déterminer les mesures officielles supplémentaires qui peuvent s'imposer. Ces situations agissent comme rappels utiles de la nécessité d'examiner continuellement les approches actuelles et d'identifier de nouvelles approches de la confirmation et de l'amélioration de l'exactitude du diagnostic, ce qui est avantageux pour les soins prodigués aux patients et la sécurité de ceux-ci.

De nombreux aspects de la radiologie diagnostique la rendent propice à la mesure et l'amélioration objectives du rendement. Le domaine de la radiologie est en grande partie numérique, et les médecins en imagerie ont l'habitude de s'aider mutuellement à apprendre. La discipline a également montré sa capacité à s'adapter à l'évolution rapide de la technologie. Toutefois, lors de la conception d'une approche de la gestion de la qualité en imagerie diagnostique, il est important de veiller à ce que le programme soutienne une amélioration significative du rendement, plutôt que simplement effectuer le taux d'erreur de chaque personne. Il s'agit de déterminer s'il est préférable d'étudier les *quoi, quand et comment* d'un événement plutôt que de se concentrer étroitement sur le *qui*.²

1.2 L'état actuel de l'imagerie diagnostique en Ontario

Plus de 20 millions de procédures d'imagerie diagnostique (ID) sont effectuées chaque année dans les hôpitaux et les établissements de santé autonomes (ESA) de l'Ontario par des spécialistes pleinement qualifiés en imagerie diagnostique qui répondent à des demandes de la part d'autres médecins et professionnels de la santé autorisés. Ces services sont essentiels au diagnostic et au suivi pour un vaste éventail de maladies et de procédures de soins prodigués

« [traduction] L'indicateur substitut de l'excellence en radiologie qui est devenu accepté est l'uniformité des évaluations par différents radiologistes, et la technique qui est devenue la norme pour l'évaluation de l'accord est l'évaluation par les pairs. »

- [A workstation-integrated peer review quality assurance program: pilot study](#). O'Keeffe et al. BMC Medical Imaging 2013, 13:19

¹ Newman-Toker, D. E. et Pronovost, P. J. (2009). [Diagnostic Errors—The Next Frontier for Patient Safety](#). *Journal of the American Medical Association*, 301(10), 1060-2.

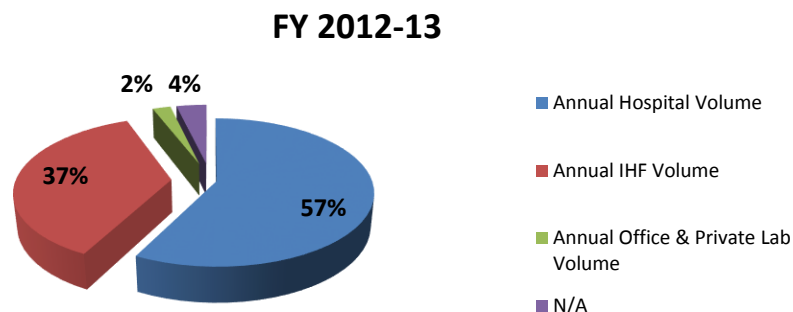
² Larson, D. B. and Nance, J. J. (2011). [Rethinking Peer Review: What Aviation Can Teach Radiology about Performance Improvement](#). *Radiology*, 259(3), 626-32.

aux patients, et ils sont fournis à un niveau de qualité élevé dans les hôpitaux universitaires et communautaires, ainsi que dans les établissements de santé autonomes (ESA). Les données administratives suivantes reçues de la part de la Direction de l'analytique en matière de santé du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD) résument les volumes en matière de service, les modalités de traitement et d'autres données sur les établissements relatives aux services de radiologie fournis en Ontario pendant l'exercice financier 2012-2013. Il est important de noter que ces données ne représentent pas de manière définitive les volumes de ces services et les emplacements où ils sont fournis, particulièrement dans le cas de ceux qui sont associés aux ESA, car les données actuelles n'incluent pas les volumes de tomographie par ordinateur et d'imagerie par résonance magnétique (IRM) effectués dans les ESA (que l'on estime être relativement peu élevés), et les structures de données actuelles rendent plus difficile le calcul de volumes fondés sur les sites.³ Dans le cadre de la planification de la mise en œuvre, une analyse plus détaillée, effectuée en collaboration avec les partenaires du ministère, sera requise. Toutefois, cette analyse constitue une évaluation d'ordre de grandeur des volumes totaux et des proportions fournies dans les hôpitaux par rapport aux ESA.

Environ 60 % des procédures d'imagerie diagnostique sont effectuées dans des hôpitaux, où sont effectués la majorité des tomodensitogrammes et des examens par IRM.

Figure 1 : Volumes de radiologie par emplacement – Données du MSSLD (exercice financier 2012-2013)

Volume total des services de radiologie	21 982 307
Volume annuel dans les hôpitaux	12 507 972
Volume annuel dans les ESA	8 190 749



³ Remarque : en raison des mises en garde associées aux données fournies, il faut faire preuve de prudence avant de tirer des conclusions relatives au paysage des services d'ID.

- Les données provenant du ministère sont fondées sur les codes de facturation des médecins et incluent donc les volumes de services pour patients hospitalisés et externes dans les hôpitaux.
- Les données provenant du ministère ne contiennent pas le volume des services de tomographie par ordinateur et d'IRM fournis par les ESA.
- Les données incluent des écritures dont le type d'emplacement est « Non assigné », ce qui est attribuable aux caractères incomplets des renseignements inscrits sur les formulaires au moment où les services étaient prodigués.
- Les données fournies pour les ESA sont fondées sur les volumes de service par site. Toutefois, il a été observé que les volumes n'étaient pas réellement représentatifs des sites. Une tentative a été faite pour regrouper les données pour les sites portant le même nom de clinique.
- Les données du ministère ne valident pas la structure de propriété des sites des ESA, ce qui peut entraîner une représentation insuffisante de certaines organisations qui exploitent plusieurs ESA sous différents noms.

Les dix principaux établissements représentent un pourcentage important des volumes de service et il existe un chevauchement important entre les dix principaux hôpitaux qui effectuent des tomodensitogrammes et des examens par IRM et ceux qui effectuent des examens par ultrason et des radiographies. Dans les deux cas, le Réseau universitaire de santé, Credit Valley et Trillium (maintenant Trillium Health Partners) et Sunnybrook Health Sciences Centre produisent le plus grand volume. Parmi les hôpitaux, les dix principaux établissements en matière de volume fournissent presque 40 % de toutes les procédures d'imagerie diagnostique effectuées en milieu hospitalier.

À l'opposé, les examens par ultrason et les radiographies sont les services clés offerts par les ESA. Les dix principaux ESA en matière de volume fournissent un peu plus de 40% de la totalité des examens par ultrason et des radiographies effectués dans les ESA. Des détails de cette analyse sont disponibles sur demande.

Étant donné qu'en Ontario, les procédures d'imagerie diagnostique sont effectuées dans différents contextes et dans des établissements assujettis à différentes exigences réglementaires et responsabilités, toute recommandation à l'échelle provinciale relative à l'évaluation par les pairs devrait appuyer la prestation de services *à l'endroit où ils sont prodigués actuellement* et devrait établir des processus uniformes et sensibles à la culture globale d'amélioration de la qualité. De même, la planification de la mise en œuvre doit tenir compte des différences d'échelle et d'infrastructure entre les grands hôpitaux et les plus petites organisations telles que les ESA, afin de faciliter la participation et la couverture complètes.

1.3 Définition de l'évaluation par les pairs

Étant donné l'éventail de définitions de l'évaluation par les pairs et des approches de celle-ci dans le contexte des soins de santé, le comité d'experts sur la qualité de l'imagerie diagnostique a initialement mis l'accent sur l'établissement d'une définition uniforme et partagée, sur l'acceptation commune des objectifs d'un programme d'évaluation par les pairs et sur le positionnement de l'évaluation par les pairs à l'intérieur du contexte d'un cadre global de gestion de la qualité.

La définition acceptée par le comité d'experts est celle fournie par l'Association canadienne des radiologistes (CAR), qui décrit l'évaluation par les pairs comme « un terme générique qui désigne un

« [traduction] L'évaluation par les pairs pourrait servir de guide ou de juge, mais ne peut pas bien remplir ces deux fonctions à la fois (et il ne semble pas qu'elle effectue très bien cette dernière fonction). »

~ Rethinking Peer Review: What Aviation Can Teach Radiology

processus d'autoréglementation par une profession ou un processus d'évaluation exigeant la participation de personnes qualifiées dans un domaine donné. Des méthodes d'évaluation par les pairs sont utilisées pour maintenir les normes à jour, améliorer le rendement et assurer la crédibilité. Un processus d'évaluation par les pairs est habituellement utilisé dans le cadre du programme général d'assurance de la qualité d'un service de radiologie. »⁴ Selon la CAR, l'évaluation par les pairs procure une valeur éducative importante lorsque l'identification de cas divergents se transforme en occasions d'apprentissage actif et d'assurance de la qualité aux fins de l'amélioration de chaque personne et du groupe.

⁴ O'Keefe, M. M., Piche, S. L. and Mason, A. C. (2011). *Le Guide de la CAR sur les systèmes d'évaluation par les pairs* (modifié en 2012). Consulté en juin 2015 à l'adresse : http://www.car.ca/uploads/standards%20guidelines/20120831_EN_Peer-Review.pdf

Bien que les programmes puissent varier en ce qui concerne leur mise en opération, les processus fondamentaux suivants font partie de l'évaluation par les pairs :

Processus d'évaluation par les pairs	Définition
1. Échantillonnage et assignation	Sélection et remise de cas aux médecins participants en vue de l'évaluation par les pairs
2. Analyse et prestation de commentaires	Attribution d'un score au cas et prise de notes relatives au score
3. Examen du cas et discussion	Examen collaboratif de certains cas d'évaluation par les pairs à des fins d'apprentissage et d'éducation parmi les médecins
4. Apprentissage et éducation	Génération de nouvelles connaissances ou compétences pour améliorer la qualité
5. Mesures et rapports	Quantification ou qualification des activités et partage des résultats pour améliorer la qualité
6. Gestion des divergences importantes	Identification et résolution des cas qui reflètent des problèmes potentiels pouvant avoir des répercussions négatives sur les soins prodigués aux patients

Plusieurs principes globaux relatifs à l'évaluation par les pairs ont également été proposés. Un programme efficace d'évaluation par les pairs devrait aider à identifier des occasions d'amélioration de la qualité, contribuant ainsi à assurer la compétence et à améliorer les résultats pour les patients. L'idéal serait que les cas soient sélectionnés de manière aléatoire, afin de fournir une représentation large du travail effectué dans un service de radiologie ou un établissement en particulier. Le processus d'évaluation devrait être uniforme, tous les employés étant mis au courant des règles et des procédures établies et devant les respecter. Le processus devrait également être effectué dans les plus brefs délais pour représenter l'état actuel du rendement, et les interprétations devaient être évaluées dans un délai raisonnable après le rapport initial. L'évaluation par les pairs devrait être effectuée de façon continue, afin qu'un suivi des données puisse être effectué au fil du temps et analysé pour révéler les tendances. L'un des facteurs de succès les plus importants pour tout programme d'assurance de la qualité est la participation. Comme pour tout processus d'évaluation du rendement, pour encourager une participation complète et efficace, l'évaluation par les pairs ne devrait pas être punitive, elle ne devrait avoir qu'un effet minimal sur le déroulement des travaux, et elle devrait permettre une participation facile.⁵

Les *caractéristiques* de l'évaluation par les pairs sont ce qui la distingue des autres processus d'assurance de la qualité. Selon le Guide de la CAR sur les systèmes d'évaluation par les pairs (p. 15), les caractéristiques suivantes sont partagées par les programmes d'évaluation par les pairs :

- le processus permet une double analyse réactive ou proactive (deux médecins interprétant le même examen);
- le processus permet la sélection aléatoire d'examens à réviser selon un horaire préétabli;
- les vérifications et les procédures sont représentatives du travail accompli dans la spécialité de chaque médecin;

⁵ Mahgerefteh, S., Kruskal, J. B., Tam, C. S., Blachar, A., and Sosna, J. (2009). Peer review in diagnostic radiology: current state and a vision for the future. *Radiographics*, 29(5), 1221-31.

- le processus permet l'évaluation de la concordance du rapport initial avec la révision subséquente (ou avec les constatations de nature chirurgicale ou pathologique);
- les constatations faites pendant les évaluations par les pairs concernant le niveau de qualité sont soumises à une classification approuvée (c'est-à-dire selon une échelle d'évaluation de 1 à 4);
- des politiques et des procédures sont en place pour prendre des mesures lorsque les résultats de l'évaluation par les pairs révèlent des écarts importants, et ce, à des fins d'amélioration de la qualité;
- des statistiques sommaires et des comparaisons peuvent être produites pour chaque médecin par modalité pour aider le coordonnateur à évaluer des normes de rendement;
- l'on peut obtenir des données sommaires pour chaque établissement ou pratique par modalité afin de faciliter la réalisation du programme d'AQ du service;
- l'on dispose d'une stratégie de correction des écarts et de formation pour les personnes et le service lorsque des écarts sont décelés.

Un autre élément important de l'évaluation par les pairs est l'établissement d'un comité local qui assure la surveillance du processus. Ce comité est composé de médecins et d'un président désigné, qui peut être le chef ou le conseiller en qualité. Ce comité appuie l'élaboration et la mise en œuvre locales du programme d'évaluation par les pairs, permet l'examen des divergences importantes, et agit comme guide dans le cadre des processus globaux d'apprentissage et d'éducation qui constituent la clé de la réussite de l'évaluation par les pairs. Toutefois, la responsabilité locale suprême pour le programme repose avec les médecins qualifiés en imagerie qui agissent en tant que chefs de service (hôpitaux) ou conseillers en qualité (ESA), qu'ils soient ou non membres du comité.

L'importance de l'élaboration d'une définition commune de l'évaluation par les pairs et du travail avec cette définition est soulignée par les conclusions d'un sondage élaboré et distribué aux hôpitaux et aux ESA en mai 2014. Le sondage avait pour but d'évaluer l'état actuel de l'adoption de l'assurance de la qualité (AQ), spécifiquement des programmes d'évaluation par les pairs pour l'imagerie diagnostique, dans ces établissements, ainsi que d'obtenir des renseignements concernant les volumes et les services.

Selon les résultats de ce sondage, bien que certains hôpitaux et ESA signalent avoir adopté des programmes d'évaluation par les pairs, les caractéristiques de la majorité de ces programmes ne semblent pas s'harmoniser avec les éléments de l'évaluation par les pairs qui sont actuellement recommandés dans le cadre des lignes directrices relatives à l'évaluation par les pairs de l'Association canadienne des radiologistes. Toutefois, le fait que bon nombre de ces programmes soient en œuvre reflète la réceptivité du secteur au processus d'évaluation par les pairs et constitue une base solide pour l'élaboration d'une approche uniforme de la mise en œuvre de l'évaluation par les pairs.

En fait, les radiologistes de l'Ontario sont à l'avant-plan des efforts d'introduction de l'évaluation par les pairs dans les pratiques d'imagerie diagnostique. Facilités par l'arrivée de systèmes d'imagerie numérique tels que les systèmes d'archivage et de transmission d'images (PACS) et les Systèmes d'information radiologique (SIR) et par le déploiement de technologies d'imagerie numérique, le développement et la disponibilité croissants de systèmes électroniques d'évaluation par les pairs constituent un événement relativement récent dans les environnements d'imagerie diagnostique. Le type de programme d'évaluation par les pairs envisagé pour l'Ontario se déroule au poste de travail, a lieu entre les médecins et appuie l'apprentissage et l'éducation de tous les médecins qui lisent les images, quels que soient la modalité et l'emplacement de l'imagerie.

1.4 Évaluation par les pairs dans le contexte plus large de gestion de la qualité

Il est important de noter que l'évaluation par les pairs constitue un élément clé d'un cadre exhaustif d'AQ. La figure 2 illustre l'évaluation par les pairs dans le contexte d'un cadre de qualité plus large. À elle seule, l'évaluation par les pairs ne garantit pas la qualité. Toutefois, dans le cadre d'un éventail d'outils d'AQ, elle peut appuyer le développement d'une culture d'amélioration continue de la qualité et contribuer à la mise en œuvre de cadres de qualité plus larges.

