



La qualité ça compte: Réaliser l'excellence des soins pour tous

Rapport du Comité consultatif sur la qualité du système
de Qualité des services de santé Ontario

Table des matières

| | |
|-----------|---|
| 2 | Préambule |
| 3 | Introduction |
| 4 | Résumé |
| 12 | Le plaidoyer de la qualité à l'échelle du système |
| 26 | La qualité ça compte : Cadre d'amélioration de la qualité du système de santé |
| 36 | Prestation de soins de qualité |
| 52 | Comprendre les soins de santé de qualité |
| 64 | Favoriser une culture de la qualité |
| 76 | Conclusion |
| 77 | Bibliographie et lectures complémentaires |
| 83 | Appendix 1 : Cadre de référence du comité |
| 86 | Appendix 2 : Composition du comité |
| 88 | Appendix 3 : Principaux intervenants |

Préambule



Un système de soins de santé en Ontario qui est sécuritaire, efficace, axé sur les patients, opportun, efficient et équitable.

Il y a un peu plus d'un an que Qualité des services de santé Ontario a mis en place un cadre commun pour des soins de santé de qualité dans le but d'accroître la santé de la population, d'offrir des soins de santé d'une grande valeur et d'améliorer l'expérience des patients et des fournisseurs. Ce cadre était fondé sur les conseils du Comité consultatif sur la qualité du système de santé de Qualité des services de santé Ontario, un groupe d'experts ayant fait preuve d'un engagement manifeste à l'égard de la qualité. Qualité des services de santé Ontario a demandé au comité de s'attaquer à un enjeu fondamental pour bon nombre des intervenants qui tentent d'amener de la qualité dans les soins de santé : Tout le monde est d'accord que la qualité est une question importante, mais qu'est-ce que la qualité et comment l'obtenir est une question à laquelle il est beaucoup plus difficile de répondre, tout particulièrement la qualité à l'échelle du système. Le premier rapport du comité a servi d'un appel à l'action pour l'amélioration de la qualité au sein du système de santé à toutes les personnes qui vivent en Ontario. Il a aussi servi de fondement à tous les travaux réalisés par la Qualité des services de santé Ontario.

Mais, avec ce programme commun vient l'autre côté de la médaille : il n'est pas acceptable de simplement reconnaître l'importance d'un système de soins de santé de qualité ou simplement d'en cerner les lacunes.

Dans la deuxième étape de ses travaux, le comité propose des changements concrets, raisonnés, pragmatiques et réalisables afin d'atteindre cette compréhension commune. Les considérations et les recommandations du comité sont présentées dans le présent document de façon à ce que Qualité des services de santé Ontario puisse les partager avec tous ceux qui souhaitent améliorer la qualité du système de santé de l'Ontario.

Je tiens à remercier tous les membres du comité et de ses groupes de travail qui ont su relever avec brio le défi que nous leur avons lancé. Ils ont créé un ensemble de recommandations importantes et durables et nous ont lancé un motivant message pour l'amélioration de notre système. Comme nous l'avons fait avec le cadre pour des soins de santé de qualité, Qualité des services de santé Ontario se réjouit de cet appel à l'action. Nous mènerons des activités qui sont directement liées aux recommandations, et nous travaillerons activement avec nos partenaires pour réaliser la vision de l'amélioration du système de santé énoncée dans *La qualité ça compte*. Prenons tous le temps de réfléchir à la façon dont nous pourrions contribuer aux objectifs communs afin de la transmettre à nos pairs et de la revoir afin de poursuivre de sérieuses conversations qui nous aideront à réaliser l'excellence des soins pour tous.

Dr Joshua Tepper

Président et chef de la direction

Qualité des services de santé Ontario

Le chemin vers un système de santé amélioré



En octobre 2015, le Comité consultatif sur la qualité du système de santé a publié sa vision pour les soins de santé en Ontario. Nous avons offert une définition commune ainsi qu'un ensemble de principes pour comprendre ce à quoi une culture de qualité pourrait ressembler. Et nous avons déterminé les catalyseurs qui nous aideront à y arriver. Nous avons fondé nos travaux sur des rapports précédents, produits en Ontario et à l'étranger. Nous avons cherché à appliquer les meilleurs éléments de ces travaux en Ontario pour que nous puissions comprendre les progrès que nous réalisons au fil du temps et par rapport à d'autres systèmes de santé.

QUE S'EST-IL PASSÉ DEPUIS?

Le système des soins de santé en Ontario subit des réformes fondamentales. Ces changements sont déterminés par les mêmes objectifs exposés dans le cadre de notre premier rapport, soit accroître la santé de la population, offrir des services de soins de santé d'une grande valeur et améliorer les expériences des patients et des fournisseurs. Toutefois, pour atteindre ces objectifs, nous devons arriver à bien orienter les nombreuses composantes en mouvement de notre système vers ces objectifs. Nous sommes tous d'accord que nous voulons un système qui accorde la priorité aux patients. Comment pouvons-nous faire de cette vision une réalité pour tous les Ontariens et toutes les Ontariennes?

Les difficultés que nous devons surmonter sont importantes. Notre système de santé est encore organisé de façon à ne pas répondre aux besoins des patients. La viabilité de notre système de santé fait face à des pressions croissantes : des pressions connues depuis longtemps comme l'évolution démographique ainsi que des questions émergentes comme l'épidémie de la consommation d'opioïdes. Nous continuons de sous-investir dans les outils dont nous avons besoin pour améliorer le système. Nous continuons de faire face à un manque de volonté d'assumer ses responsabilités et à un manque de confiance entre les intervenants clés de notre système.

C'est précisément en raison de ces enjeux que nous avons commencé ce travail. À titre de comité, nous vivons un déchirement profond entre célébrer le travail énorme qui est déjà en cours dans notre système et réaliser que, malgré les efforts héroïques déployés par un grand nombre de personnes, la qualité n'est toujours pas ce qu'elle devrait être. Compte tenu des nombreux enjeux complexes auxquels nous sommes confrontés, nous devons être en mesure de définir clairement ce que nous attendons de notre système de soins de santé et d'établir un ensemble commun de priorités. Sans objectifs communs et sans une feuille de route pour nous guider, nous n'y arriverons jamais. Le présent rapport fournit un cadre de travail et les prochaines étapes possibles qui orienteront notre réflexion et nos actions. Il présente objectivement les obstacles à la prestation de soins de santé de qualité, mais il se veut également positif pour l'avenir du système. Nous espérons qu'il vous inspirera à entamer une discussion. Une fois lancée, c'est à nous tous de la poursuivre.