De plus, l'interprétation d'images diagnostiques fait partie d'une chaîne d'activités liées à la sécurité des patients et à la qualité des soins, qui inclut la gestion des questions techniques, la communication, la pathologie, les mesures à prendre par le médecin orienteur et les compétences du technicien en radiologie.

Figure 2 : Évaluation par les pairs dans le contexte d'un cadre de gestion de la qualité



Cadre adapté du cadre du programme de gestion de la qualité (PGQ). Action Cancer Ontario/Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, avec les commentaires de G. Ross Baker et de la littérature associée.

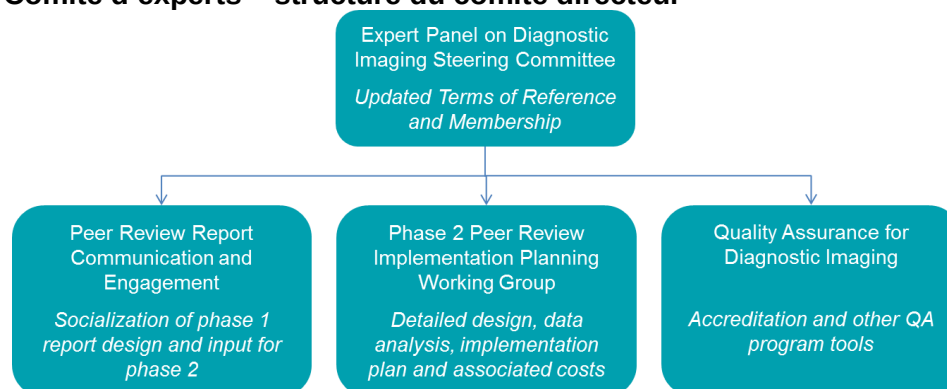
2.0 Approche

2.1 Mandat et structure du comité

Le 3 décembre 2013, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario a demandé à Qualité des services de santé Ontario et à ses partenaires de diriger « la mise en place d'un programme provincial d'examen par les pairs médecins dans tous les établissements où des services d'imagerie diagnostique sont offerts, y compris des clichés mammaires et des tomodensitogrammes. »

À la suite de cette annonce, le comité d'experts sur la qualité de l'imagerie diagnostique a été convoqué dans le but d'élaborer des recommandations pour la conception de ce programme d'évaluation par les pairs (voir le mandat et la liste des membres à l'annexe 2). Le comité d'experts s'est réuni à neuf reprises entre décembre 2013 et juillet 2014 dans le but d'élaborer des recommandations globales relatives à un programme d'évaluation par les pairs en Ontario. Les membres ont suivi un processus structuré et itératif pour examiner la littérature internationale et comprendre le contexte ontarien, définir les objectifs, les principes et les éléments fondamentaux de la conception du programme, et recommander les étapes suivantes. L'une des recommandations clés ayant émergé de la première phase de ces travaux comprenait l'établissement d'un groupe de travail sur la mise en œuvre dont le mandat serait d'élaborer des recommandations concernant plusieurs problèmes de conception en suspens, ainsi que de décrire les détails recommandés pour la mise en œuvre de l'évaluation par les pairs. Le comité d'experts a été reformé comme comité de direction afin de surveiller les activités de ce groupe de travail, de diriger les communications et les efforts de mobilisation des intervenants, et d'élaborer des recommandations relatives à un programme global d'assurance de la qualité (AQ) en Ontario. La figure 3 présente le comité directeur du comité d'experts sur la qualité de l'imagerie diagnostique et les différentes activités qu'il a été chargé de surveiller.

Figure 3 : Comité d'experts – structure du comité directeur



Après sa formation, le groupe de travail sur la mise en œuvre a été chargé de décrire les exigences spécifiques en matière de direction, de ressources, d'infrastructure et de technologie et de déterminer les éléments clés nécessaires à une mise en œuvre réussie de l'évaluation par les pairs en Ontario. Les membres du groupe ont été sélectionnés de manière à refléter la nature opérationnelle des compétences requises pour effectuer cette tâche; ils ont été choisis spécifiquement pour représenter une large gamme de connaissances, d'expertise et d'expérience acquises tant au sein d'hôpitaux que d'ESA (voir le mandat et la liste des membres du groupe de travail à l'annexe 3).

Entre novembre 2014 et mars 2015, le groupe de travail a tenu quatre réunions pour examiner et discuter des approches de la mise en œuvre d'un programme provincial d'évaluation par les pairs et les recommandations relatives à ce processus. Le présent rapport constitue une synthèse des recommandations relatives au programme présentées par le comité d'experts et les considérations détaillées ultérieures du comité de mise en œuvre.

2.2 Analyse des territoires et revue de la littérature

Une analyse des territoires et deux revues distinctes de la littérature ont été effectuées pour appuyer le travail du comité d'experts.

L'analyse des territoires consistait en un examen de sept programmes d'évaluation par les pairs mis en œuvre en Amérique du Nord, ayant tous des modèles de fonctionnement et des stades de développement différents. Une première revue de la littérature a couvert 15 articles

sélectionnés parmi une liste de 56. Ces articles ont été filtrés en fonction des répercussions du programme et de la pertinence pour le contexte ontarien. En plus de ce travail, à la demande de Qualité des services de santé Ontario, la Division de la stratégie et des politiques du système de santé du ministère de la Santé et des Soins de longue durée a effectué une revue détaillée de la littérature publiée entre 2010 et 2014 sur l'évaluation par les pairs, l'accréditation et les pratiques d'assurance de la qualité relatives à l'imagerie diagnostique. Plus de

9 000 publications universitaires et tirées de la littérature grise ont été identifiées en fonction des critères d'inclusion. Après avoir précisé la recherche et l'évaluation de la littérature, 89 publications dont la pertinence était claire ont été incluses. (Tous les documents sont disponibles sur demande.)

Cette évaluation de l'état actuel a donné lieu à l'observation que les approches de l'évaluation par les pairs évoluent encore, car peu de normes ou de pratiques exemplaires ont été établies

« [traduction] La demande que l'évaluation par les pairs soit proactive, éducative et non punitive est appuyée par les raisons présentées dans la littérature. »

- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Literature Review on Diagnostic Imaging: A Report on Discrepancy and Error, Peer Review, Accreditation and Quality

dans les systèmes de soins de santé. Ainsi, l'Ontario a l'occasion de contribuer à l'ensemble de connaissances existantes pendant son avancement d'un programme d'évaluation par les pairs. L'évaluation de toute initiative provinciale et des rapports à ce sujet sont recommandés. L'orientation procurée par ces revues sur plusieurs éléments de l'élaboration et de l'amélioration d'un programme d'évaluation par les pairs est résumée ci-dessous.

Figure 4 : Synthèse de l'orientation procurée par l'analyse des territoires et la revue de la littérature

ÉDUCATION	GOVERNANCE	TECHNOLOGIE	ACCREDITATION
- Un programme d'évaluation par les pairs devrait favoriser un environnement d'apprentissage et d'amélioration pour les médecins en imagerie, en créant une plateforme qui leur permet de communiquer avec leurs pairs - Les programmes d'évaluation par les pairs axés sur le taux de participation sont considérés comme ayant un taux d'adoption plus élevé	- Les processus d'évaluation par les pairs doivent être objectifs et équilibrés - Des échelles de notation (qualitative ou quantitative) sont utilisées pour vérifier et valider les données et pour créer un dépôt que pourront consulter les médecins en imagerie - Des comités indépendants de qualité, constitués de médecins en imagerie, doivent être établis pour l'examen des données et la résolution des divergences - Des groupes locaux de médecins en imagerie devraient être responsables de l'établissement des processus pour les médecins individuels, en fonction des normes fournies, les processus départementaux étant	- La tomographie par ordinateur et l'IRM ont été les champs d'intérêt clés pour la mise en œuvre de la majorité des programmes d'évaluation par les pairs - Les systèmes numériques tels que le PACS et les Systèmes d'information en radiologie (SIR) sont des facteurs clés pour la mise en œuvre de programmes d'évaluation par les pairs - La plus grande échelle et la participation de multiples organisations au sein d'une région géographique peuvent mener au développement d'un « centre d'excellence » en radiologie - La disponibilité et la	- L'accréditation peut être un levier important pour l'adoption du programme d'évaluation par les pairs au niveau de l'établissement - À l'heure actuelle, l'accréditation est un levier utilisé par l'American College of Radiology (ACR) pour maximiser l'adoption du programme d'évaluation par les pairs en radiologie aux États-Unis

2.3 Cadres et méthodologie

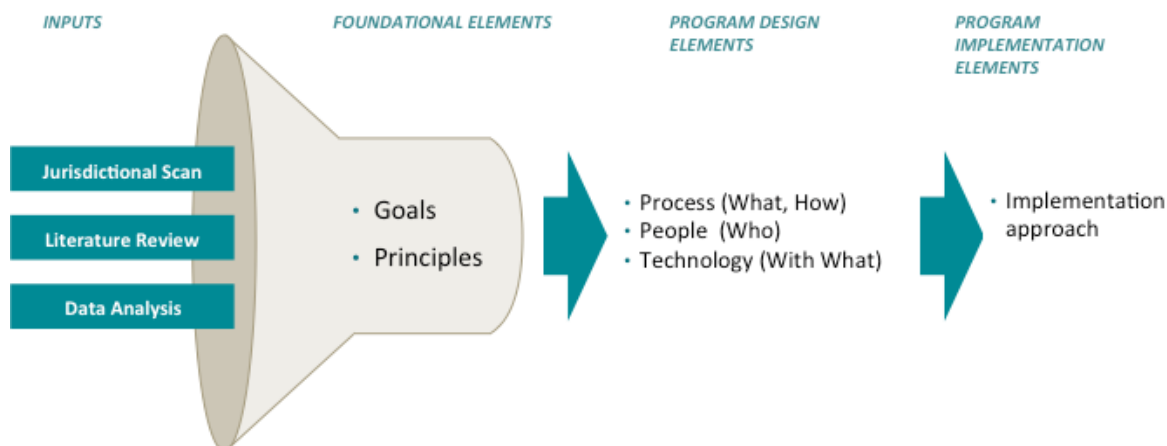
Cette initiative a été lancée en sachant que l'évaluation par les pairs constitue un élément clé d'un programme plus large d'assurance de la qualité pour l'imagerie diagnostique, et que les résultats de ce travail seraient appliqués tant au cadre conceptuel d'un programme provincial d'AQ et à d'autres domaines de la pratique clinique, en plus de l'ID. De plus, cette initiative s'appuie sur les autres efforts provinciaux de gestion de la qualité et s'harmonise avec ceux-ci, y compris des programmes en pathologie diagnostique et le programme de gestion de la qualité (PGQ) codirigé par Action Cancer Ontario et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario pour la mammographie, la coloscopie et la pathologie.

Approche de conception du programme d'évaluation par les pairs

Pendant la première phase de son travail, le comité d'experts a élaboré plusieurs recommandations et objectifs globaux liés à un programme provincial d'évaluation par les pairs,

en utilisant l'approche structurée de la conception décrite dans la figure 5. L'activité de conception était fondée sur des bases de données probantes, des pratiques établies et une compréhension des caractéristiques des services d'imagerie diagnostique et les programmes existants d'évaluation par les pairs actuellement en œuvre dans les hôpitaux et les ESA.

Figure 5 : Cadre de conception de la phase 1 du modèle d'évaluation par les pairs de l'ID en Ontario



Approche de mise en œuvre

Après l'élaboration de recommandations relatives à la conception du programme, le groupe de travail sur la mise en œuvre s'est lancé dans la description d'une approche détaillée de la mise en œuvre de ces recommandations.

Les éléments suivants relatifs à la conception et à la mise en œuvre et les questions associées ont été renvoyés au groupe de travail par le comité directeur du comité d'experts à des fins d'examen :

		Questions
Éléments de conception	Échantillonner, associer et fournir l'image et le rapport pour examen	- L'évaluation par les pairs devrait-elle être obligatoire? - Quelle masse critique de radiologistes est nécessaire pour la mise en œuvre efficace de l'évaluation par les pairs? - Quelles lignes directrices et exigences en matière de confidentialité devraient être mises en place?
	Attribuer un score et faire des commentaires	- Les deux participants verront-ils le score et les commentaires? - Le processus sera-t-il différent pour un établissement isolé et un établissement qui fait partie d'un réseau?
	Renseigner et apprendre	Quelle est la capacité requise en matière d'éducation pour effectuer l'évaluation par les pairs au niveau local, régional ou provincial?
	Identifier et examiner les divergences	- Comment le comité de qualité de l'évaluation par les pairs sera-t-il structuré et comment ses membres seront-ils choisis? - Comment le programme sera-t-il protégé (p. ex., LPRQS)? - Qu'est-ce qui distingue l'évaluation par les pairs d'autres processus de qualité associés?

Éléments de mise en œuvre	Mesurer et déclarer	Comment l'information sera-t-elle recueillie et déclarée? À qui l'information sera-t-elle présentée (p. ex., information sur la participation au programme)?
	Partager	Comment les leçons apprises par les établissements et les réseaux seront-elles partagées?
	Exigences en matière de mise en œuvre et échéancier	- Quelle devrait être la durée de la mise en œuvre? - L'échéancier sera-t-il différent pour les hôpitaux et les ESA? - Quelles sont les initiatives provinciales associées clés avec lesquelles s'harmoniser? - Quelles sont les exigences en matière d'infrastructure pour les TI/la GI? - Les systèmes d'information en radiologie (SIR) et les systèmes d'archivage et de transmission d'images (PACS) intégrés sont-ils des exigences relatives à la participation? - Quelle fonctionnalité logicielle sera requise?
	Soutien à la mise en œuvre, gouvernance et compétences	- Comment les relations publiques seront-elles gouvernées et gérées? - Quel sera le rôle d'une organisation régionale ou provinciale? - Quelles sont les compétences requises pour la mise en œuvre? - Qui surveillera la mise en œuvre?
	Investissements en mise en œuvre	- Quels sont les investissements de haut niveau requis pour une mise en œuvre réussie? - Quels sont les coûts associés à la mise en œuvre?

3.0 Recommandations relatives à la conception du programme

Après ses premières réunions, le comité d'experts a élaboré les recommandations globales suivantes en matière de conception, qui reflètent les valeurs clés et les priorités d'un programme d'évaluation par les pairs et constituent les bases essentielles de la planification de la mise en œuvre.

Les principes de conception définissent et transmettent les caractéristiques clés du produit ou du programme à une vaste gamme d'intervenants, y compris les clients, les collègues et les membres de l'équipe.

Voici les principes élaborés et respectés par le comité d'experts lors de la formulation des

recommandations en matière de conception.

« [traduction] L'évaluation par les pairs devrait identifier des occasions d'amélioration de la qualité, faciliter l'amélioration des résultats et contribuer à une compétence accrue. L'examen des erreurs possibles commises par les collègues constitue une occasion d'apprentissage reconnue pour le médecin réviseur, le médecin qui interprète les images et ceux qui participent à des rondes sur les divergences ou des activités éducatives connexes. »

~ [A workstation-integrated peer review quality assurance program: pilot study](#). O'Keeffe et al. [BMC Medical Imaging](#)

Avec les objectifs du programme, ils constituent la base sur laquelle le programme est bâti et fourni en Ontario.

Principes du programme d'évaluation par les pairs de l'Ontario	Détails
Intégré au sein d'un cadre de qualité plus large	• L'évaluation par les pairs est un des outils d'assurance de la qualité qui appuie le maintien des normes et l'amélioration de la qualité
Fondé sur des normes	• Le programme d'évaluation par les pairs respectera les principes d'évaluation par les pairs de l'Association canadienne des radiologistes (CAR)
Uniformité et couverture à l'échelle provinciale	• Les éléments de l'évaluation par les pairs seront uniformes à l'échelle de la province, mais l'approche de mise en œuvre tiendra compte de l'infrastructure et des besoins des établissements • Le programme sera mis en œuvre au niveau de l'établissement, mais il pourrait être nécessaire pour les établissements de travailler en collaboration pour satisfaire aux normes du programme • Le programme s'appliquera à tous les médecins qui interprètent les images, tous les emplacements des établissements et toutes les modalités
Axé sur l'apprentissage et l'éducation	• Le programme est axé sur l'éducation et l'apprentissage et contribue à un programme global d'éducation en qualité • La prestation de commentaires et d'éducation entre pairs a pour but d'améliorer le niveau global d'apprentissage au sein de la profession
Tenu de rendre compte	• Le programme définit clairement les rôles, les responsabilités et les obligations redditionnelles • Le programme est appuyé par un cadre réglementaire, médico-légal et de confidentialité uniforme
Durable	• La mise en œuvre et l'administration du programme doivent être rentables et efficaces • Le programme tire parti des ressources locales, régionales et provinciales existantes • Le programme reconnaît qu'il existe des divergences entre les sites, qui peuvent nécessiter une allocation de ressources

Les objectifs du programme représentent les résultats par rapport auxquels la réussite du programme devrait être évaluée.

Objectifs du programme

- Amélioration de l'uniformité et de l'exactitude des services de radiologie afin d'améliorer la qualité des soins prodigués aux patients
- Soutien d'une amélioration des compétences en interprétation des images diagnostiques grâce à l'apprentissage entre pairs
- Prise de décisions éclairées concernant le traitement des patients, amélioration de la qualité des programmes, de la formation des médecins et de l'éducation médicale permanente
- Soutien du maintien de l'apprentissage et de l'éducation continus et contribution à une culture d'amélioration de la qualité, de transparence et de responsabilisation, au sein d'un environnement non punitif

Les recommandations en matière de conception du programme sont décrites ci-dessous, selon les sous-processus de l'évaluation par les pairs décrits dans la section 1.2, Définition de l'évaluation par les pairs.

Recommandations relatives à la conception du programme

Éléments de conception du programme : sous-processus	Recommandations
• Échantillonnage et assignation	• L'évaluation par les pairs peut être prospective (avant que le rapport soit final) ou rétrospective (après la soumission du rapport). • Si l'échantillonnage est rétrospectif, il doit être limité dans le temps (près de la date finale de la soumission) afin de maximiser les bienfaits pour les patients. • L'échantillonnage et l'assignation devraient être aléatoires et représentatifs du travail des radiologistes, et les pairs devraient être choisis en conséquence. • La confidentialité est requise dans tous les aspects de l'évaluation par les pairs. • L'anonymat est requis pour les cas examinés à des fins d'apprentissage et d'éducation. L'anonymat entre les médecins qui font le rapport et les médecins réviseurs peut ajouter de la valeur. • Une certaine échelle (nombre de médecins) et un certain niveau d'infrastructure sont requis pour permettre un échantillonnage suffisant, qui peut nécessiter la collaboration des établissements.
• Analyse et prestation de commentaires	• Une approche uniforme et rapide à la notation et la prestation de commentaires dans le cadre du processus d'évaluation par les pairs sont requises. • Un système à quatre points harmonisé avec l'approche de notation ACR RadPeer est recommandé, avec

Éléments de conception du programme : sous-processus	Recommandations
	l'inclusion possible d'une classification ou d'un score séparé pour les « bonnes prises », lorsque des découvertes difficiles ou subtiles sont faites. Ces cas ont une grande valeur sur le plan de l'enseignement. • Une éducation et une formation sur la manière d'effectuer l'évaluation par les pairs sont requises pour assurer une application uniforme. • Les réviseurs pairs devraient pouvoir ajouter des notes pour fournir des commentaires accompagnant le score.
• Examen du cas et discussion	• Les cas seront examinés localement au niveau de l'établissement ou du service de façon régulière. • Un comité local d'examen d'amélioration de la qualité examinera les cas et pourrait également élaborer l'approche d'éducation pour l'établissement ou le réseau (conformément aux lignes directrices du CAR). • Le chef/conseiller en qualité ne fait pas nécessairement partie de ce comité, mais il est chargé d'assurer l'efficacité du fonctionnement et des actions du comité, et il est ultimement responsable des décisions du comité ou des problèmes qui surviennent. • Un équilibre doit être établi entre la protection des professionnels de la santé qui participent ouvertement aux activités d'assurance de la qualité et l'exigence de protéger la sécurité des patients. Les cadres législatifs et réglementaires existants qui régissent la prestation de services d'imagerie diagnostique doivent continuer à évoluer pour tenir compte de ce problème, et ils doivent être appliqués de façon uniforme dans tous les établissements qui effectuent l'interprétation d'images diagnostiques. Pour obtenir une discussion détaillée de cette question, veuillez consulter la section 4.2. • Les médecins devraient être informés des scores obtenus lors de l'évaluation par les pairs. • Les divergences importantes seront relevées afin que le comité local d'examen en fasse un suivi immédiat. • Le comité local d'examen de l'amélioration de la qualité est chargé de déterminer le suivi approprié une fois que l'existence d'une divergence importante a été confirmée.
• Apprentissage et éducation	• L'apprentissage et l'éducation constituent les principaux objectifs du programme d'évaluation par les pairs. • Des rondes éducatives structurées ou des conférences d'évaluation par les pairs dérivées du processus d'examen des cas devraient avoir lieu régulièrement. • Les médecins doivent participer à ces activités éducatives. • Les points d'apprentissage devraient être documentés à partir de ces activités, déclarés et partagés.

Éléments de conception du programme : sous-processus	Recommandations
Mesures et rapports	- Le nombre de cas et les scores des examens peuvent être déclarés au niveau du médecin et au niveau de l'établissement afin de soutenir la gestion du programme. - Les rapports au niveau provincial sont importants pour assurer la transparence et pour démontrer que des efforts sont faits au niveau du médecin et de l'établissement pour soutenir l'assurance de la qualité. Pour obtenir les recommandations détaillées relatives aux rapports, veuillez consulter la section 5.5. - Les mesures et les rapports sont des caractéristiques importantes de la responsabilisation. Les rapports continus seront la responsabilité de Qualité des services de santé Ontario.
Gestion des divergences importantes	- Bien qu'elle soit conçue pour l'éducation et l'apprentissage continu, l'évaluation par les pairs peut faire apparaître des problèmes qui nécessitent un suivi auprès des patients et des médecins qui interprètent les images. - Dans les cas où une divergence importante est identifiée, un addenda peut devoir être ajouté au rapport dans les plus brefs délais et une divulgation peut devoir être faite au patient afin de respecter les normes cliniques et professionnelles. - La validation par le comité local d'amélioration de la qualité de l'existence d'une divergence majeure demande que le chef/conseiller en qualité détermine le suivi approprié à effectuer auprès du médecin. - Le comité d'examen est tenu d'envoyer les problèmes dans les plus brefs délais à l'extérieur du programme d'évaluation par les pairs afin qu'un suivi approprié soit effectué par le chef/conseiller en qualité. Le mandat du comité local d'examen doit préciser clairement ses responsabilités à cet égard. - Dans tous les cas, les soins prodigués aux patients constituent le principal objectif et les lignes directrices et normes cliniques doivent être respectées de façon uniforme. - Les approches locales existantes de l'implication d'organismes tels que le comité consultatif médical, le conseil d'administration et d'autres entités consultatives resteront des mécanismes par l'entremise desquels les divergences importantes continueront d'être résolues et, au besoin, déclarées à l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. - Pour obtenir les recommandations détaillées relatives au suivi, veuillez consulter la section 5.4.

4.0 Principes et hypothèses relatifs à la mise en œuvre

4.1 Principes directeurs

Une fois ses recommandations formulées, le comité d'experts a élaboré une série de principes de mise en œuvre devant être respectés pendant cette phase ultérieure des travaux.

Principe de mise en œuvre	Détails
Par phases et itérative	Organiser la mise en œuvre en phases, où chaque phase incorpore les leçons apprises lors des phases précédentes
Harmonisation avec les initiatives connexes	- Le cas échéant, la mise en œuvre du programme doit s'harmoniser avec d'autres initiatives connexes, y compris le moment où elles se découlent et leur cible (p. ex., évaluation par les pairs de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, PGQ relatif aux clichés mammaires, référentiels d'images diagnostiques de cyberSanté Ontario, paramètres de pratique clinique d'ESA de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario) - L'évaluation par les pairs devrait être mise en œuvre dans le cadre d'un programme global de gestion de la qualité
Tenir compte des répercussions, des risques et de la préparation lors de l'élaboration des phases de mise en œuvre	- Fournir un soutien à toutes les initiatives locales prêtes à être mises en œuvre, conformément à cette norme de conception - Mettre l'accent sur les modalités à risque élevé (tomographie par ordinateur et IRM) et aux centres à plus grands volumes, où l'éducation et l'apprentissage peuvent avoir des répercussions à grande échelle - Établir des relations rapides dans les centres plus petits ou plus isolés afin d'obtenir une plus grande couverture géographique - Identifier les critères clés de préparation et chercher à tirer parti des initiatives existantes afin que les facteurs clés soient en place - Une attention et un soutien spéciaux seront requis pour répondre aux besoins des emplacements plus petits ou plus éloignés
Soutien par des ressources, des outils et une infrastructure appropriés	- Veiller à ce que la mise en œuvre comprenne l'infrastructure requise pour soutenir les éléments suivants : - Leadership continu de la mise en œuvre, afin de guider et de soutenir l'adoption - Ressources et infrastructure pour le programme d'éducation et d'apprentissage, afin d'en soutenir le développement dans le cadre de la mise en œuvre

Principe de mise en œuvre	Détails
	• Plan et soutien exhaustifs de communication et de mobilisation des intervenants • Infrastructure, technologie et ressources locales et régionales pour mettre en œuvre le programme et le soutenir • Aucune solution technologique spécifique de soutien de l'évaluation par les pairs ne devrait être stipulée • Élaboration de communications pour les patients et le public afin de les informer de l'intention, de l'étendue et des avantages du programme d'évaluation par les pairs d'une manière qui est significative et appropriée pour répondre à leurs besoins en matière d'information et permettre la réalisation de la transparence en tant que but global

4.2 Hypothèses relatives à la mise en œuvre

Les efforts du groupe de travail sur la mise en œuvre sont faits dans un contexte d'initiatives provinciales de qualité nouvelles et en évolution, et d'activités plus larges de transformation du système de santé. En dépit de ces facteurs, le groupe de travail a mis l'accent sur les jugements solides et consensuels fondés sur les renseignements disponibles. Pour faciliter ce processus, le groupe de travail a commencé en énonçant ses hypothèses fondamentales liées à l'évaluation par les pairs, qui constituent la base de l'approche et des recommandations élaborées.

L'évaluation par les pairs soutient une culture de qualité et d'apprentissage continu

L'évaluation par les pairs réussie est axée sur l'éducation et non punitive. Toutefois, les défis inhérents à l'établissement de processus d'évaluation par les pairs sont généralement associés au développement d'une culture d'amélioration continue de la qualité dans un grand nombre d'établissements diversifiés. La mise en œuvre de l'évaluation par les pairs devrait mettre l'accent sur l'encouragement de cette culture d'amélioration continue et d'éducation, sans oublier que toute indication de conséquences négatives découlant de l'évaluation par les pairs à elle seule peut compromettre l'adoption et l'efficacité d'un programme d'évaluation par les pairs. Pour ces raisons, toutes les recommandations liées à la mise en œuvre fournies dans les présentes mettent l'accent sur l'éducation et le développement d'une culture de qualité.

La protection en vertu de la Loi sur la protection des renseignements sur la qualité des soins (LPRQS) est essentielle pour l'évaluation par les pairs

La Loi de 2004 sur la protection des renseignements sur la qualité des soins (LPRQS) a été adoptée pour encourager les fournisseurs de soins de santé à échanger des renseignements sur la prestation des soins de santé au sein de leur organisation afin d'améliorer ces soins, sans craindre que les renseignements échangés soient utilisés contre eux. En vertu de la LPRQS, un hôpital ou autre organisation admissible (p. ex., ESA) peut nommer un comité sur la qualité des soins (CQS) dans le but d'étudier ou d'évaluer la prestation de soins de santé afin d'améliorer ou de maintenir la qualité des soins de santé prodigués dans cet établissement ou le niveau de compétence, de connaissances et de l'habileté des personnes qui les prodiguent. La LPRQS veille à ce que les renseignements préparés spécifiquement par ou pour un CQS, sous réserve de différentes exclusions énoncées ci-dessous, soient protégés contre la divulgation lors de procédures juridiques et de presque toutes les autres divulgations. Aujourd'hui, la LPRQS est généralement utilisée par les hôpitaux de l'Ontario comme soutien lors d'examen d'incidents

critiques et de processus de qualité, tels que l'évaluation par les pairs et les rondes de mortalité et de morbidité.

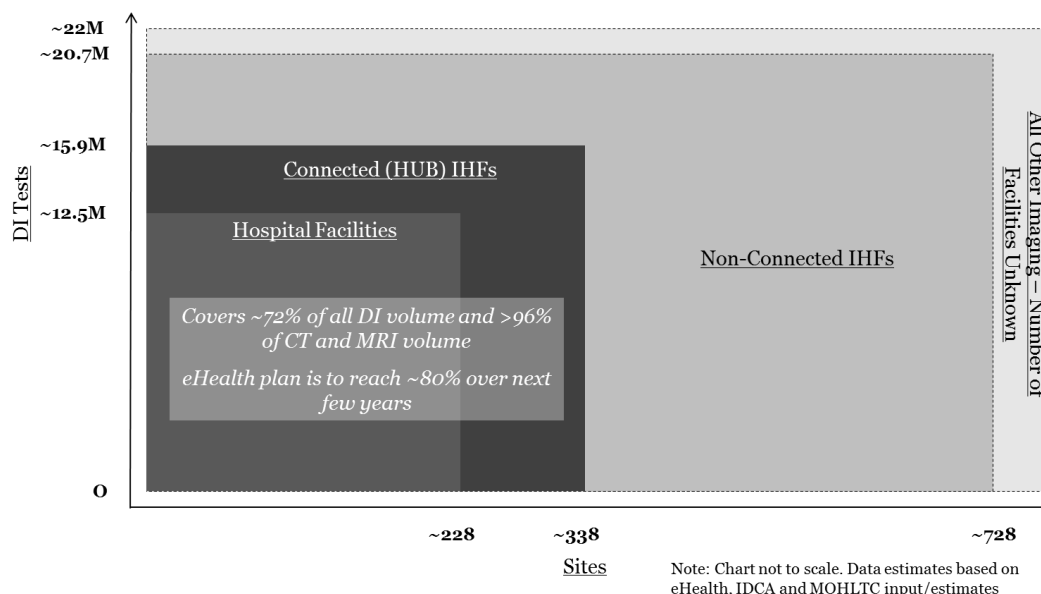
La LPRQS reconnaît qu'il faut trouver un équilibre entre la protection d'un professionnel de la santé qui participe ouvertement à des activités d'assurance de la qualité et la nécessité de protéger la sécurité des patients dans les cas où les activités d'assurance de la qualité révèlent des risques potentiels pour les patients. Le groupe de travail a conclu qu'aux fins du présent rapport, toutes les recommandations devaient supposer que la LPRQS s'applique aux renseignements générés dans le cadre d'un programme d'évaluation par les pairs, que les médecins fournissent des services d'imagerie dans les hôpitaux ou les ESA. Les membres du groupe de travail ont observé que si les données générées dans le cadre d'un programme d'évaluation par les pairs n'étaient pas protégées, cela nuirait à l'établissement d'un environnement d'apprentissage productif et approprié et pourrait compromettre le mandat d'évaluation par les pairs à l'échelle de la province.

Une évaluation par les pairs non numérique n'est pas idéale, mais elle est possible

Comme il n'existe aucune source définitive de données sur les volumes et les modalités d'imagerie diagnostique qui indique les types d'établissements, le groupe de travail a pris contact avec cyberSanté Ontario, l'Independent Diagnostic Clinics Association et MSSLD et leur a demandé des données afin d'évaluer le degré de numérisation en Ontario. Étant donné que la numérisation est considérée comme un facteur qui facilite l'évaluation par les pairs, son état actuel était considéré comme étant important pour la planification de la mise en œuvre.