Adalsteinn Brown

Directeur, Institute of Health Policy, Management and Evaluation
Titulaire de la chaire Dalla Lana en matière de santé publique

Résumé

En dépit de ses nombreux actifs, le système de santé de l'Ontario n'a pas encore réussi à traduire ses îlots d'excellence en une culture de qualité à l'échelle du système synonyme d'amélioration continue. C'est toutefois ce qu'il faudra faire pour combler les écarts et réduire les variations qui persistent dans les soins de santé.

Pour favoriser cet objectif, Qualité des services de santé Ontario, le conseiller de la province en matière de qualité des soins de santé, a réuni un groupe d'experts engagés issus du système de santé de l'Ontario. Ce comité consultatif sur la qualité du système de santé a élaboré une définition de la qualité à l'échelle du système, une vision pour le système de soins de santé et un ensemble de principes pour l'orienter. Il s'agit essentiellement d'une compréhension commune de ce à quoi pourraient ressembler des soins de santé principalement axés sur la qualité. Ces documents-cadres ont été publiés en octobre 2015. Le comité a ensuite mis sur pied trois groupes de travail (compréhension de la qualité soins de santé, prestation de soins de qualité et promotion d'une culture de qualité) afin d'approfondir ces sujets et de tenir une consultation avec les patients et les personnes soignantes. Leur travail constitue le fondement de trois autres rapports.

Qu'est-ce qu'un système de santé de qualité supérieure? S'appuyant sur la définition proposée par l'Institute of Medicine ainsi que les résultats des consultations menées auprès des patients et des personnes soignantes, le comité présente six dimensions de la qualité : sécurité, efficacité, soins axés sur les patients, soins offerts en temps opportun, efficience et équité. La définition reflète un nouveau point de vue selon lequel la qualité des soins n'est pas la responsabilité de chaque fournisseur et établissement mais plutôt celle du système lui-même.

Cette définition s'accompagne d'une vision relative à la qualité du système de santé :

Le système de santé de l'Ontario est chef de file mondial en ce qui a trait à l'obtention des meilleurs résultats liés aux six dimensions de la qualité. Notre système de soins de santé est juste, mobilise les patients et leur famille et se consacre sans relâche à l'amélioration.

Dans la transposition de cette vision à la réalité, chaque étape devra être mise à l'essai en fonction d'un ensemble de principes directeurs. Un système de santé ayant une culture de qualité présente de multiples facettes :

- **Il est axé sur l'amélioration de la qualité** pour les six dimensions de la qualité et tous les secteurs et d'une manière qui tient compte du cheminement du patient.
- **Il concerne non seulement les soins de santé, mais la santé elle-même.** Il s'efforce de prévenir les maladies autant que de les traiter.

- **Il est accessible à tous**, peu importe la personne et l'endroit où elle vit.
- **Il répond aux besoins des patients**. Il est repensé en partenariat avec les patients, en vue d'atteindre des objectifs communs.
- **Il trouve un équilibre entre les priorités concurrentes**, reconnaissant la nécessité d'aborder à la fois les gains rapides et les objectifs à long terme qui sont plus difficiles à atteindre.
- **Il ne dépend pas de l'injection de nouveaux fonds**, mais met l'accent sur les ressources pour avoir une plus grande incidence.
- **Il exige un changement fondamental** et appuie les chefs de file transformationnels en éliminant les obstacles à l'innovation et à l'amélioration.

Les obstacles à la création d'un système de santé respectueux de ces principes ne sont pas négligeables, mais peuvent être surmontés.

Pour y parvenir, **l'harmonisation** est essentielle. Les rapports précédents ont déjà noté les écarts potentiellement dangereux en matière de soins entre les établissements, les fournisseurs et les secteurs. Afin d'assurer systématiquement des résultats de qualité, les dirigeants du système de santé doivent collaborer et mettre l'accent sur le partage des priorités, les pratiques éprouvées et les normes fondées sur des données probantes.

Comment ces dirigeants devraient-ils déterminer les pratiques exemplaires ou les domaines où concentrer leurs énergies? Dans le cas présent, le quadruple objectif se révèle prometteur. Il pré-suppose l'amélioration des expériences et des résultats pour les patients, la valeur des soins fournis, la santé de la population (en mettant l'accent sur le bien-être général de groupes précis de personnes ayant des besoins semblables en matière de soins de santé) et l'expérience de la prestation de soins. Le quadruple objectif peut favoriser des efforts de planification stratégique pour tous les organismes de prestation et de financement, contribuer aux ententes sur les niveaux de service et constituer le fondement des évaluations du rendement des cadres supérieurs.

Les modèles de financement et la technologie constituent deux outils importants pour l'harmonisation avec le quadruple objectif. À l'heure actuelle, le financement est lié ni à la difficulté de la tâche ni aux bienfaits pour l'ensemble du système. Si l'Ontario veut un système de santé permettant aux patients d'effectuer des transitions faciles entre les fournisseurs, comment les modèles de financement peuvent-ils être conçus afin de favoriser la collaboration et améliorer ces transitions?

De même, les technologies de l'information et les systèmes d'information en santé (les dossiers médicaux électroniques, les portails en ligne sécurisés et réservés aux patients et les soins virtuels, pour n'en nommer que quelques-uns) offrent un vaste potentiel. Pourtant, trop souvent, de telles initiatives sont perçues comme des projets de TI plutôt que des initiatives d'amélioration de la qualité. Les plateformes et les systèmes non exclusifs ainsi que l'absence de normes agissent ensemble pour atténuer le plein potentiel de ces innovations.

De même, il faut réorienter les **structures de responsabilisation** du système de santé afin de passer du point de vue du secteur (axé sur les hôpitaux, les soins de longue durée ou les soins primaires) au point de vue du patient. On a dit que l'intervention la plus risquée en soins de santé est le transfert d'un patient. Peut-on mettre en place une chaîne de responsabilisation claire pour

les patients à chaque point d'intervention ainsi que dans les espaces entre ces points?

Enfin, si nous voulons que les fournisseurs de soins de santé offrent des soins de qualité, les normes applicables à ces soins (y compris celles qui reflètent l'expérience des patients), les objectifs permettant de mesurer le rendement et les conséquences d'une non-réalisation de ces objectifs doivent être beaucoup plus clairs qu'ils ne le sont aujourd'hui.

**On a dit que
l'intervention la plus
risquée en soins de
santé est le transfert
d'un patient.**

Afin de permettre ces transformations, il faut établir une base solide favorisant la mesure et la transparence. Un riche écosystème provincial de collecte de données a évolué de façon à soutenir l'évaluation du système de santé. Les fournisseurs allouent une énorme quantité de ressources à la production de données. Le défi consiste à mieux mesurer la qualité d'une manière qui soit pertinente, utile et réalisable afin d'améliorer les soins prodigués aux patients.

La responsabilisation et la planification du système exigent des mesures qui permettent des comparaisons justes. Bien que cela semble simple, c'est difficile à réaliser.