On estime qu'environ 72 % de tous les volumes d'ID et plus de 90 % des volumes de tomographie par ordinateur et d'IRM sont liés au dépôt d'imagerie diagnostique (DID) et les images peuvent donc être partagées à l'intérieur des établissements et entre ceux-ci. Toutefois, il existe probablement plus de 350 sites d'ESA qui ne sont actuellement pas liés au DID, ce qui signifie qu'ils ne sont **pas nécessairement** liés à d'autres établissements ou qu'ils peuvent exploiter des pratiques (ou des parties de leur pratique, p. ex., clichés mammaires) de radiologie analogique (sur film).

Figure 6 : Répartition de l'imagerie diagnostique par type d'établissement en Ontario



Remarque 1 : l'OAD indique que plusieurs hôpitaux exploitent des programmes analogiques pour les clichés mammaires.

Remarque 2 : hypothèse que 155 associations hospitalières composent 228 sites qui effectuent l'ID.

Remarque 3 : on estime qu'il existe environ 500 sites d'ID en Ontario, qui comprennent entre 350 et 400 groupes de propriétaires.

Bien que le groupe de travail ait éprouvé des difficultés à générer des plans de mise en œuvre qui comprenaient des programmes analogiques (p. ex., randomisation d'images générée par un programme comme Excel), il a conclu que l'absence de numérisation, à elle seule, ne devait pas être une raison pour exclure les établissements de la mise en œuvre de l'évaluation par les pairs et qu'un mandat d'évaluation par les pairs devrait tout de même s'appliquer à chacun des quelque 700 établissements en Ontario qui effectuent de l'imagerie diagnostique. Bien qu'il soit reconnu que cela pourrait imposer un fardeau supplémentaire à certains petits établissements, il a été convenu que l'amélioration de la qualité procurée par l'évaluation par les pairs ne devait pas être sacrifiée par ces organisations. De plus, l'évaluation par les pairs pouvait être considérée comme un incitatif pour les établissements à moderniser leur équipement analogique désuet en se procurant de l'équipement neuf de meilleure qualité, qui pourrait aider à améliorer la qualité des soins prodigués aux patients en Ontario.

Des ressources suffisantes sont requises pour appuyer la mise en œuvre

Pour assurer la réussite de l'évaluation par les pairs, que ce soit du point de vue culturel et de gestion du changement ou du point de vue de la qualité, la mise en œuvre devra être soutenue et financée adéquatement, qu'elle ait lieu dans un hôpital ou un ESA. L'évaluation par les pairs doit être considérée dans le cadre plus large de l'amélioration de la qualité et non comme une seule initiative axée sur les services d'imagerie diagnostique plutôt que sur les autres domaines de la pratique médicale. La première étape de la mise en œuvre de l'évaluation par les pairs met l'accent sur les radiologistes, mais le programme et les investissements requis pour le mettre en œuvre devraient être applicables à d'autres spécialisations. Le financement de l'évaluation par les pairs doit être pris en considération dans le contexte des autres initiatives de qualité actuellement planifiées.

5.0 Conception de la mise en œuvre

Les recommandations présentées ici tirent parti des compétences et des connaissances des chefs de file en mise en œuvre de l'évaluation par les pairs et des bases établies par le comité d'experts de l'Ontario sur la qualité de l'imagerie diagnostique, lors de la phase de conception du programme. Elles sont divisées conformément à chacun des éléments de conception présentés dans la section 2.2, Cadres et méthodologies.

5.1 Échantillonner, associer et fournir l'image et le rapport pour examen

Participation obligatoire

L'évaluation par les pairs devrait être obligatoire pour tous les établissements et toutes les modalités, et faire partie d'un programme global de gestion de la qualité de l'établissement (en supposant que les exigences essentielles pour la mise en œuvre de l'évaluation par les pairs sont en place). Lorsqu'il existe déjà un mécanisme de qualité pour une modalité spécifique (p. ex., clichés mammaires) pour lequel un programme robuste d'évaluation par les pairs n'est pas déjà actif, la modalité devrait tout de même être incluse dans un programme d'évaluation par les pairs. Bien qu'il soit reconnu que les radiologistes comptent parmi les premiers à adopter l'évaluation par les pairs, un niveau équivalent d'évaluation par les pairs devrait finir par s'appliquer à tous les autres médecins qui fournissent des services d'imagerie dans le cadre de leur pratique médicale.

Il est important de comprendre les répercussions de cette approche. Bien que la mise en œuvre initiale concernera principalement les radiologistes, une harmonisation dans toutes les spécialisations qui fournissent des services d'imagerie devrait être recherchée. De plus, la structure globale et les leçons retenues lors de la mise à jour de l'évaluation par les pairs en imagerie diagnostique devraient constituer la base de l'évaluation par les pairs dans d'autres spécialisations, tout en reconnaissant que certains aspects concrets seront différents et devront être pris en considération.

Lorsqu'une évaluation par les pairs est déjà en place pour d'autres spécialisations dans certains centres, des efforts devraient être faits dans l'établissement ou au niveau régional pour

harmoniser les programmes. D'un point de vue concret, il est important de noter que dans certains cas, des personnes autres que des radiologistes devront faire partie du processus d'évaluation par les pairs, par exemple lors de leur intégration au département de radiologie de l'hôpital ou de l'ESA. De même, des investissements en logiciels d'évaluation par les pairs et en programmes de gestion de la qualité ne devraient pas mettre exclusivement l'accent sur les radiologistes et la radiologie; ils devraient être échelonnables à d'autres spécialisations où de tels programmes pourraient s'appliquer à l'avenir.

Du point de vue de l'établissement, le processus d'évaluation par les pairs lui-même sera effectué par les médecins en imagerie. Toutefois, la gouvernance et les activités du programme devraient être incluses dans le cadre d'un programme plus large d'assurance de la qualité dans l'établissement. La distinction est importante : bien que tous les médecins qui lisent les images devront finir par participer, l'établissement devra s'assurer que le processus respecte un programme ou un cadre d'assurance de la qualité. Les médecins seront alors tenus responsables de développer des programmes eux-mêmes et de fournir des assurances pertinentes à leurs établissements.

Masse critique

Pour bien exécuter un programme d'évaluation par les pairs, il faut une masse critique de radiologistes. La masse critique fait référence à un nombre suffisant de cliniciens pour permettre une bonne correspondance entre les radiologistes (autrement dit, associer des personnes qui ont des spécialisations semblables) et pour l'établissement d'un comité de qualité de l'évaluation par les pairs visant à surveiller et guider le programme au niveau local. Pour être considéré comme ayant une masse critique, un programme doit avoir accès à au moins un médecin jumelé pour effectuer des évaluations. Étant donné les défis associés à la mise en relation de radiologistes jumelés, particulièrement à l'intérieur de sous-spécialisations, certains médecins pourraient devoir effectuer des évaluations par les pairs à l'extérieur de leur établissement (ou de leur département à l'intérieur d'un établissement donné). Cela sera également le cas pour les praticiens isolés qui travaillent dans des ESA. En fin de compte, le facteur qui limitera la possibilité de déterminer si un établissement sera en mesure ou non d'effectuer une évaluation interne par les pairs sera sa capacité à atteindre le seuil de quatre radiologistes recommandé par la CAR pour un comité de qualité de l'évaluation par les pairs. Même les établissements qui peuvent jumeler les radiologistes à l'interne devront former des réseaux avec d'autres établissements s'ils ne peuvent pas constituer de comité de qualité de l'évaluation par les pairs.

Exigences en matière de confidentialité

La confidentialité au sein du programme d'évaluation par les pairs est une nécessité absolue. Cela va de l'évaluation des cas au transfert des données, en passant par les activités du comité de qualité de l'évaluation par les pairs lui-même. Le principe de confidentialité correspond de près à l'exigence de protection de l'évaluation par les pairs prescrite par la LPRQS, en vertu de laquelle les hypothèses et les avis échangés entre les médecins qui lisent les images sont protégés.

Tandis que d'autres endroits ont tenté d'introduire l'anonymat entre les médecins (autrement dit, entre l'évaluateur et la personne évaluée, mais pas entre les membres du comité de qualité de l'évaluation par les pairs) en tant qu'exigence des programmes d'évaluation par les pairs, plusieurs programmes déjà à l'œuvre en Ontario ne font aucune stipulation relative à l'anonymat. Il est important de noter que les membres du groupe de travail ne voient pas tous la valeur de l'anonymat; toutefois, ils reconnaissent tous qu'il s'agissait d'un principe que de nombreuses personnes trouveraient important et qu'il pourrait ajouter une valeur supplémentaire au programme.

Le groupe de travail reconnaît que l'anonymat ne sera probablement pas réalisable en pratique dans les plus petits établissements ou même à l'intérieur de plus gros établissements, où les médecins connaissent les styles de rapport de leurs collègues. Pour cette raison, il est

recommandé que les politiques relatives à l'anonymat soient établies au niveau de l'établissement et soient mises en place par le comité de qualité de l'évaluation par les pairs, le cas échéant.

5.2 Attribuer un score et faire des commentaires

Réception de commentaires

Pour que le programme puisse atteindre ses objectifs ultimes, à savoir l'éducation et l'apprentissage, les personnes examinées doivent pouvoir voir les scores des évaluateurs et leurs commentaires. Pour cette raison, ces deux éléments devraient être partagés et utilisés pour favoriser une culture d'éducation et d'apprentissage, sans blâme.

Différences entre les types d'établissements

Comme mentionné, les établissements (hôpitaux et ESA) qui ne peuvent pas atteindre une masse critique devront former des réseaux pour effectuer un jumelage avec des radiologistes de l'extérieur ou établir des comités de qualité de l'évaluation par les pairs. Une fois les médecins jumelés, un comité de qualité de l'évaluation par les pairs établi et le programme en place, les établissements isolés auront des processus et des activités fondamentalement semblables à ceux qui font partie de réseaux. Toutefois, en pratique, un réseau devra gérer plusieurs problèmes que ne rencontreront probablement pas les établissements isolés. Cela inclut :

- la gestion d'un comité de qualité de l'évaluation par les pairs dont les membres se trouvent dans différents établissements.
- l'éducation de médecins jumelés qui ne se trouvent pas physiquement au même endroit.
- la gestion des renseignements et des rapports relatifs à l'évaluation par les pairs entre les établissements et entre les membres du comité de qualité de l'évaluation par les pairs.
- l'application aux différents établissements de la LPRQS et d'autres exigences législatives, réglementaires et politiques fondées sur les établissements.

Il est essentiel de résoudre ces problèmes pour faciliter le fonctionnement d'un programme d'évaluation par les pairs dans un réseau. Ce rapport discute d'un mécanisme approprié pour le soutenir dans la section 6.2, Soutien à la mise en œuvre, gouvernance et compétences.

5.3 Renseigner et apprendre

Responsabilités et approches locales

Comme l'éducation et l'apprentissage constituent le point central du programme, les établissements devraient se charger d'organiser les activités éducatives qui découlent du processus d'évaluation par les pairs. Les comités locaux de qualité de l'évaluation par les pairs agiront en tant que conduits pour l'établissement et la prestation de programmes éducatifs, y compris les rondes d'éducation, les séances sur place et d'autres activités. Les comités devraient utiliser et partager ces leçons au sein des réseaux d'établissements et à l'intérieur de ceux-ci, processus qui peut être facilité par un logiciel d'évaluation par les pairs (p. ex., en attribuant des balises à des images rendues anonymes à des fins d'éducation). Les activités éducatives devraient inclure des rondes et des points de contact réguliers pour l'apprentissage, facilités par la technologie (p. ex., WebEx), au besoin. Le groupe de travail recommande que des crédits de FMC soient accordés à tous les participants du programme et il suggère qu'ils soient reconnus par le Collège royal des médecins et chirurgiens.

Pendant les premières étapes de la mise en œuvre, un cadre d'apprentissage et d'éducation devrait être créé pour guider les comités de qualité de l'évaluation par les pairs lors de l'élaboration d'objectifs éducatifs pour les radiologistes individuels et à l'échelle de l'établissement. Grâce à l'utilisation d'un cadre unique, l'efficacité éducative de l'initiative peut être analysée et comparée à l'échelle de la province avec le temps.

Le soutien à la mise d'un programme éducatif pour les établissements sera essentiel. Cette question est abordée dans la section 6.2, Soutien à la mise en œuvre, gouvernance et compétences.

Responsabilités et approches à l'échelle provinciale

Bien que les établissements locaux soient chargés d'organiser les activités d'éducation et d'apprentissage, les organisations auront besoin d'un solide soutien au niveau provincial. Ce soutien devrait être facilité par l'entremise de la Ontario Medical Association (OMA), de la Ontario Association of Radiologists (OAR) et de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario sous la forme d'occasions de formation offertes à différents moments de l'année (p. ex., cours, conférences, crédits de FMC), où l'apprentissage peut être partagé et les meilleures pratiques mieux diffusées.

Un dépôt provincial d'images contenant des éléments éducatifs (dépouillés des identifiants) a été identifié comme caractéristique potentiellement utile. Cette base de données pourrait procurer un accès à l'échelle provinciale aux images et aux documents éducatifs (p. ex., « bonnes prises »). Toutefois, compte tenu des nombreux défis déjà inhérents à la mise en œuvre, la création d'un tel dépôt devrait être considérée comme un ajout utile au programme à l'avenir et ne devrait pas être visée pendant la première phase de la mise en œuvre.

Une surveillance et un soutien continus pour cette initiative au niveau provincial seront importants une fois qu'elle aura atteint le stade opérationnel. QSSO, un organisme indépendant consacré à la qualité des soins de santé, devrait jouer un rôle continu dans la réception et le partage des rapports sur la mise en œuvre de l'évaluation par les pairs et la participation à celle-ci, et il devrait permettre l'intégration de la mise en œuvre de l'évaluation par les pairs au programme de qualité et aux priorités provinciales. Un aperçu de la totalité des rôles et responsabilités organisationnels suit dans la section 5.7.

5.4 Identifier et examiner les divergences

Comité de qualité de l'évaluation par les pairs

Il peut être difficile de trouver le bon équilibre entre l'orientation vers l'éducation et l'orientation vers la qualité de l'évaluation par les pairs afin d'évaluer et potentiellement, de régler les divergences qui se présentent. Pour cette raison, le groupe de travail a souligné l'importance du comité de qualité de l'évaluation par les pairs dans les activités des programmes locaux d'évaluation par les pairs. Le comité devrait se composer d'au moins quatre radiologistes ou médecins qui lisent les images (qui sont eux-mêmes évalués par leurs pairs) dont l'un est le président désigné et peut être le chef de service ou le conseiller en qualité. Pour chaque spécialisation qui se joint à un programme d'évaluation par les pairs (p. ex. cardiologie), un nouveau comité de qualité de l'évaluation par les pairs peut devoir être établi.

En ce qui concerne ses responsabilités, ce comité soutiendrait l'élaboration et la mise en œuvre locales du programme d'évaluation par les pairs. Il examinerait les divergences importantes et agirait comme guide pour les processus généraux d'apprentissage et d'éducation qui constituent la clé du succès de l'évaluation par les pairs. Il est important de noter que la responsabilité locale finale pour le programme relève des médecins en imagerie qualifiés qui agissent en tant que chef de service (hôpital) ou conseiller en qualité (ESA), que ces personnes soient ou non membres du comité. Chaque hôpital ou établissement devra identifier une personne qui sera chargée de veiller à l'établissement du programme d'évaluation par les pairs conformément aux lignes directrices. Cette personne peut être le vice-président des services médicaux, le chef du personnel, le chef de service, le conseiller en qualité ou le président du comité de qualité de l'évaluation par les pairs.

Le groupe de travail recommande que les membres du comité et le président soient choisis par rotation, avec une bonne représentation de la part des différents domaines ciblés, comme le suggèrent les lignes directrices du CAR. Bien que le comité doive se réunir lorsque des divergences doivent être réglées, il devrait généralement être convoqué au moins

trimestriellement afin d'examiner le programme et de mettre à jour ou organiser les activités éducatives. Certaines organisations devront également mettre à jour leur carte de pointage du comité consultatif médical (CCM) afin d'inclure les mesures futures de l'évaluation par les pairs, le cas échéant.