Parmi les réseaux de fournisseurs, plusieurs instruments de mesure sont utilisés. Les questions ne sont pas normalisées et des indicateurs présentant des variations subtiles font en sorte qu'il est difficile de tracer un portrait fidèle du fonctionnement de l'ensemble du système.

Un certain nombre d'autres lacunes en matière de mesure mérite notre attention immédiate.

Transitions des soins : Des transitions plus sécuritaires et plus efficaces pour les patients nécessitent des responsabilités appropriées et des données concrètes plutôt que des anecdotes.

Expérience des patients : Les données signalées par les patients sont recueillies de façon non uniforme et avec une normalisation minimale. L'évolution rapide de la technologie peut permettre le partage de ces données et l'apprentissage à partir de celles-ci, mais seulement si les organismes de soins de santé maintiennent la cadence.

Expérience du personnel : La Loi sur l'excellence des soins pour tous de l'Ontario oblige les fournisseurs de soins de santé à effectuer des enquêtes auprès de leur personnel, mais il est possible d'en faire beaucoup plus afin de comprendre comment les cliniciens et le personnel de soins de santé perçoivent leur travail et de s'attaquer aux répercussions sur la qualité des soins.

Équité : Les mesures actuelles ne permettent pas d'évaluer les répercussions des déterminants sociaux de la santé sur les résultats. Les planificateurs du système ont besoin de données pouvant être reliées entre elles et partagées pour répondre aux besoins de diverses populations.

Bien que de nouvelles mesures puissent être nécessaires, il faut également reconnaître qu'une trop grande quantité de mesures peut imposer un lourd fardeau sur les organismes et peut générer un tel « bruit » que les efforts visant l'amélioration deviennent confus. L'atténuation de ces embûches potentielles devrait comprendre un examen des mesures existantes afin de s'assurer qu'elles permettent encore de fournir des renseignements utiles et exploitables.

En outre, la mesure elle-même ne suffit pas, il faut l'associer à des initiatives d'amélioration. Le cheminement permettant de passer des données brutes à de meilleurs processus et résultats n'est pas entièrement clair. Ce que l'on sait, c'est que les bonnes intentions ne suffisent pas. Une aide aux cadres supérieurs et aux administrateurs ainsi qu'aux cliniciens et au personnel de première ligne, sous la forme de temps et de compétences nécessaires pour travailler avec les données, changerait les choses. De plus, que peut-on faire pour créer une culture de la qualité et ainsi préparer le terrain à l'apprentissage à l'échelle des organismes et du système?

Nous mettons l'accent sur quatre facteurs essentiels qui favorisent les comportements man-

ifestés dans les cultures de soins de santé axé sur la qualité :

Premièrement, **acquérir des compétences en leadership**. S'appuyer sur un seul dirigeant héroïque n'est pas une façon de favoriser une culture de la qualité. Il faut une stratégie disposant des ressources appropriées qui cible les dirigeants potentiels à différents stades de carrière. Il faut mettre l'accent sur l'élaboration de leadership collectif parmi les cliniciens, le personnel de première ligne et, de plus en plus, les patients et les personnes soignantes.

Les fournisseurs et les administrateurs en milieu de carrière devraient avoir des possibilités d'assister à des programmes de leadership qui les exposent à des dirigeants d'autres secteurs de soins de santé qui pensent comme eux. Les dirigeants devraient avoir accès aux pratiques de gestion éprouvées qui favorisent l'amélioration de la qualité ainsi qu'à des conseils sur la façon dont d'autres ont réussi à mettre en œuvre ces pratiques exemplaires. En outre, ils devraient être récompensés pour leur pensée transformationnelle et les mesures qu'ils prennent pour atteindre le quadruple objectif, en plus des améliorations progressives de la qualité.

Deuxièmement, **investir dans la capacité à soutenir l'amélioration**. Le renforcement des capacités prend de nombreuses formes. Il peut s'agir d'investissements visant à donner aux professionnels de la santé, y compris le personnel infirmier et les médecins, les connaissances leur permettant de planifier et de mettre en œuvre des initiatives d'amélioration de la qualité. Il peut inciter à redoubler d'efforts afin de transmettre des données locales sur le rendement aux cliniciens qui cherchent à améliorer leur cabinet ou à appuyer les gestionnaires de première ligne en leur donnant le temps et les compétences leur permettant de diriger des projets d'amélioration. Il peut comprendre une élaboration plus vaste d'instruments visant à mesurer une culture organisationnelle et à effectuer un suivi des améliorations et des domaines nécessitant une attention particulière. Il peut également cibler la prochaine génération en renforçant le programme d'amélioration de la qualité pour les cliniciens en formation et les leaders pairs.

Troisièmement, **renforcer les cultures professionnelles et mobiliser les cliniciens**. Les professionnels et les organismes peuvent trouver un objectif commun dans de meilleurs résultats pour les patients et des activités rationalisées. Une culture de service peut être pratiquée dans les cabinets afin que les patients soient traités avec courtoisie et compassion. Une culture « juste » veille à la désignation et à la correction des processus déficients avant qu'ils n'entraînent des préjudices.

Quatrièmement, **mobiliser les patients, les personnes soignantes et les membres du public**. Il existe des façons permettant aux dirigeants du système et des organismes d'accroître la participation des patients à plusieurs points de service. À l'échelon des soins, on peut demander aux patients leurs préférences quant aux plans de traitement et une rétroaction sur leurs expériences. À l'échelon de l'administration, les patients peuvent être coresponsables des comités d'amélioration de la qualité et formuler des commentaires sur les orientations stratégiques.

La voix des patients demeure une source de motivation essentielle pour tous ces changements. Toutefois, sans engagement des membres de la haute direction à l'égard des soins centrés sur les patients et partenariat avec les patients, cela ne se produira pas. En outre, sans nouvelle conception des structures de gouvernance visant à donner aux patients une place à la table de discussion, les points de vue des patients ne seront pas clairement entendus au cours de l'élaboration des programmes et des stratégies.



Il n'existe aucune compréhension commune de ce qui définit les soins de santé de haute qualité ni de feuille de route.

En Ontario, il n'existe aucune compréhension commune de ce qui définit les soins de santé de haute qualité ni feuille de route pour passer du statu quo à l'avenir désiré. Pourtant, nous savons qu'il y a une excellente occasion de bâtir le système de santé de qualité que méritent les patients.

Les recommandations ci-dessous des trois groupes de travail du comité consultatif sur la qualité du système de santé (compréhension de la qualité des soins de santé, prestation de soins de qualité et promotion d'une culture de qualité) ont le potentiel d'améliorer la qualité des soins, de réduire l'iniquité dans notre système de santé et d'améliorer l'expérience tant des patients que des fournisseurs. Ces recommandations sont réalisables et mesurables et ne nécessitent pas d'injection importante de fonds dans le système. Il n'y a aucune raison pour qu'elles ne soient pas mises en œuvre au cours des cinq prochaines années. Les travaux en ce sens devraient commencer aujourd'hui.