Comme il sera probablement difficile pour des professionnels à l'emploi du temps chargé de se trouver physiquement au même endroit pour ces réunions, des postes de travail d'ID et d'autres technologies devraient être utilisées (p. ex., WebEx, technologie Réseau Télémédecine Ontario) afin de gérer de façon efficace les activités du comité.

Gestion des divergences

Le principal objectif de l'évaluation par les pairs, tant en matière d'imagerie diagnostique spécifiquement que pour toutes les disciplines médicales, est le transfert des connaissances. Des occasions d'apprentissage peuvent découler de toutes sortes d'exemples d'imagerie, allant des « bonnes prises » aux erreurs d'interprétation. Bien que l'éducation soit l'unique objectif de l'évaluation par les pairs, des processus doivent être établis pour résoudre les cas identifiés par l'entremise du processus d'évaluation par les pairs et qui se trouvent à l'extérieur des normes en matière d'exactitude du diagnostic. Bien que la résolution de ces cas ne relève pas de l'évaluation par les pairs, leur gestion au niveau local ou de l'établissement constitue un élément important d'un programme exhaustif de qualité. Lorsqu'une divergence importante est identifiée, un addenda peut devoir être ajouté au rapport dans les plus brefs délais et une divulgation peut devoir être faite au patient afin de respecter les normes cliniques et professionnelles.

Le comité de qualité de l'évaluation par les pairs (avec le soutien du chef ou du conseiller en qualité, si besoin est) devrait être la table à laquelle les cas et les données sont examinés (p. ex., une tendance en matière de divergences), et ce comité devrait se charger de décider si des mesures s'imposent conformément aux politiques et aux procédures établies. Le comité devrait user de son pouvoir discrétionnaire pour déterminer dans les plus brefs délais si un regroupement de cas devrait être renvoyé à l'extérieur du processus d'évaluation par les pairs ou si une planification supplémentaire au soutien est requise pour le médecin en question. Un suivi supplémentaire peut inclure l'éducation et l'apprentissage, ou un examen supplémentaire du rendement du clinicien au-delà des conclusions de l'évaluation par les pairs.

Les établissements devraient avoir mis en place des processus et des mécanismes pour résoudre les cas qui se trouvent à l'extérieur des normes. L'élaboration de politiques et de procédures pour un programme local d'évaluation par les pairs donne l'occasion à chaque établissement de vérifier les exigences applicables prescrites par la loi et la réglementation et pour renforcer toutes les pratiques de qualité (p. ex., gestion des incidents critiques en vertu de la Loi sur les hôpitaux publics et de la Loi sur les ESA).

Dans le cadre de la planification de la mise en œuvre locale, les politiques et les mécanismes devront être identifiés et documentés dans chaque établissement. De l'aide pourrait être requise pour définir ces politiques ou les mettre en œuvre. Cet enjeu est étudié plus en détail dans la section 6.2, Soutien à la mise en œuvre, gouvernance et compétences.

5.5 Mesurer et déclarer

Mesure et déclaration des activités

Les mesures relatives au programme d'évaluation par les pairs devraient être recueillies par l'entremise du logiciel d'évaluation par les pairs, et cette collecte devrait être normalisée afin que les données soient déclarées au niveau de l'établissement de la même façon à l'échelle du système. Comme mentionné précédemment, ces données seront partagées entre les membres du comité de qualité de l'évaluation par les pairs, dans le but d'appuyer un mandat d'éducation et d'apprentissage.

Au-delà du niveau du comité de qualité de l'évaluation par les pairs, les rapports sont souhaitables pour évaluer la pratique de l'évaluation par les pairs et souligner les leçons clés

appries. Au niveau provincial, il est important d'assurer la transparence et de confirmer que des efforts sont faits par le médecin et l'établissement pour soutenir l'assurance de la qualité. Le groupe de travail recommande que les mesures soient axées exclusivement sur la compréhension de l'adoption de l'évaluation par les pairs et de la participation à celle-ci, et sur la confirmation qu'elle atteint ses objectifs d'éducation. L'accent mis sur la divulgation publique, sur un score en particulier ou sur l'évaluation du « rendement » d'un médecin aura des répercussions négatives sur la réussite de l'évaluation par les pairs, ce qui s'oppose directement à ses objectifs d'éducation. La littérature dans ce domaine appuie le fait que les scores de chaque médecin sont importants au niveau de l'établissement, mais qu'ils ne contribuent pas au développement d'un programme d'évaluation par les pairs robuste s'ils sont recueillis au niveau provincial.

La collecte de données peut être décomposée en fonction de mesures quantitatives et de mesures qualitatives, comme suit :

Mesures quantitatives

- Nombre de médecins qui participent au programme et nombre de cas évalués;
- Nombre de conférences d'évaluation par les pairs au niveau de l'établissement ou du réseau, y compris le pourcentage de participation.

Mesures qualitatives

- Résumé des principales leçons retenues.

Le groupe de travail recommande un sondage avant et après la mise en œuvre auprès de tous les participants, concernant les répercussions perçues de l'évaluation par les pairs sur la qualité et l'exactitude des rapports par les radiologistes. Ces données fourniront des leçons importantes à la communauté médicale plus large et donneront à l'Ontario l'occasion de contribuer à l'ensemble de données probantes qui soutiennent la mise en œuvre de l'évaluation par les pairs. À l'avenir, des sondages auprès des médecins orienteurs pourraient également être effectués afin d'estimer les répercussions perçues sur la qualité et l'exactitude des rapports.

Le groupe de travail recommande que tous les rapports provinciaux soient faits sous l'égide de Qualité des services de santé Ontario. QSSO devrait assumer la responsabilité globale de l'initiative partout dans la province et identifier là où des améliorations ou des mises à jour s'avèrent nécessaires, conjointement avec les changements au sein de la profession et les attitudes des intervenants clés.

Au fur et à mesure que l'évaluation par les pairs sera mise en œuvre dans la province et que des leçons seront retenues, un cadre de responsabilisation et de déclaration devrait être élaboré et établi afin de gérer les activités continues liées à l'évaluation par les pairs en Ontario, ainsi que l'expansion à toutes les spécialisations qui nécessitent la lecture d'images.

5.6 Partager

Partage des leçons retenues dans la province

Le groupe de travail recommande que les leçons retenues soient partagées au sein des réseaux d'établissements et entre les réseaux, par différents moyens y compris les événements de FMC, les publications, les associations professionnelles, ainsi que par l'entremise du logiciel d'évaluation par les pairs (en attribuant des balises aux images à des fins d'éducation).

Dans le cadre de leur mandat, les comités de qualité de l'évaluation par les pairs devraient régulièrement évaluer les cas mis de côté à des fins d'éducation et soumettre des cas correctement dépersonnalisés à des organismes d'éducation appropriés. Ces renseignements devraient être utilisés par l'OMA et l'AR pour assurer l'éducation et le partage constants des connaissances dans l'ensemble de la profession, comme le décrit la section 5.3 du présent rapport, Renseigner et apprendre.

L'élaboration et la gestion de ce dépôt devraient être prises en considération dans le contexte stratégique du reste de l'infrastructure de gestion de la qualité afin d'assurer l'harmonisation et l'adoption maximales à l'avenir.

5.7 Gouvernance opérationnelle et soutien de l'évaluation par les pairs

Approche de la gouvernance opérationnelle

Le groupe de travail a examiné la gouvernance relative à la mise en œuvre ainsi que la gouvernance opérationnelle continue. Les détails des recommandations relatives à la mise en œuvre suivent, ainsi que les approches possibles de la gestion continue de l'évaluation par les pairs. Il faut noter que les détails de ces rôles devront être examinés davantage après la phase de mise en œuvre et qu'ils doivent tenir compte du contexte plus large des rôles et des responsabilités opérationnels au fur et à mesure de leur évolution.

Gouvernance opérationnelle de l'évaluation par les pairs

L'évaluation par les pairs est un programme basé dans les établissements, et toutes les responsabilités relèvent du niveau de l'établissement. Toutefois, plusieurs autres organisations peuvent jouer un rôle de facilitation ou de soutien. Les détails de l'état final du modèle de fonctionnement devraient être guidés par le processus de mise en œuvre. Les rôles possibles sont décrits ci-dessous.

Groupe	Rôle possible dans les activités continues liées à l'évaluation par les pairs
Qualité des services de santé Ontario	QSSO appuiera l'intégration dans le programme de qualité, agira en tant qu'organisme de déclaration concernant la participation et la réussite globales, et fournira une surveillance générale, des suggestions concernant l'amélioration du programme et le soutien.
L'Association canadienne des radiologistes	La CAR continuera à élaborer des mises à jour et des recommandations pour l'exploitation d'un programme d'évaluation par les pairs et continuera à participer à l'accréditation.
American College of Radiology	L'ACR continuera à fournir une éducation et des pratiques exemplaires à la communauté plus large.
Établissement/réseau	L'établissement ou le réseau d'établissements devrait assumer la responsabilité des activités et des mécanismes de soutien de l'évaluation par les pairs, ainsi que toutes les politiques et procédures pertinentes.
Comité de qualité de l'évaluation par les pairs	Le comité, composé exclusivement de médecins en imagerie qui ont des antécédents communs en formation médicale, devrait assumer la responsabilité de la coordination de toutes les activités d'éducation et résoudra toutes les questions liées à l'interprétation des scores et à la gestion des divergences, le cas échéant.
Médecins qui lisent les images	Des médecins jumelés seront tenus de participer au programme d'évaluation par les pairs conformément aux lignes directrices établies par leur comité de qualité de l'évaluation par les pairs.
Ontario Association of Radiologists	L'OAR appuiera les participants à l'évaluation par les pairs grâce à l'éducation et aux pratiques exemplaires (par différents moyens, y compris les conférences), et publiera des documents de soutien sur son site Web.
Ontario Medical Association	Ces organisations constituent des acteurs importants dans le système qui devront jouer un rôle de soutien pour le programme. Ce soutien devrait

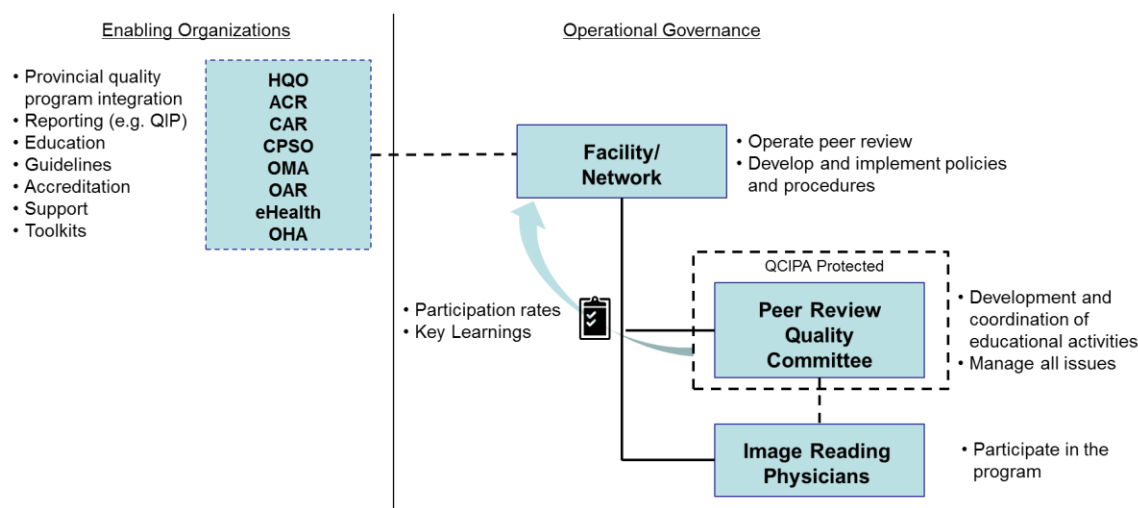
L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario	principalement inclure l'éducation, l'inspection des installations (dans le cas de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario et des ESA) et peut inclure l'accréditation.
cyberSanté Ontario	Cette organisation devrait soutenir le programme grâce à l'élaboration d'outils et de ressources afin de permettre l'efficacité des activités contenues en se fondant sur les leçons retenues.

Activités au niveau de l'établissement

Le groupe de travail a identifié plusieurs exigences qui devraient être mises en place par chaque établissement afin d'effectuer l'évaluation par les pairs de façon efficace une fois la mise en œuvre terminée. Ces exigences comprendront probablement :

- Un promoteur cadre (p. ex., chef du personnel dans un hôpital ou titulaire de licence ou conseiller en qualité dans un ESA) afin de fournir un leadership continu et veiller à ce que la planification de l'établissement, l'accent opérationnel et la stratégie soient harmonisés et que tous les intervenants soient tenus responsables.
- Le soutien de la part du personnel de l'établissement pour permettre les activités continues du comité de qualité de l'évaluation par les pairs. Le personnel pourrait devoir soutenir le comité lors de l'organisation de ses activités et de la prestation d'éducation dans l'établissement sur une base régulière. Cela devra être fait sans nuire à la nature confidentielle du travail du comité. Il est important de noter que les ressources de soutien seront différentes d'un établissement à l'autre (p. ex., administration du PACS, soutien aux décisions, TI).

Figure 7 : Conception de la gouvernance opérationnelle



6.0

Re
co
m
m
a
n
d
a

tions relatives à la mise en œuvre

6.1 Exigences en matière de mise en œuvre et échéancier

Facteurs qui affectent la mise en œuvre

Plusieurs facteurs qui affectent tant les hôpitaux que les ESA sont essentiels à la mise en œuvre de l'évaluation par les pairs en Ontario. Surtout, le moment de la mise en œuvre doit tenir compte du fait que les établissements en sont à différents points sur leur parcours vers l'évaluation par les pairs et que plusieurs établissements exploitent déjà ou planifient d'exploiter des programmes d'évaluation par les pairs entièrement fonctionnels.

En élaborant des recommandations relatives à la mise en œuvre, le groupe de travail a tenu compte des différences suivantes entre les établissements :

- si l'établissement a déjà mis en place l'évaluation par les pairs ou a l'intention de le faire dans un avenir rapproché;
- si l'établissement possède la masse critique de médecins requise pour effectuer un jumelage et constituer un comité de qualité de l'évaluation par les pairs;
- si l'établissement est doté du PACS et d'un SIR.

En rendant obligatoire l'évaluation par les pairs dans toute la province, il est important d'énoncer les répercussions pour les hôpitaux et les ESA s'ils respectent le mandat. Pour les hôpitaux, un tel mandat pourrait exiger :

- l'établissement d'un réseau sur différents systèmes de SIR et de PACS;
- l'établissement d'un réseau pour constituer une masse critique (y compris lorsqu'il y a des sous-spécialisations);
- l'investissement dans un équipement à jour de PACS, SIR, TI, ou d'imagerie;
- l'obtention de conseils et d'un accord auprès de médecins en imagerie médicale concernant l'adoption d'un système approprié d'évaluation par les pairs.

Dans le cas des ESA, les répercussions sont plus larges et nécessiteront que les propriétaires d'établissements examinent leurs activités en détail afin de décider comment procéder. Pour les ESA, un mandat pourrait exiger :

- la gestion d'un programme analogique sur films (non numérique);
- l'investissement dans un équipement à jour de PACS, SIR, TI, ou d'imagerie ou l'exploitation d'un programme d'évaluation par les pairs partiellement numérique;
- l'obtention de conseils et d'un accord auprès de médecins en imagerie médicale concernant l'adoption d'un système approprié d'évaluation par les pairs;
- l'adhésion à un réseau d'ESA;

- l'adhésion au programme d'évaluation par les pairs d'un hôpital.

Certaines de ces répercussions nécessiteront que les établissements consacrent beaucoup de temps à élaborer et à exécuter des plans appropriés de mise en œuvre. Pour cette raison, le groupe de travail a élaboré un échéancier global qui tient compte des besoins des installations.

Calendrier de mise en œuvre

Le calendrier de mise en œuvre élaboré par le groupe de travail se doit de fonctionner par phases et de façon itérative, les leçons apprises lors de la période de mise en œuvre étant intégrées aux activités continues du programme. Il est essentiel que, le cas échéant, la mise en œuvre du programme soit harmonisée avec le moment et l'accent d'autres initiatives connexes (p. ex., LPRQS, évaluation des pairs de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, programme de clichés mammaires du partenariat en gestion de la qualité, dépôts d'imagerie diagnostique de cyberSanté Ontario, paramètres de pratique clinique des ESA de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, investissements potentiels dans l'infrastructure, soutien à la mise en œuvre), et que toute initiative provinciale puisse ajuster son étendue et le moment choisi en fonction des changements en temps réel apportés à ces autres programmes. Le groupe de travail était convaincu qu'une date ferme devait être établie pour le moment de la mise en œuvre, afin d'indiquer l'importance de cette initiative et d'établir des attentes claires pour les intervenants.

Cet échéancier est proposé dans le but de s'assurer que les établissements puissent effectuer des plans stratégiques relativement aux initiatives déjà en cours, et que ceux qui ont déjà mis en place des programmes puissent s'harmoniser avec les recommandations ou les normes de conception du présent rapport. De plus, l'échéancier doit laisser suffisamment de temps aux établissements qui sont plus petits ou plus éloignés afin de se préparer pour la mise en œuvre d'un programme et pour que l'infrastructure et les systèmes de soutien provinciaux requis soient mis en place.

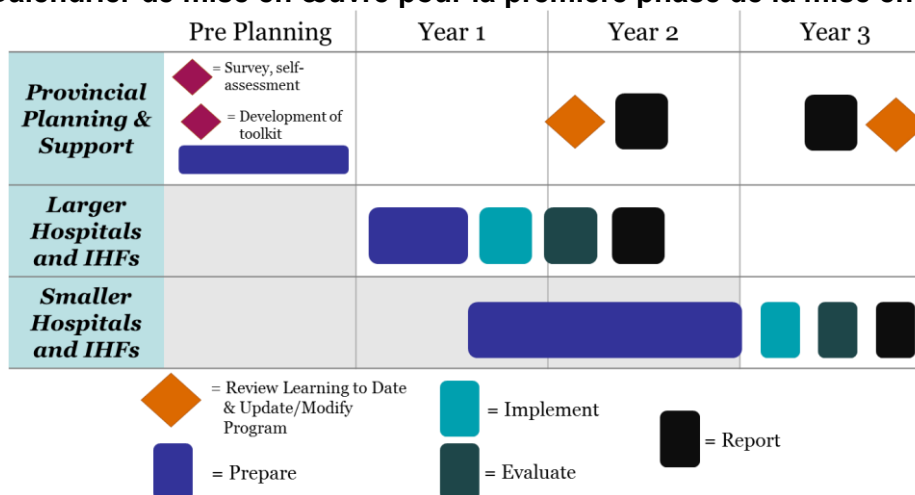
En tenant compte de ces problèmes, le groupe de travail recommande que la mise en œuvre soit effectuée en plusieurs phases, sur une durée maximale de trois ans (en supposant une date effective de début fondée sur un mandat du MSSLD) :

- Les hôpitaux et les ESA qui ont des capacités numériques et une taille suffisante pour constituer des comités de qualité de l'évaluation par les pairs composés de quatre membres devront effectuer la mise en œuvre dans un délai de deux ans. Ce groupe comprendra généralement les centres universitaires, les grands hôpitaux communautaires urbains ou banlieusards, et les groupes importants de médecins situés dans des ESA qui ont déjà démontré qu'ils étaient prêts à mettre en œuvre l'évaluation par les pairs.
- Les hôpitaux qui servent de petites communautés ou des régions rurales ou éloignées avec un petit nombre de radiologistes, ou les ESA dont les volumes sont peu élevés et l'infrastructure limitée devront établir des réseaux et des approches communes avec d'autres établissements et auront trois ans pour effectuer la mise en œuvre.
- Le groupe de travail éprouvait des difficultés avec l'idée que la radiologie soit la seule spécialisation concernée par la mise en œuvre, et bon nombre de ses membres estimaient qu'un mandat solide devait être appliqué à toutes les spécialisations en imagerie. Pour cette raison, le groupe de travail a recommandé qu'une période maximale de quatre ans soit accordée afin que toutes les spécialisations en imagerie soient incluses dans l'évaluation par les pairs.

La première phase de la mise en œuvre (pour la radiologie) devrait être effectuée en trois volets : un volet pour les activités de planification et de soutien à l'échelle provinciale, et les deux autres pour les établissements inclus dans les volets de mise en œuvre de deux et trois ans.

Pour se positionner sur le calendrier de mise en œuvre, les établissements devraient remplir une autoévaluation ou un sondage géré à l'échelle provinciale afin d'évaluer leur état actuel.

Figure 8 : Calendrier de mise en œuvre pour la première phase de la mise en œuvre



Pourvu que les hypothèses du groupe de travail présentées dans la section 4.2, Hypothèses relatives à la mise en œuvre, soient en place, chaque établissement devrait traverser un processus de mise en œuvre en quatre phases, où :

1. il préparera la mise en œuvre, y compris (au besoin) la collecte des exigences, l'élaboration des politiques, la conception des comités et des mécanismes de déclaration, le jumelage des médecins, l'exécution d'un processus de demande de propositions (DP) pour la mise en œuvre du logiciel et de la technologie, la création de réseaux avec d'autres établissements, et l'élaboration de cadres d'éducation spécifiques à l'établissement.
2. il mettra en œuvre l'évaluation par les pairs dans les activités continues de l'établissement, ce qui devrait inclure l'intégration du logiciel et de la technologie, les essais, la mise en œuvre du programme dans le déroulement des travaux et la définition des activités du comité de qualité de l'évaluation par les pairs.
3. il évaluera la réussite du programme et déterminera les modifications nécessaires. Les conclusions de cette phase devraient être consolidées et partagées dans l'ensemble du système, afin que les leçons apprises, les pratiques exemplaires et les modifications (requis et recommandées) puissent être harmonisées et mises en œuvre d'un bout à l'autre de la province.
4. À la fin de la période de mise en œuvre, les établissements devraient être en mesure de déclarer qu'ils ont réalisé la mise en œuvre obligatoire de l'évaluation par les pairs et qu'ils sont en conformité avec toutes les exigences.

Exigences en matière de TI/GI

L'idéal serait que les établissements mettent en œuvre un logiciel d'évaluation par les pairs en utilisant les systèmes existants de SIR et de PAC afin de permettre l'évaluation par les pairs. Toutefois, le PACS et le SIR ne sont pas des exigences (autrement dit, l'évaluation par les pairs peut être effectuée dans un système entièrement analogique, la randomisation des images étant effectuée dans un fichier Excel). Bien que la numérisation soit considérée comme un facilitateur clé de l'évaluation par les pairs et un composant de la qualité améliorée pour les patients, elle n'est pas essentielle. Comme l'évaluation par les pairs aura lieu au niveau local, ces établissements qui n'ont pas d'environnements numériques connectés devront gérer tout transfert d'images entre les établissements rendu nécessaire par l'absence d'une masse critique locale.

Exigences en matière de logiciel

Plusieurs logiciels d'évaluation par les pairs sont actuellement disponibles sur le marché. Le groupe de travail a fait les recommandations suivantes concernant les fonctions des logiciels

qui sont essentielles ou souhaitables. Cela devrait aider les établissements à prendre des décisions relatives à l'achat de technologie et aux processus de DP auprès des fournisseurs.

Fonction	Essentielle ou souhaitable?
Sélection randomisée des cas en fonction de critères clés (p. ex., modalité, sous-spécialisation)	Essentielle
Capacité d'attribuer au moins 2 % des cas randomisés à des médecins	Essentielle
Capacité d'attribuer un score et de faire des commentaires	Essentielle
Déclaration de résultats individuels et agrégés au radiologiste et au comité de qualité ou à d'autres groupes	Essentielle
Avis automatiques (p. ex., lorsque l'image est disponible pour l'évaluation ou une divergence est identifiée)	Essentielle
Processus d'évaluation anonyme entre les établissements	Souhaitable
Capacité à sélectionner les cas en fonction de l'heure de la journée	Souhaitable
Soumission volontaire d'erreurs	Souhaitable
Cadre intégré de notation normalisée	Souhaitable
Évolutivité vers d'autres spécialisations	Souhaitable
Intégration transparente dans le déroulement des travaux	Souhaitable
Clavardage entre pairs (anonyme)	Souhaitable
Capacité à attribuer des balises aux images à des fins d'éducation future (dépersonnalisées)	Souhaitable
Évolutivité entre les PACS	Souhaitable

D'autres fonctions de logiciel sont disponibles auprès de la gamme actuelle de fournisseurs; toutefois, les fonctions essentielles de base ont été identifiées ci-dessus et devraient être incluses dans le cadre du processus de collecte des exigences pour les établissements.

6.2 Soutien à la mise en œuvre, gouvernance et compétences

Exigences relatives à la mise en œuvre au niveau de l'établissement

Le groupe de travail a identifié plusieurs exigences que chaque établissement devrait mettre en place pour se préparer en vue de l'évaluation par les pairs et la mettre en œuvre de façon efficace. Ces exigences comprendront probablement :

- Un promoteur cadre pour fournir le leadership nécessaire (en collaboration avec le chef ou le conseiller en qualité) pour que la planification de l'établissement et l'accent opérationnel, le budget, la stratégie et les activités restent sur la bonne voie et que tous les intervenants soient tenus responsables.

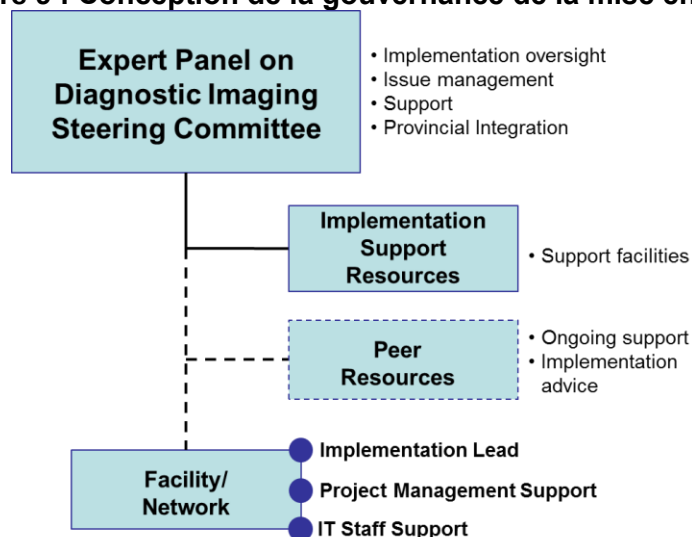
- Un responsable de la mise en œuvre qui devrait assumer la responsabilité de la gestion des échéanciers de mise en œuvre du programme et d'effectuer la liaison avec les intervenants externes (p. ex., QSSO, MSSLD, responsables de la mise en œuvre d'autres établissements au besoin).
- Le soutien du personnel de gestion de projets afin d'aider les médecins en imagerie à organiser les comités, les politiques et les structures nécessaires à la gestion de l'évaluation par les pairs. Le personnel pourrait également être tenu d'aider le comité de qualité de l'évaluation par les pairs à organiser ses activités et à fournir de l'éducation dans l'établissement, sans nuire à la nature confidentielle du travail du comité.
- Dans la plupart des cas, un temps réservé qui permet au personnel des TI d'élaborer les exigences fondées sur les plateformes existantes de TI sera requis.

Gouvernance et outils de mise en œuvre de l'évaluation par les pairs

Le groupe de travail reconnaît la nécessité de veiller à ce que les outils appropriés de gouvernance et de soutien soient en place (pour ceux qui en ont besoin), afin de réaliser la mise en œuvre efficace de l'évaluation par les pairs dans la province. Les rôles et responsabilités suivants non liés à un établissement, associés au soutien de la mise en œuvre à l'échelle provinciale, ont été reconnus.

Groupe	Rôle relatif à la mise en œuvre
Comité directeur du comité d'experts en imagerie diagnostique	Le comité directeur du comité d'experts existants devrait être étendu afin s'assurer la surveillance de la phase de mise en œuvre. Le comité devrait également gérer les problèmes et soutenir l'intégration provinciale globale.
Ressources de soutien à la mise en œuvre	Des ressources provinciales et locales seront requises afin de soutenir la mise en œuvre, ainsi que de fournir des conseils et un soutien sur place aux établissements pendant le processus de mise en œuvre. Cela devrait inclure : • l'élaboration et l'administration du sondage; • la création de la trousse d'outils pour la mise en œuvre; • l'aide au jumelage des établissements; • l'aide à l'établissement de comités; • l'élaboration de programmes éducatifs.
Ressources pour les pairs	Lorsque c'est possible, des experts ontariens qui sont en mesure d'aider les établissements lors de la mise en œuvre devraient être identifiés pour assurer l'adoption continue des pratiques exemplaires. Cela devrait suivre un modèle de « formation du formateur », dans le cadre duquel les établissements qui ont réussi la mise en œuvre de l'évaluation par les pairs devraient désigner des « superutilisateurs » ou des experts auxquels on peut faire appel pour conseiller et soutenir les établissements locaux lors de la mise en œuvre.
Responsable régional du PGQ	Le PGQ propose que les petits hôpitaux, les ESA et les locaux extrahospitaliers (LEH) soient soutenus par un responsable régional, afin de tenir compte du manque d'infrastructure et de masse critique au sein de ces petits établissements (les détails de ce qui est « petit » seront précisés lors de la mise en œuvre du PGQ). Ces responsables régionaux pourraient également devoir fournir un soutien à la mise en œuvre de l'évaluation par les pairs dans les petits établissements.

Figure 9 : Conception de la gouvernance de la mise en œuvre



Surtout, le groupe de travail a déterminé qu'une trousse d'outils devrait être élaborée immédiatement pour aider les établissements (hôpitaux et ESA, en tenant compte de leurs besoins spécifiques), lors de la mise en œuvre. Ce document sera essentiel pour aider les établissements qui doivent amorcer le processus de planification de la mise en œuvre (et qui ne sont pas sûrs où commencer), ainsi que ceux qui sont actuellement préparés à commencer l'évaluation par les pairs, mais qui attendent des directives provinciales sur la manière de procéder.

Voici une table des matières suggérée pour la trousse d'outils. Cette trousse d'outils devra souligner l'importance de l'adoption d'une approche uniforme à la gestion des divergences conformément aux exigences législatives, réglementaires et politiques de chaque organisation (p. ex., Loi sur les hôpitaux publics).

Trousse d'outils de la mise en œuvre de l'évaluation par les pairs de l'ID :

- Comité local de qualité de l'évaluation par les pairs – structure et mandat
- Version préliminaire du cadre/de la politique pour l'établissement
- Approche de l'établissement de la masse critique
 - Jumelage
 - Activités du comité de qualité
- Modèle du plan de mobilisation et de communication
- Plan de gestion des changements et de durabilité
- Rôles et responsabilités relatifs à la mise en œuvre (y compris des détails sur les rôles des responsables)
- Lignes directrices relatives à la gestion de la confidentialité et de la vie privée (y compris le mandat)
- Mandat de gestion de la mise en œuvre de la LPRQS dans le domaine de l'évaluation par les pairs
- Approvisionnement : feuilles de spécifications de logiciels et de matériel
- Comment effectuer une évaluation par les pairs
 - Manuel par rapport à informatique
 - Modèles de notation et d'évaluation
 - Cadre d'éducation, outils et modèles
- Gestion des constatations/divergences importantes et des incidents critiques potentiels
- Études de cas : mise en œuvre réussie

Un module d'apprentissage électronique pourrait également être considéré comme mécanisme de prestation de ces documents. Toutefois, afin de reconnaître que différents systèmes informatiques d'évaluation par les pairs seront en place, ces modules doivent être neutres sur le plan du fournisseur et être axés sur le processus.

6.3 Investissements en mise en œuvre

Mise en œuvre et catégories de coûts permanentes

Le groupe de travail a identifié plusieurs investissements qui devront probablement être effectués pour soutenir la mise en œuvre de l'évaluation par les pairs, au niveau de l'établissement et au niveau provincial.