Bien que chacune des recommandations suivantes soit exposée plus en détail dans une section ultérieure du présent document, voici un résumé des objectifs qu'elles appuient.

PRESTATION DE SOINS DE QUALITÉ

1. L'harmonisation à l'échelle du système avec le cadre de travail La qualité ça compte améliore la santé de la population, assure des soins de santé de grande valeur et enrichit l'expérience tant des patients que des fournisseurs.

- Les organismes de soins de santé adoptent le cadre de travail La qualité ça compte comme le fondement de la planification stratégique et des efforts de responsabilisation. Une meilleure prestation des services de soins de santé signifie une valeur accrue, de meilleurs résultats pour les patients et une meilleure expérience pour les patients et les fournisseurs.
- Les réseaux locaux d'intégration des services de santé assument un rôle de leadership afin de veiller à ce que tous les patients aient un accès opportun à des soins bien coordonnés.
- Qualité des services de santé Ontario mesure les progrès systémiques vers l'atteinte des objectifs du cadre de travail La qualité ça compte et fait rapport sur ces progrès.

2. Une indication claire des responsabilités de chacun dans la prestation des services de santé veille à ce que les patients profitent pleinement de soins de qualité supérieure, tels que les définit le cadre de travail La qualité ça compte.

- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée accorde une plus grande souplesse aux réseaux locaux d'intégration des services de santé pour ce qui est de l'attribution du financement visant l'amélioration de la prestation de services conformément au cadre La qualité ça compte et au quadruple objectif.
- Les bailleurs de fonds s'assurent que le cadre de travail La qualité ça compte est pris en compte dans le libellé de la totalité des contrats et des relations de financement, peu importe le mode de rémunération, y compris la rémunération des médecins.
- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, les réseaux locaux d'intégration des services de santé, d'autres organismes et les municipalités harmonisent les mesures actuelles et futures de la responsabilisation en fonction des mesures de rendement du système de santé qui tiennent compte du cadre de travail La qualité ça compte.
- Les conseils d'administration des organismes de soins de santé examinent les

structures de rémunération des cadres pour s'assurer que l'accent est mis sur la récompense de la prestation de soins de qualité supérieure, tels que les définit le cadre de travail La qualité ça compte.

- Les bailleurs de fonds de systèmes d'information sur la santé exigent des organismes qu'ils utilisent les données dans ces systèmes pour faire progresser l'amélioration de la qualité.

3. Un leadership résolu est axé sur l'amélioration de la qualité des soins pour tous.

- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, les associations et les ordres professionnels, les organismes de soins de santé et leurs conseils d'administration s'assurent de la bonne compréhension de l'amélioration de la qualité comme élément essentiel du rôle de tous les fournisseurs de soins.
- Qualité des services de santé Ontario et ses partenaires produisent des normes pour les domaines prioritaires afin de soutenir les efforts constants d'amélioration de la qualité à l'échelon local.
- Les organismes de soins de santé mobilisent des organismes et d'autres entités afin de désigner et d'adopter de façon proactive des ressources et des mesures de soutien pour l'amélioration de la qualité en leur sein plutôt que de concevoir de nouveaux outils.

COMPRENDRE LES SOINS DE SANTÉ DE QUALITÉ

4. Les efforts de mesure soutiennent un engagement sans relâche à l'égard de l'amélioration.

- Qualité des services de santé Ontario veille à ce que les initiatives provinciales en matière de mesure soutiennent les organismes de soins de santé pour ce qui est de l'établissement d'objectifs d'amélioration de la qualité fondés sur le rendement et les besoins locaux.
- Qualité des services de santé Ontario évalue la mesure dans laquelle les effectifs en soins de santé sont formés et engagés à l'égard des activités d'amélioration de la qualité et fait rapport sur cette mesure.
- Les organismes de soins de santé s'assurent que les personnes qui travaillent au sein de leurs établissements sont capables de comprendre les données et de les utiliser aux fins d'amélioration.

5. Les mesures et la production de rapports stratégiques améliorent la transparence et promeuvent la qualité.

- Les organismes ayant des responsabilités liées à la collecte de données et la production de rapports travaillent de concert pour élaborer des critères afin d'évaluer la pertinence et l'importance des indicateurs, dans le but de veiller à ce que l'objectif de la collecte de chaque mesure soit clair.
- Qualité des services de santé Ontario invite ses partenaires à élaborer une méthode d'utilisation des données afin de relever et de surveiller les nouveaux problèmes du système de santé aux fins d'inclusion future dans le programme commun d'amélioration de la qualité.
- Les organismes qui conservent et partagent des données s'assurent que les fournisseurs

ont accès à l'information nécessaire pour évaluer la qualité des soins, concevoir des projets d'amélioration et soutenir la mobilisation des patients.

- Les bailleurs de fonds des systèmes d'information sur la santé exigent que ces systèmes travaillent ensemble dans l'ensemble de l'organisme en vue de faire progresser la prestation efficace de soins de santé de qualité supérieure fondés sur des données probantes aux personnes et aux collectivités.

6. Les indicateurs qui reflètent la responsabilité commune des soins sont largement utilisés dans l'ensemble du système de santé.

- Qualité des services de santé Ontario, en collaboration avec ses partenaires, établit des normes et des indicateurs pour les soins, qui reflètent le continuum de soins complet d'un patient plutôt qu'une série de rencontres avec des fournisseurs particuliers.
- Les bailleurs de fonds incluent les indicateurs de soins efficaces aux patients et de transitions dans les ententes de responsabilisation des bénéficiaires.
- Les organismes de soins de santé incluent des mesures normalisées de soins intégrés aux patients dans leurs plans d'amélioration de la qualité.

7. L'équité est centrale à chaque exercice de mesure de la qualité et de production de rapport.

- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée soutient la collecte de données visant à permettre la mesure courante et l'analyse des facteurs liés à l'équité (p. ex., l'ethnie, la langue, le revenu), ainsi que la production de rapport en la matière.
- Les bailleurs de fonds exigent des bénéficiaires qu'ils entreprennent des évaluations de l'impact sur l'équité en matière de santé pour les projets et les stratégies organisationnelles d'importance.
- Les réseaux locaux d'intégration des services de santé évaluent et soutiennent la capacité des fournisseurs à aiguiller les patients de manière appropriée vers les services qui s'attaquent aux déterminants sociaux de la santé.
- Les organismes de soins de santé favorisent une collecte en temps opportun des mesures de l'expérience au point d'intervention, signalées par les patients dans la langue de choix des patients.
- Qualité des services de santé Ontario et d'autres personnes veillent à ce que la mesure du rendement du système de santé et la production de rapports reflètent le rendement global et le rendement au sein des différentes populations de la province.