	Catégorie d'investissement	Description de la catégorie
Niveau de l'établissement	Logiciel d'évaluation par les pairs	Pour l'achat de logiciel (peut également nécessiter l'achat de matériel, p. ex., serveur; toutefois, l'investissement peut être partagé et échelonné)
	Numérisation ou connexion à un DID	Pour les établissements qui ne sont pas actuellement numériques ou reliés à un DID
	Intégration entre les PACS	Pour que les images puissent être échangées entre des établissements dotés de différents PACS
	Personnalisation et installation du logiciel	Personnalisation du logiciel en fonction des besoins de l'établissement et connexion aux systèmes administratifs de celui-ci
	Soutien à la mise en œuvre	Pour les médecins jumelés, élaboration de la structure du comité et soutien global à la gestion des changements
	Coûts et entretien permanents	Pour la gestion et l'organisation du programme et la gestion du logiciel et des données. Les fournisseurs de logiciels d'évaluation par les pairs facturent généralement un pourcentage de l'investissement initial (annuellement) afin de couvrir le soutien permanent du logiciel, l'accès aux mises à jour, etc.
Niveau provincial	Coordination provinciale	Peut inclure la collecte de données, le jumelage d'établissements pour la création de réseaux, l'élaboration de documents relatifs à l'éducation et à la mise en œuvre, la coordination régionale, etc.

En plus des coûts uniques de mise en œuvre, l'évaluation par les pairs devrait être soutenue en permanence dans le cadre des programmes d'assurance de la qualité de l'établissement. Cela inclut :

- la présence de médecins comme membres du comité de qualité de l'évaluation par les pairs et leur participation aux réunions d'évaluation, à la formation continue et aux rapports;
- une évaluation réelle des images dans le cadre du programme;
- la coordination du programme;
- les réunions d'examen des activités et les rapports.

7.0 Conclusion

La proposition documentée ci-dessus représente les meilleurs conseils en vue de l'établissement d'un programme provincial d'évaluation par les pairs fournis par les cliniciens et les dirigeants du système de santé de l'Ontario. Les recommandations sont fondées sur une combinaison de leçons tirées de la littérature internationale et de l'expérience avec l'évaluation par les pairs en imagerie, ainsi que sur les avis de radiologistes experts qui exercent leur profession dans différents établissements de l'Ontario et de dirigeants du système de santé provenant d'organisations qui sont profondément impliquées dans l'amélioration de la qualité des soins à l'échelle provinciale.

À la fin du processus, le consensus est que la mise en œuvre d'un programme provincial d'évaluation par les pairs serait avantageuse tant pour la profession de radiologiste que pour les patients. L'accent mis sur l'éducation et l'apprentissage est la clé de l'élaboration d'un programme d'évaluation par les pairs qui réalisera les objectifs suivants :

- amélioration de l'uniformité et de l'exactitude des services de radiologie afin d'améliorer la qualité des soins prodigués aux patients;
- amélioration des compétences en interprétation des images diagnostiques grâce à l'apprentissage entre pairs;
- prise de décisions éclairées concernant le traitement des patients, amélioration de la qualité des programmes, de la formation des médecins et de l'éducation médicale permanente;
- maintien de l'apprentissage et de l'éducation continus et contribution à une culture d'amélioration de la qualité, de transparence et de responsabilisation, au sein d'un environnement non punitif.

Une approche par étapes de la mise en œuvre de l'évaluation par les pairs dans la province est recommandée, avec un soutien approprié aux établissements tandis qu'ils évaluent leur capacité à soutenir un programme. L'Ontario développe progressivement son expertise en mise en œuvre et en adoption de l'évaluation par les pairs et pourrait devenir un chef de file international dans ce domaine.

Annexe 1 – Résumé des recommandations

S'il était mis en place, un programme d'évaluation par les pairs en imagerie diagnostique devrait être :

Recommandation	Détails
1. Intégré, fondé sur les normes, uniforme, axé sur l'apprentissage et l'éducation, tenu de rendre compte et durable	a) Dans tous les cas, les soins prodigués aux patients devraient constituer le principal objectif et les lignes directrices et normes cliniques doivent être respectées de façon uniforme. b) Intégré à un cadre de qualité plus large et ne représenter qu'un élément de l'assurance de la qualité; c) Fondé sur les normes, en respectant les principes énoncés par l'Association canadienne des radiologistes; d) Uniforme en matière d'application à la totalité des groupes de médecins, des établissements et des modalités; e) Axé sur l'apprentissage et l'éducation et conçu pour améliorer l'apprentissage au sein de la profession; f) Tenu de rendre compte, avec des responsabilités clairement définies et un cadre de réglementation cohérent; g) Durable en matière de rapport coût-efficacité en ce qui concerne sa mise en œuvre et son administration, et sensible aux écarts relatifs aux exigences en matière de répartition des ressources entre les sites.
2. Obligatoire	a) L'évaluation par les pairs devrait être obligatoire pour tous les établissements et toutes les modalités en Ontario, et les exigences devraient être uniformes, quel que soit l'établissement.
3. Régi localement, avec le soutien d'une surveillance provinciale;	a) Chaque établissement devrait créer un comité de qualité de l'évaluation par les pairs composé d'au moins quatre radiologistes ou médecins qui lisent les images. b) Les membres du comité et le président devraient être choisis par rotation, avec une bonne représentation de la part des différents domaines ciblés, comme le suggèrent les lignes directrices de l'Association canadienne des radiologistes (CAR). c) Le comité devrait généralement être convoqué au moins trimestriellement de soutenir l'élaboration et la mise en œuvre locales du programme d'évaluation par les pairs, d'examiner les divergences importantes et de déterminer l'apprentissage et l'éducation associés au programme, conformément aux lignes directrices du CAR. d) Les établissements qui ne peuvent pas atteindre les chiffres requis pour le jumelage des médecins ou pour la création d'un comité devraient créer des réseaux avec d'autres

Recommandation	Détails
	établissements. Les comités qui œuvrent dans des établissements faisant partie d'un réseau fonctionneraient de manière similaire à ceux qui sont situés dans un seul établissement, mais ils devraient développer des approches afin de rencontrer et d'éduquer leurs pairs qui ne se trouvent pas au même endroit, pour transférer les images, échanger l'information concernant les médecins et les rapports et harmoniser les exigences législatives, réglementaires et politiques entre les établissements. e) La responsabilité locale du programme devrait relever d'un médecin en imagerie qualifié qui agit en tant que chef de service (hôpital) ou conseiller en qualité (ESA), que cette personne soit ou non membre du comité. Cette personne devrait être chargée de la planification de la mise en œuvre et de veiller à ce que l'accent opérationnel, le budget, la stratégie et les activités restent sur la bonne voie et que tous les intervenants soient tenus responsables. f) La surveillance et le soutien provinciaux de l'initiative devraient être assurés par QSSO, qui devrait jouer un rôle permanent dans la réception et le partage de rapports sur la mise en œuvre de l'évaluation par les pairs et la participation à celle-ci, et permettre l'intégration de l'évaluation par les pairs dans le programme provincial de qualité. g) Le comité directeur du comité d'experts en imagerie diagnostique devrait continuer à travailler et à fournir une surveillance pendant la mise en œuvre du projet, à gérer les enjeux et à fournir des conseils relativement à l'intégration provinciale.
4. Harmonisé avec les autres initiatives provinciales et intégré à un cadre de qualité plus large au niveau des établissements	a) Au niveau de l'établissement, l'évaluation par les pairs doit se situer au sein du contexte plus large d'amélioration de la qualité et devrait faire partie du programme global de gestion de la qualité de chaque site. Lorsque l'évaluation par les pairs est déjà en place pour d'autres spécialisations, des efforts devraient être faits pour harmoniser les programmes. b) Au niveau provincial, la mise en œuvre du programme devrait être harmonisée avec le moment choisi et l'accent des autres initiatives connexes (p. ex., LPRQS, évaluation des pairs de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario, exigences du programme d'inspection des ESA) et devrait ajuster son étendue et le moment choisi en fonction des changements apportés en temps réel à ces programmes.
5. Conçu pour maximiser les occasions d'apprentissage et d'éducation	a) L'apprentissage et l'éducation constituent les principaux objectifs du programme d'évaluation par les pairs, et un programme réussi devrait favoriser une culture d'amélioration de la qualité et ne pas être punitif. b) Les personnes examinées devraient pouvoir voir les scores des évaluateurs et leurs commentaires afin d'apprendre, de contribuer à une culture d'amélioration de la qualité

Recommandation	Détails
	et d'apprendre sans blâme. c) Une éducation et une formation sur la manière d'effectuer l'évaluation par les pairs sont requises pour assurer une application uniforme. d) L'échantillonnage et l'assignation devraient être aléatoires et représentatifs du travail des radiologistes, et les pairs devraient être choisis en conséquence afin de fournir des occasions d'apprentissage optimales, et une approche uniforme et rapide à la notation et la prestation de commentaires devrait être adoptée afin que l'état actuel du rendement soit représenté. e) L'échantillonnage peut être prospectif ou rétrospectif, mais dans le dernier cas, il devrait être limité dans le temps afin de maximiser les occasions d'apprentissage et les bienfaits pour les patients. f) Un système à quatre points harmonisé avec l'approche de notation ACR RadPeer est recommandé, avec l'inclusion possible d'une classification ou d'un score séparé pour les « bonnes prises », lorsque des découvertes difficiles ou subtiles sont faites, car ces cas sont d'une grande valeur pour l'enseignement. g) Les comités locaux de qualité de l'évaluation par les pairs devraient être chargés d'organiser les activités éducatives découlant du processus d'évaluation par les pairs, y compris les rondes d'éducation, les séances sur place et d'autres activités. Les comités devraient utiliser et partager ces leçons apprises au sein des réseaux et entre les réseaux, et ils devraient soumettre régulièrement des cas dépersonnalisés à des organismes éducatifs désignés. h) Les médecins devraient être tenus de participer aux activités éducatives locales. Les leçons retenues de ces activités devraient être déclarées et partagées.
6. Soutenu par l'infrastructure provinciale dans son accent sur l'éducation et l'apprentissage	a) Les crédits de formation médicale continue devraient être accordés à tous les participants au programme et ils doivent être reconnus par le Collège royal des médecins et chirurgiens. Ces renseignements devraient être utilisés par l'OMA et l'OAR pour assurer une éducation et un partage continus des connaissances dans l'ensemble de la profession. b) Au niveau provincial, un cadre d'apprentissage et d'éducation devrait être créé pour guider les comités de qualité de l'évaluation par les pairs lors de l'élaboration d'objectifs éducatifs pour les radiologistes individuels et à l'échelle de l'établissement. L'utilisation d'un cadre unique dès le début de la mise en œuvre permettra l'analyse et la comparaison de l'efficacité de l'éducation à l'échelle de la province et avec le temps. c) L'OMA, l'OAR et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario devraient offrir des

Recommandation	Détails
	occasions d'apprentissage pendant l'année (p. ex., cours, conférences, crédits de FMC), où l'apprentissage peut être partagé et les meilleures pratiques diffusées. d) Une fois les premières phases de la mise en œuvre terminées, un dépôt provincial d'images contenant des éléments éducatifs dépersonnalisés devrait être élaboré pour permettre un accès à l'échelle de la province à des fins d'éducation.
7. Protégé en vertu de la LPRQS	a) Les renseignements générés dans le cadre de programmes d'évaluation par les pairs devraient être protégés en vertu de la LPRQS, que les services d'imagerie soient fournis dans les hôpitaux ou les ESA. b) Les cadres législatifs et réglementaires existants qui régissent la prestation de services d'imagerie diagnostique devraient continuer à évoluer pour tenir compte de ce problème, et ils devraient être appliqués de façon uniforme dans tous les établissements qui effectuent l'interprétation d'images diagnostiques.
8. Confidentiel dans tous ses aspects, et, le cas échéant, anonyme	a) La confidentialité est requise pour tous les aspects de l'évaluation par les pairs, y compris l'évaluation des cas, le transfert de données et les activités du comité de qualité de l'évaluation par les pairs lui-même. b) L'anonymat est requis pour les cas examinés à des fins d'apprentissage et d'éducation. c) L'anonymat entre les évaluateurs et les personnes examinées est peut-être souhaitable, mais il n'est pas obligatoire. Les politiques et les procédures à cet égard devraient être élaborées au niveau de l'établissement et mises en place par le comité, le cas échéant.
9. Capable de résoudre et de gérer les divergences importantes	a) Les établissements devraient avoir mis en place des processus et des mécanismes pour résoudre les cas qui se trouvent à l'extérieur des normes, conformément aux exigences pertinentes prescrites par la loi et la réglementation, et ils devraient identifier et documenter ces processus dans le cadre de la mise en œuvre. b) Une fois détectées, les divergences importantes devraient être signalées en vue d'un examen immédiat par le comité de qualité de l'évaluation par les pairs, qui sera chargé de déterminer le suivi approprié. Les mesures de suivi peuvent inclure l'ajout d'un addenda au rapport original et une divulgation conformément aux normes cliniques et professionnelles. c) Le comité devrait user de son pouvoir discrétionnaire pour déterminer dans les plus brefs délais si un regroupement de cas devrait être renvoyé à l'extérieur du processus d'évaluation par les pairs au chef ou au conseiller en qualité, qui sera chargé de déterminer le suivi approprié de la part du médecin. Le mandat du comité devrait décrire clairement son obligation de veiller à ce que les problèmes soient renvoyés à l'extérieur du programme dans les plus brefs délais à des fins de suivi.

Recommandation	Détails
10. Mis en œuvre par phases et de manière itérative	a) Chaque établissement devrait être tenu de parcourir un processus de mise en œuvre en quatre phases, où il devra préparer le programme, le mettre en œuvre, évaluer la réussite du programme et faire des modifications, et faire rapport sur le programme à l'échelle provinciale. b) Les leçons apprises pendant la période de mise en œuvre devraient être intégrées aux activités continues du programme. Un sondage avant et après la mise en œuvre devrait être administré à tous les participants, concernant les répercussions perçues du programme sur la qualité et l'exactitude des rapports. Ces données procureront des leçons importantes et contribueront à l'ensemble de données probantes qui soutiennent la mise en œuvre de l'évaluation par les pairs.
11. Mis en œuvre d'une manière qui tient compte des répercussions, des risques et de la préparation	a) La mise en œuvre initiale devrait mettre l'accent sur les modalités à risque élevé (tomographie par ordinateur et IRM) et aux centres à plus grands volumes, où l'éducation et l'apprentissage peuvent avoir des répercussions plus importantes. b) Le gouvernement provincial devrait mettre en relation des centres plus petits ou plus isolés dès le début du processus, afin d'obtenir une plus grande couverture géographique.
12. Mis en œuvre conformément à des échéanciers fermes qui tiennent compte des infrastructures et des besoins différents des établissements	a) Un échéancier ferme devrait être établi pour la mise en œuvre afin de signaler l'importance de cette initiative et de définir des attentes claires pour les intervenants, avec un délai maximal de trois ans pour la mise en œuvre. b) Les établissements devraient faire partie d'un de deux échéanciers de la mise en œuvre, en fonction de leur infrastructure et de leurs besoins. Les établissements devraient remplir une autoévaluation gérée à l'échelle provinciale afin d'évaluer leur état actuel et se positionner dans l'échéancier approprié de mise en œuvre. c) Les hôpitaux et les ESA qui ont des capacités numériques et une taille suffisante pour constituer des comités de qualité de l'évaluation par les pairs composés de quatre membres devraient effectuer la mise en œuvre dans un délai de deux ans. d) Les hôpitaux qui servent de petites communautés ou des régions rurales ou éloignées avec un petit nombre de radiologistes, ou les ESA dont les volumes sont peu élevés et l'infrastructure limitée devraient établir des réseaux et des approches communes avec d'autres établissements et auront trois ans pour effectuer la mise en œuvre.
13. Échelonnable à d'autres spécialités en matière d'imagerie à l'intérieur d'échéanciers	a) La première étape de la mise en œuvre devrait mettre l'accent sur les radiologistes, mais le programme et les investissements requis pour le mettre en œuvre devraient être échelonnables à d'autres spécialisations. Toutes les spécialisations de l'imagerie devraient être incluses dans l'évaluation par les pairs au bout d'au plus quatre ans après