8. Les paramètres de mesure de la qualité qui ont un sens pour les patients sont constamment recueillis et largement partagés.

- Les organismes de soins de santé mesurent l'expérience du personnel d'une manière normalisée et font rapport des résultats aux échelons provincial et local afin d'aider à améliorer les expériences des patients et des fournisseurs en matière de soins.
- Tous les fournisseurs de soins de santé recueillent des données sur l'expérience et les résultats déclarés par les patients, de manière opportune et normalisée, et s'assurent que l'information est utilisée pour améliorer les soins et l'expérience des patients.
- Les fournisseurs de soins de santé examinent l'utilisation des médias sociaux ainsi que

d'autres stratégies et outils innovants afin de recueillir des données sur l'expérience fournies par les patients aux points d'intervention.

- Les organismes de soins de santé qui produisent des rapports publics sur le rendement du système de santé mobilisent régulièrement les patients et le public pour s'assurer que leurs rapports sont significatifs pour ce public.

FAVORISER UNE CULTURE DE LA QUALITÉ

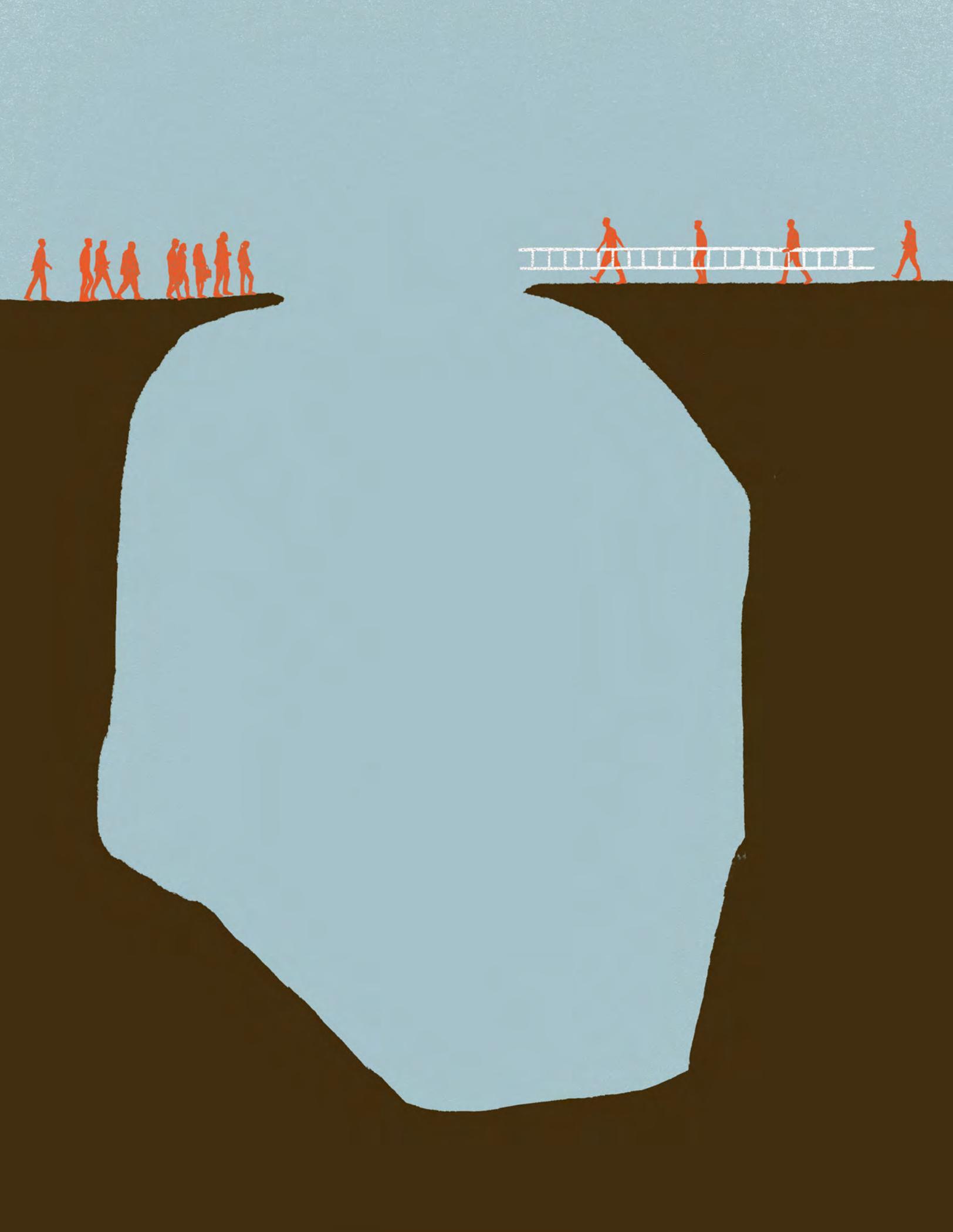
9. Les patients, les personnes soignantes et les fournisseurs de soins se sont engagés à l'égard d'une culture de la qualité alimentée par l'apprentissage continu de l'expérience de ceux qui fournissent et reçoivent des soins.

- Les conseils des organismes de soins de santé font pleinement participer les patients et les personnes soignantes à la sélection et à l'utilisation des mesures de rendement et des rapports organisationnels pertinents et significatifs.
- Qualité des services de santé Ontario et d'autres organismes sensibilisent et font participer les dirigeants du système de soins de santé, allant des conseils d'administration aux patients, afin de promouvoir une culture de la qualité.
- Les organismes de soins de santé contribuent à la production de rapports et à la résolution des plaintes et des préoccupations des patients de manière transparente.
- Qualité des services de santé Ontario veille à ce que les fournisseurs de soins de santé participent à un processus productif afin de tirer des leçons de leurs propres succès et échecs, mais aussi de ceux des autres.

10. Une culture de qualité à l'échelle du système ainsi qu'un engagement ferme envers l'amélioration.

- Les bailleurs de fonds, les organismes et les organismes de soins de santé investissent dans des formations supplémentaires en amélioration de la qualité et ils visent à ce que 50 % des membres du personnel aient réussi une formation de base en science de l'amélioration.
- Les ordres de réglementation et les associations professionnelles des professionnels de la santé intègrent le leadership pour les activités d'amélioration de la qualité à titre de compétence de base et d'élément clé pour conserver la certification ou le permis d'exercice.
- Les universités et les collèges assurent que les programmes d'études cliniques comprennent l'amélioration de la qualité comme compétence enseignée à tous les étudiants.
- Les fournisseurs de soins de santé et les autres dirigeants de première ligne partagent les réussites et les échecs dans le cadre d'un engagement global à l'égard de l'amélioration de la qualité des soins et de l'expérience des patients.
- Par l'entremise de prix, de reconnaissances publiques et des médias sociaux, les organismes de soins de santé reconnaissent les champions de la qualité des services de première ligne et partagent largement leurs réussites dans l'ensemble du système de soins de santé.

¹ Adapté du quadruple objectif.



Le plaidoyer de la qualité à l'échelle du système



La qualité des soins de santé est un concept complexe et difficile à expliquer. Cependant, lorsque l'on vit la qualité, elle est sans équivoque. Lorsqu'un patient reçoit le traitement approprié au bon moment et au bon endroit, il s'agit de la qualité des soins de santé. Lorsqu'un médecin de soins primaires et un spécialiste parviennent à travailler de concert dans le meilleur intérêt d'un patient, il s'agit de la qualité des soins de santé. Lorsque les bailleurs de fonds et les établissements du système disposent des renseignements dont ils ont besoin en temps opportun pour façonner des politiques et des procédures fondées sur des données probantes, il s'agit aussi de la qualité des soins de santé.

À quel point ces aspirations se comparent-elles à la réalité? Diverses études ont démontré qu'environ les trois quarts des Ontariennes et Ontariens accordent des notes élevées au système de santé, ce qui témoigne surtout de leurs interactions positives avec leur propre fournisseur de soins. En effet, des légions de professionnels de la santé prodiguent d'excellents soins, élaborent et offrent de nouvelles manières de traiter les patients et vont au-devant des populations vulnérables mal desservies par le système de santé. L'Ontario n'a aucune pénurie de champions engagés à faire une différence.

Une perspective plus éloignée offre une image différente. Récemment, un certain nombre d'études approfondies ont été publiées sur l'état du système de santé de l'Ontario et les possibilités d'amélioration : le rapport Price-Baker sur les groupes de soins, le rapport Donner sur les soins à domicile et en milieu communautaire, le rapport Baker-Axler sur les systèmes de santé à rendement élevé, les évaluations des centres d'accès aux soins communautaires et des réseaux locaux d'intégration des services de santé de la vérificatrice générale et de nombreux rapports de Qualité des services de santé Ontario, notamment *À la hauteur*.

Ces rapports mettent en lumière un système de santé qui n'est pas aussi équitable que nous le croyions. Il y a un modèle de lacunes dans les soins de santé, des lacunes qui engendrent d'importantes conséquences négatives pour les patients : la difficulté à accéder aux soins primaires, les longues attentes^{2,3}, pour les soins spécialisés, les événements critiques quant à la sécurité dans les établissements de soins de santé, l'accès insuffisant aux médicaments d'ordonnance nécessaires⁴. Des variations dans les soins qui, à tous les chapitres, sont angoissantes et qui ont des conséquences tragiques pour les patients.

Le fait qu'il n'y a pas plus de résultats à montrer pour toutes les bonnes intentions est compréhensible : un système de santé englobe non seulement les éléments mobiles, mais aussi les espaces entre ces composantes.

À la lumière de ces données probantes, la conclusion sans équivoque est que le système de santé de l'Ontario fonctionne bien pour certaines personnes qui sont atteintes de certaines affections et traitées dans certains établissements, à un certain moment. Il s'agit de qualité circonstancielle et non de qualité systémique.

La qualité circonstancielle est la règle depuis que les processus de gestion de la qualité – semblables notamment à ceux qui ont restructuré le secteur de l'automobile – ont été appliqués au système de santé de l'Ontario à compter des années 1980. Au départ, la qualité était perçue selon une perspective de structure, de processus ou de résultat. L'enjeu a d'abord été la pertinence, à la fois d'un service et du cadre dans lequel il a été fourni. Pour y répondre, les établissements ont commencé à remanier les processus de soins et ont entrepris des programmes d'amélioration continue de la qualité.

Enfin, une idée plus générale de la qualité intégrant des dimensions supplémentaires de la qualité a commencé à s'unifier. La dimension de la sécurité est survenue en réaction à des situations éprouvantes comme les éclosions de bactérie *C. difficile* et une épidémie d'événements indésirables. Ainsi, des éléments de la qualité du système de santé n'étaient pas reconnus, comme l'expérience des patients – particulièrement la facilité des gens à se déplacer au sein du système de santé et à avoir accès à l'information – et l'équité, soit pourquoi certaines populations de patients sont mal desservies de manière chronique⁵.

Pourtant, des changements progressifs à petite échelle apportés aux processus existants en santé, comme ceux qui ont marqué la première vague d'initiatives de qualité en matière de soins de santé, ne réussiront tout simplement pas à nous faire progresser jusqu'où nous devrions nous situer. Ce constat a contraint les gouvernements à créer des organismes qui feraient progresser l'amélioration de la qualité de manière plus stratégique et à l'échelle du système. En Ontario, *la Loi sur l'excellence des soins pour tous*, adoptée en 2010, a créé ce qui est maintenant connu comme Qualité des services de santé Ontario. En raison de la Loi, chaque année, des centaines d'établissements de soins de santé soumettent des plans d'amélioration de la qualité à Qualité des services de santé Ontario, déterminant comment ils ont l'intention d'atteindre leurs objectifs d'amélioration à long terme.

Cependant, il a été difficile de passer de la qualité circonstancielle à la qualité systémique. Les attitudes évoluent, mais elles le font depuis les vingt dernières années. Le fait qu'il n'y a pas plus de résultats à montrer pour toutes les bonnes intentions est compréhensible : un système de santé englobe non seulement les « éléments mobiles », comme les hôpitaux et les foyers de soins de longue durée ou les patients, les fournisseurs de soins et les bailleurs de fonds, mais aussi les espaces entre

ces composantes – la façon dont elles s'assemblent et se soutiennent mutuellement. Dans ces espaces vivent les comportements, les habitudes, les affiliations professionnelles. Les mesures incitatives et dissuasives. Les flux de connaissances. La responsabilisation.

Sans aucun doute, ce sont des défis considérables. Aujourd'hui, ils représentent le fondement du plaidoyer renouvelé pour la qualité. Il s'agit d'un plaidoyer pour un système de santé intégré, où les patients n'ont pas à répéter leurs antécédents ou à subir des analyses multiples inutilement. Il s'agit d'un plaidoyer pour un système de santé au sein duquel :

- les fournisseurs et les dirigeants de soins de santé observent un engagement sans relâche à l'égard de la qualité dans le cadre de leurs rôles et, ce faisant, trouvent de nouvelles façons de prodiguer leurs services, même si cela signifie reconnaître leurs propres lacunes;
- les organismes de soins de santé sont axés sur le cheminement du patient plutôt que sur la structure du système actuel;⁶
- les décideurs, les bailleurs de fonds et les fournisseurs envisagent de nouveaux modèles qui remettent en question le *statu quo*, et propagent tous les travaux innovateurs et les modèles efficaces mis à l'essai à l'échelon local;
- les patients et leurs personnes soignantes peuvent naviguer en toute sécurité, avec respect et de façon efficace dans le système de soins de santé..