Recommandation	Détails
spécifiques	le début de la mise en œuvre. b) Les investissements effectués dans les logiciels d'évaluation par les pairs et les programmes de gestion de la qualité devraient pouvoir être échelonnés de façon appropriée.
14. Mesuré et déclaré au niveau de l'établissement et au niveau provincial afin de soutenir la gestion du programme et de comprendre l'adoption	a) Au niveau de l'établissement, les mesures devraient mettre l'accent sur le soutien des activités locales de gestion du programme et d'éducation. Le nombre de cas examinés et les scores obtenus lors de l'examen devraient être transmis aux membres du comité de qualité de l'évaluation par les pairs et peuvent être déclarés au niveau du médecin et de l'établissement. b) Au niveau provincial, les mesures devraient mettre l'accent sur la compréhension de l'adoption, la confirmation de l'efficacité de l'éducation et les améliorations possibles. Les rapports continus devraient être la responsabilité de Qualité des services de santé Ontario. c) Des mesures devraient être recueillies par l'entremise d'un logiciel d'évaluation par les pairs de manière normalisée, afin de permettre des rapports uniformes dans tout le système. d) Les mesures quantitatives devraient effectuer le suivi de la participation (c.-à-d. nombre de médecins participants, nombre de cas examinés) et les activités d'éducation (c.-à-d. nombre de conférences sur l'évaluation par les pairs au niveau de l'établissement ou du réseau, pourcentage de participation). Les mesures qualitatives devraient inclure des résumés des principales leçons apprises.
15. Soutenu par des ressources, des outils et une infrastructure appropriés	a) La mise en œuvre de l'évaluation par les pairs devrait être suffisamment soutenue et financée, que la mise en œuvre soit effectuée dans un hôpital ou un ESA. b) Lorsque c'est possible, les établissements devraient travailler à la mise en œuvre du logiciel de l'évaluation par les pairs avec les systèmes existants de PAC et de SIR, car la numérisation est un facilitateur clé de l'évaluation par les pairs. Toutefois, ces systèmes ne sont pas obligatoires. c) Une trousse d'outils provinciale devrait être élaborée immédiatement pour aider les établissements à effectuer la mise en œuvre. Elle devrait répondre aux besoins spécifiques des deux pratiques et souligner l'importance de l'adoption d'une approche uniforme de la gestion des divergences, conformément aux exigences législatives, réglementaires et politiques de chaque organisation. d) Des experts ontariens devraient être identifiés pour aider les établissements à effectuer la mise en œuvre dans le cadre d'un modèle de « formation du formateur », où des des

Recommandation	Détails
	« superutilisateurs » dans des établissements qui ont réussi la mise en œuvre peuvent être consultés pour conseiller et soutenir d'autres établissements. e) Un cadre de responsabilisation et de déclaration devrait être élaboré et établi pour gérer les activités continues liées à l'évaluation par les pairs en Ontario, en plus de son expansion à toutes les spécialisations qui nécessitent la lecture d'images.

Annexe 2 – Mandat et membres du comité d'experts

1. Contexte

Le 5 décembre 2013, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée a publié la déclaration suivante :

« En collaboration avec nos partenaires de la santé, Qualité des services de santé Ontario dirigera la mise en place d'un programme provincial d'examen par les pairs médecins dans tous les établissements où des services d'imagerie diagnostique sont offerts, y compris des clichés mammaires et des tomodensitogrammes. »

L'examen par les pairs s'est avéré une méthode efficace pour améliorer la sécurité et l'exactitude en matière d'imagerie diagnostique dans plusieurs collectivités publiques partout dans le monde.

À l'avenir, nous rechercherons également des moyens supplémentaires de renforcer l'assurance de la qualité en matière de soins de santé, ce qui peut inclure un programme d'agrément. »

Le but du comité d'experts consiste, à court terme, à se concentrer sur l'évaluation par les pairs, et à moyen terme, à envisager un programme d'assurance de la qualité plus large pour l'ID qui tiendrait compte de l'imagerie diagnostique dans différents établissements, y compris différentes modalités, et pertinente à différents fournisseurs. Il y a également le potentiel de concevoir un cadre conceptuel d'un programme provincial d'AQ généralisé fondé sur les leçons apprises lors du projet d'imagerie diagnostique.

2. Rôle

Le comité d'experts sur la qualité de l'imagerie diagnostique fournira un forum pour la discussion et l'élaboration de recommandations au gouvernement pour la mise en œuvre d'un programme d'évaluation par les pairs pour l'imagerie diagnostique pratique, destiné aux médecins et à l'échelle provinciale. Grâce à son leadership, ce comité facilitera la collaboration dans le but d'atteindre un consensus sur les éléments fondamentaux d'un programme d'évaluation par les pairs et des recommandations relative à une mise en œuvre par phases. Le comité d'experts fournira également des conseils à Qualité des services de santé Ontario concernant un programme plus large d'assurance de la qualité pour l'ID, qui pourrait comprendre des approches supplémentaires à l'amélioration continue de la qualité, telles que l'accréditation.

Le comité d'experts doit :

- déterminer les éléments fondamentaux d'un modèle de meilleures pratiques d'un programme d'évaluation par les pairs pour l'imagerie diagnostique;
- fournir des recommandations en vue d'une mise en œuvre à l'échelle provinciale;
- fournir des conseils à Qualité des services de santé Ontario concernant des éléments d'un programme plus large d'assurance de la qualité en imagerie diagnostique.

3. Responsabilités :

Pour satisfaire le mandat du comité d'experts, les membres assument les responsabilités suivantes :

- examiner les meilleures pratiques en matière d'assurance de la qualité de l'ID;
- faire des commentaires constructifs concernant les recommandations, devant être reflétés dans un rapport présenté au gouvernement;
- fournir un leadership afin d'appuyer l'objectif d'améliorer la qualité de l'imagerie diagnostique;
- tenir les membres du comité d'experts au courant des nouvelles, des mises à jour et des activités qui ont des répercussions sur le mandat du groupe.

4. Membres :

- Voici la liste des membres du comité d'experts sur la qualité de l'imagerie diagnostique :
- Anthony Dale, président et chef de la direction, Association des hôpitaux de l'Ontario
- Dan Faulkner, registraire adjoint, Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
- Ray Foley, directeur général, Ontario Association of Radiologists
- Rocco Gerace, registraire, Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
- Gerald Hartman, président, Independent Diagnostic Clinics Association et président et chef de la direction, True North Imaging
- Davuid Jacobs, président de la section de l'OMA sur l'imagerie diagnostique, Ontario Medical Association, et vice-président principal, Ontario Association of Radiologists
- Maggie Keresteci, directrice principale, programmes du système de santé, Ontario Medical Association

- Ivana Marzura, représentante des services aux utilisateurs
- Tara McCarville, vice-présidente, qualité, risque pour les entreprises et veille commerciale, Trillium Health Partners
- Mark Prieditis, président, Ontario Association of Radiologists
- Ron Sapsford, président-directeur général, Ontario Medical Association
- Michael Sherar, président et chef de la direction, Action Cancer Ontario
- Colleen Taylor, membre du conseil d'administration, Independent Diagnostic Clinics Association, et vice-présidente, exploitation, True North Imaging
- Joshua Tepper, président et chef de la direction, Qualité des services de santé Ontario
- Lawrence White, radiologiste en chef, département conjoint d'imagerie médicale, RUS, Mount Sinai Hospital et Women's College Hospital
- **Président** : Joshua Tepper, président et chef de la direction, Qualité des services de santé Ontario
- **Soutien** : Melissa Tamblyn, consultante, et Cathie Easton, adjointe de direction du Dr Joshua Tepper

Sur demande, des invités peuvent faire des présentations au groupe sur des sujets spécifiques.

5. Participation et membres substitués :

Pour maintenir la continuité et l'uniformité lors des discussions et la composition du groupe, les membres s'efforceront d'assister à toutes les réunions en personne ou par téléconférence. S'ils ne sont pas en mesure d'assister à une réunion, les membres sont encouragés à fournir des commentaires écrits, au besoin. Les membres peuvent désigner un remplaçant pour les représenter sur les sous-comités.

6. Pouvoir décisionnel

Prise de décisions : les membres s'efforceront de prendre des décisions par consensus.

7. Communications :

Les ordres du jour et autres documents seront distribués avant les réunions et les membres peuvent ajouter des points à l'ordre du jour par l'entremise du président. Qualité des services de santé Ontario est le porte-parole désigné du comité d'experts, et les membres doivent donc transmettre au président du comité toute question concernant le travail du comité.

Annexe 3 – Mandat et membres du groupe de travail sur la mise en œuvre

1. Contexte :

Le 5 décembre 2013, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée a publié la déclaration suivante :

« En collaboration avec nos partenaires de la santé, Qualité des services de santé Ontario dirigera la mise en place d'un programme provincial d'examen par les pairs médecins dans tous les établissements où des services d'imagerie diagnostique sont offerts, y compris des clichés mammaires et des tomodensitogrammes.

L'examen par les pairs s'est avéré une méthode efficace pour améliorer la sécurité et l'exactitude en matière d'imagerie diagnostique dans plusieurs collectivités publiques partout dans le monde.

À l'avenir, nous rechercherons également des moyens supplémentaires de renforcer l'assurance de la qualité en matière de soins de santé, ce qui peut inclure un programme d'agrément. »

En réponse à ce mandat, un comité d'experts a été convoqué pour cibler l'évaluation par les pairs et examiner un programme d'assurance de la qualité de l'ID plus large qui tiendra compte de l'imagerie diagnostique dans différents établissements, y compris différentes modalités, et pertinente à différents fournisseurs. Le potentiel d'effectuer un recadrage conceptuel d'un programme provincial d'AQ généralisé a également été identifié.

Entre décembre 2013 et juillet 2014, le comité d'experts, avec le soutien de PricewaterhouseCoopers, a rédigé un rapport soulignant les principes de conception clés qui devraient être à la base d'un programme d'évaluation par les pairs à l'échelle de l'Ontario, en plus des objectifs pour le programme recommandés et une approche fondée sur les pratiques exemplaires. Le rapport incluait également des principes de mise en œuvre qui devraient appuyer le déploiement du programme au cours des prochaines années.

Le comité d'experts (ou comité directeur) a été reconstitué afin de diriger les efforts de communication et de mobilisation des intervenants, ainsi que d'élaborer des recommandations sur le programme global d'assurance de la qualité pour l'Ontario, y compris une approche de l'accréditation. Dans le cadre de son mandat, le comité directeur recommandera un plan de mise en œuvre et une estimation des coûts plus détaillés pour le programme d'évaluation par les pairs, élaborés par un groupe de travail nouvellement constitué. Le groupe de travail aura pour but de soutenir et de modifier l'élaboration d'un modèle de conception, de gouvernance et de déclaration pour l'évaluation par les pairs en Ontario, avec un plan de mise en œuvre et une estimation des coûts. PricewaterhouseCoopers soutiendra le groupe de travail et le comité directeur pendant ce processus.

2. Rôle

Le groupe de travail présentera au comité directeur ses progrès et son travail en matière d'élaboration de la conception détaillée, de la gouvernance, du modèle de déclaration, du plan de mise en œuvre et de l'estimation des coûts du programme d'évaluation par les pairs. Ce travail générera une série de recommandations et un rapport qui sera rédigé avec les suggestions du comité directeur.

Le groupe de travail fera rapport au comité directeur sur les éléments de conception en suspens suivants :

- les exigences en matière de masse critique pour la participation au programme
- un modèle et des recommandations relatifs à l'éducation et l'apprentissage
- le lien avec les exigences légales et réglementaires connexes relatives à la qualité
- des précisions concernant ce qui distingue l'évaluation par les pairs des autres processus connexes relatifs à la qualité (p. ex., déclaration des incidents critiques)
- les recommandations relatives à la gouvernance et aux rôles et responsabilités – qui fera quoi au niveau local, régional et provincial
- Recommandations relatives aux rapports sur le programme
- Harmonisation avec les initiatives provinciales connexes en matière de qualité, après la mise en œuvre

De plus, les exigences suivantes en matière de mise en œuvre seront examinées et détaillées :

Création d'un système intégré pour la surveillance de la qualité Qualité des services de santé Ontario

- l'approche de la mise en œuvre, phases et groupes
- l'échéancier de la mise en œuvre
- les coûts de mise en œuvre et le modèle de financement
- la structure de gouvernance, les rôles et responsabilités relatifs à la mise en œuvre
- les soutiens et les outils d'orientation requis pour la mise en œuvre

3. Responsabilités :

Les membres du groupe de travail assument les responsabilités suivantes :

- assister aux réunions et fournir des commentaires constructifs et son expertise lors des efforts détaillés de planification de la mise en œuvre;
- examiner la documentation et les documents fournis par PricewaterhouseCoopers et faire des commentaires dans les plus brefs délais;
- tenir les membres du comité d'experts au courant des nouvelles, des mises à jour et des activités qui ont des répercussions sur le mandat du groupe

Nom	Titre
Dr Mark Prieditis	Président, Ontario Association of Radiologists
Dr Brian Yemen	Chef de site, Juravinski Hospital & McMaster University Medical Centre
Dr John Clark	Radiologiste membre du personnel, Rouge Valley Health Sciences – Centenary Site et associé, Ellesmere X-Ray Associates
Dr Paul Voorheis	Président du groupe de travail sur les ESA, Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario et radiologiste, Barrie (Ontario)
Ray Foley	Directeur général de la Ontario Association of Radiologists
Dre Sarah Harvie	Directrice médicale de l'imagerie diagnostique. Ross Memorial Hospital, Lindsay (Ontario)
David Wormald	Assistant à l'intégration, vice-président des services diagnostics et MDU – Hamilton Health Sciences & St. Joseph's Healthcare, Hamilton
Catherine Wang	Directrice générale, département conjoint d'imagerie médicale – RUS, Mount Sinai et Women's College Hospital
Maggie Keresteci	Directrice générale, mobilisation et prestation de programmes – Ontario Medical Association
Gerald Hartman	PDG– True North Imaging et président de l'IDCA
Angela Lianos	Directrice du programme d'ID à cyberSanté Ontario
Wade Hillier	Directeur de la division de gestion de la qualité de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
Mark Fam	Directeur de la stratégie et des diagnostics au North York General Hospital
Dre Andrea Lum	Présidente du département d'imagerie médicale, Université Western, chef municipale, département de radiologie diagnostique, London Health Sciences Centre et St. Joseph's Healthcare.
Dr Dante Morra	Chef du personnel, Trillium Health Partners
Melissa Tamblyn – Soutien	Consultante
Dov Klein – Soutien	Consultant – Pratique nationale des soins de santé de PricewaterhouseCoopers

4. Membres :

Le groupe de travail sera coprésidé par un membre du comité directeur. Voici les membres du groupe de travail :

Les membres du comité directeur peuvent également diriger les séances du groupe de travail et y participer. Sur demande, des invités peuvent faire des présentations au groupe sur des sujets spécifiques.

5. Participation et membres substitués :

Le groupe de travail tiendra quatre séances entre novembre 2014 et mars 2015 et plusieurs discussions et conférences, au besoin, entre les séances.

Pour maintenir la continuité et l'uniformité lors des discussions et la composition du groupe, les membres s'efforceront d'assister à toutes les réunions en personne ou par téléconférence. S'ils ne sont pas en mesure d'assister à une réunion, les membres sont encouragés à fournir des commentaires écrits, au besoin. Les membres peuvent désigner un remplaçant pour les représenter.

6. Pouvoir décisionnel

Prise de décisions : les membres s'efforceront de prendre des décisions par consensus.

7. Communications :

Les ordres du jour et autres documents seront distribués avant les réunions et les membres peuvent ajouter des points à l'ordre du jour par l'entremise du président. Qualité des services de santé Ontario est le porte-parole désigné du comité directeur et de ce groupe de travail, et les membres doivent donc transmettre au président du comité toute question concernant le travail du comité.