Ces aspirations seront réalisées uniquement par l'adoption d'une démarche holistique aux soins de santé de qualité. Dans leur rapport de 2015 intitulé *Creating a High Performing Healthcare System in Ontario*, les auteurs G. Ross Baker et Renata Axler de l'Institute of Health Policy, Management and Evaluation de l'Université de Toronto ont déclaré que le premier des douze principaux attributs des systèmes de santé à rendement élevé est l'accent mis sur la qualité et l'amélioration du système comme stratégie fondamentale.

« Des approches systémiques sont essentielles à l'amélioration continue, car elles tiennent compte des flux de travail cliniques, des processus de soins et de l'environnement global où les cliniciens exercent, plutôt que de simplement ajouter une autre tâche à la charge de travail déjà lourde d'un clinicien. En effet, ces approches sont devenues plus essentielles, car la santé est devenue plus complexe, en raison des équipes plus importantes requises pour offrir des soins, des traitements et des diagnostics de plus en plus compliqués, des nombreux établissements où les soins sont prodigués (hôpitaux, services de consultation externe, à domicile et dans la communauté) et des nouveaux services visant à s'attaquer aux⁷ nombreux facteurs externes aux soins de santé qui ont une incidence sur la santé. »

Dans le cadre de nos études sur les soins de qualité à l'échelle du système, nous avons mené des entrevues avec un certain nombre de penseurs en Amérique du Nord, en Australie et au Royaume-Uni. À partir de ces discussions, le nouveau plaidoyer pour la qualité s'est précisé. Nous

avons autrefois mesuré l'écart entre les soins appropriés dans différents établissements et ce qui est réellement offert. Cela ne tient pas compte du système global dont nous avons maintenant besoin. Quelle est la meilleure version du système de santé de l'Ontario et comment pouvons-nous y arriver?

Le nouveau plaidoyer pour la qualité à l'échelle du système s'accompagne d'un certain nombre de problèmes épineux qui seront examinés de manière plus approfondie dans d'autres parties du présent rapport. Nous présentons pour l'instant une vue d'ensemble.

COMMENT POUVEZ-VOUS CARTOGRAPHIER LE RENDEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ SANS PERDRE VOS REPÈRES?

Les experts de l'amélioration de la qualité sont tous d'accord : les mesures sont essentielles pour fournir une évaluation à l'échelle systémique des variations et des lacunes en matière de rendement. Cette opinion repose sur l'idée répandue que si un processus ou un résultat ne peut être mesuré, il ne peut être amélioré.

Il est pourtant difficile d'établir un ensemble de mesures appropriées de la qualité en santé. Certaines, comme les taux de mortalité à l'hôpital, sont convaincantes, mais difficiles à utiliser comme moyens de comparaison. Les paramètres de mesure des processus, comme le pourcentage de patients traités conformément aux lignes directrices cliniques, peuvent attirer la critique puisque les lignes directrices évoluent à mesure que les données probantes changent. En outre, il est très tentant de recueillir des données sur le rendement sur ce qui est facile à mesurer plutôt que sur ce qui compte le plus pour les gens qui utilisent le système.

Que savons-nous réellement des processus de soins qui produisent une qualité supérieure?

Les données ne dressent pas un portrait complet de la qualité du système de santé : souvent, elles ne parviennent pas à cerner l'expérience vécue par les patients, les fournisseurs ou les travailleurs de la santé. Pourtant, les exposés de fait dans les chiffres peuvent susciter la participation et provoquer le changement ou être utilisés comme des outils diagnostiques. La transparence est la clé. « Un avion s'écrase et tous ceux qui voyagent en avion veulent savoir pourquoi », explique Michael Decter, un ancien sous-ministre de la Santé de l'Ontario. « Le Bureau de la sécurité des transports peut dépenser 100 millions de dollars afin de comprendre pourquoi un avion s'est écrasé pour savoir si c'est évitable. Pourtant, 20 000 personnes meurent chaque année en raison d'erreurs évitables dans le système de santé et vous ne voyez aucun mouvement public généralisé. Les membres du public ont besoin d'obtenir des renseignements plus détaillés et d'entendre les fournisseurs au sujet des paramètres qu'ils utilisent. »

Et quels devraient être ces paramètres? Pour les personnes qui dépendent du système de santé, les mesures relatives aux points de service des patients avec les fournisseurs et les établissements peuvent accroître la participation à l'amélioration de la qualité, comme la continuité des soins, ⁸ les erreurs de prescription de médicaments, les événements indésirables⁹ (les incidents liés à la sécurité des patients qui peuvent être évités et qui entraînent de graves préjudices¹⁰ ou la mort) ou la réactivité d'un médecin de famille.

Cathy Fooks, présidente et chef de la direction de la Change Foundation, plaide pour des

mesures qui tiennent compte des expériences des patients à chaque étape de leur cheminement au sein du système de santé : À quel point les transitions entre les fournisseurs de soins ont-elles été harmonieuses?¹¹ À quel point l'accès à l'établissement de soins a-t-il été facile? Est-ce que le médecin ou le membre du personnel s'est occupé de l'anxiété du patient avec empathie? Les mesures fondées sur l'expérience sont aussi à la hausse : David Blumenthal, président du Fonds du Commonwealth, fait remarquer que les évaluations des médecins par la clientèle sur les plateformes des médias sociaux (comme Yelp pour les soins de santé) sont de plus en plus populaires aux É.-U. Ces mesures ont une capacité plus ou moins importante d'aborder les problèmes de qualité. Malheureusement, elles ne sont pas vraiment mises en place pour aider les patients à prendre des décisions quant à leurs soins.

En revanche, les cliniciens et les administrateurs ont besoin d'un ensemble d'indicateurs plus complets afin de mieux comprendre les lacunes dans les processus, la prestation de soins selon les lignes directrices ou les taux de réadmission. Ils ont aussi besoin que les renseignements soient accessibles en temps opportun et bien présentés. M. Blumenthal les décrit comme « la mesure des données valides et fiables et la rétroaction sur ces dernières en temps réel pour les fournisseurs » soutenus par des systèmes d'information électroniques en matière de santé qui récolte l'information pertinente et la formate aux fins de rétroaction de manières consommables.

Pour les bailleurs de fonds, des indicateurs qui révèlent l'efficacité du fonctionnement du système et l'harmonisation des paiements et des mesures incitatives au fonctionnement du système sont les principaux éléments probants.

Il y a une profusion de données à trier. Le problème est que des choix utiles et fondés sur des données probantes doivent être pris sur les paramètres de mesure de la qualité à l'échelle du système et que des données doivent être déployées pour engager les bonnes personnes dans les bonnes discussions.

Malgré l'absence de consensus quant à l'ensemble de mesures de la qualité idéal, ou peut-être en raison de cette absence, il y a une énorme quantité de paramètres mesures de rendement du système de santé de l'Ontario. C'est là que réside le côté sombre. D'abord, la collecte de toutes ces données impose un lourd fardeau administratif aux fournisseurs et aux organismes de soins de santé et il peut y avoir de l'opposition si les données recueillies ne sont pas considérées comme cliniquement significatives. D'autre part, il est de plus en plus difficile de distinguer le signal du bruit.

L'enjeu lié à la transformation des données en information exploitable et crédible pour les patients, les fournisseurs de soins et les bailleurs de fonds est aussi urgent à surmonter que le choix des meilleurs indicateurs de rendement. Comment les renseignements sur les paramètres de mesures peuvent-ils être liés à l'amélioration de la qualité sur les premières lignes, afin de combler l'écart entre ce que nous apprenons des données et les changements que nous réalisons réellement?

COMMENT POUVONS-NOUS FAIRE POUR QUE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ SOIT ADAPTÉ À LA QUALITÉ?

Les projets d'amélioration du système de santé affichent des résultats mitigés. Un grand nombre ne parviennent pas à s'enraciner avant que l'enthousiasme ne redescende. Ce n'est pas étonnant compte

tenu des exigences habituelles des milieux de travail des soins de santé. Une recherche menée par Westyn Branch-Elliman et publiée dans le journal *BMJ Quality and Safety* a permis de quantifier les ressources nécessaires pour mettre en œuvre une intervention sur la sécurité des patients visant à réduire les infections liées à l'utilisation de ventilateurs. Au cours d'une étude réalisée dans un centre médical américain, il s'est aperçu que le personnel infirmier passe 115 minutes de plus par jour par patient afin d'appliquer une stratégie de prévention relative à l'utilisation de ventilateurs. Près du tiers des infirmières et infirmiers ont déclaré que d'autres tâches de soins des patients étaient parfois retardées, car du temps était alloué à ces activités susceptibles de sauver des vies.

Pour remplacer les comportements existants par de nouvelles habitudes, la « bonne » chose à faire doit aussi être la « plus simple » et la « plus utile ». C'est ce que nous avons appris de la psychologie, de l'économie comportementale et de la gestion du changement.

Ce n'est toutefois pas facile à réaliser, car les services d'hospitalisation et les un foyers de soins de longue durée sont des environnements complexes. L'intégration de nouveaux processus et procédures dans des contextes de soins de santé déjà sous contrainte nécessite une réflexion poussée et une approche par tâtonnement. Pourtant, c'est un problème que les dirigeants du système ne voient pas. Est-ce que les équipes de première ligne sont capables d'intégrer pleinement le nombre croissant d'interventions en matière de sécurité du patient? Que savons-nous réellement des processus de soins qui produisent une qualité supérieure ou comment créer des soins fiables qui n'utilisent pas une quantité énorme de ressources? Nous n'avons même pas une bonne base sur la manière de mettre en œuvre les innovations dont l'efficacité a été scientifiquement prouvée. Voici un bon exemple : les taux de conformité aux mesures d'hygiène des mains sont toujours décevants même si des pratiques exemplaires éprouvées existent.

« Nous nous butons à l'investissement dans la science de l'amélioration », explique Eric Schneider, premier vice-président, Politique et Recherche au Fonds du Commonwealth. « Comment effectuer une meilleure gestion organisationnelle, apporter des changements pour être agiles et réactifs, comment propager les projets pilotes et la formation professionnelle concernant la manière de changer les processus et d'en mettre de nouveaux en place. Il y a de la résistance chez les professionnels. Cela provient de la façon dont ils sont formés et de la responsabilisation. »

Des recherches plus poussées ainsi que l'importance de l'éducation généralisée des membres du personnel de première ligne et un transfert de connaissances accru sont nécessaires. Cela exige des décisions à l'échelle systémique pour engager des ressources de formation et des dirigeants afin de dire que nous savons ce qui doit être accompli et comment y parvenir. C'est important pour nous tous. Grâce à une capacité accrue en matière de mesure de la qualité, les équipes de soins de santé peuvent constater d'elles-mêmes leurs résultats plutôt que de simplement mesurer ce qu'elles sont obligées de surveiller conformément aux exigences du système. C'est alors que l'amélioration de la qualité devient moins une question de conformité que d'engagement.

Un système de santé qui possède « l'aptitude » qualité harmonise également soigneusement les flux de financement et l'affectation des ressources aux résultats de qualité que tous souhaitent. Ce défi pourrait être le plus difficile de tous.

À l'échelon du fournisseur, le modèle de paiement à l'acte des médecins est très souvent perçu

comme un obstacle à l'amélioration de la qualité, car il qui favorise le volume sans nécessairement encourager la qualité des soins et particulièrement la pertinence des soins. À l'échelle systémique, des modèles de paiement et des incitatifs pourraient avoir des conséquences imprévues. Un hôpital, par exemple, peut investir dans la méthode de l'allègement pour restructurer l'une de ses unités afin de réduire les temps d'attente et d'améliorer les résultats pour les patients. Le résultat positif pourrait être qu'ils effectuent moins d'interventions coûteuses (et à financement élevé) et plus de physiothérapies et de consultations téléphoniques à faible coût (et à faible financement). Le résultat négatif de cette nouvelle combinaison de procédures pourrait être une réduction du financement pour cet hôpital.

Ces enjeux ne sont pas uniquement financiers. Ils touchent aux dynamiques culturelles de nos établissements de soins de santé et doivent être gérés avec un grand soin.

SI LES PATIENTS DEVIENNENT DE VÉRITABLES PARTENAIRES DANS LE PROCESSUS D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ, DE QUEL SOUTIEN AURONT-ILS BESOIN?

Le théoricien de la gestion Peter Drucker a un jour écrit que la qualité d'un service ou d'un produit ne découle pas de ce qu'on y met, mais de ce que le client peut en retirer.

Il est évident qu'un système de santé principalement axé sur la qualité accorde la priorité aux personnes. En fait, les thèmes dominants dans les milieux de soins de santé de l'Ontario sont la participation des patients et les soins axés sur le patient. À l'échelle de la pratique, les patients ont des points de vue importants sur les interactions cliniques qui fonctionnent ou non, tout particulièrement dans le domaine des communications entre les médecins et les patients¹². À l'échelon du système, les expériences des patients peuvent nous en apprendre beaucoup sur les mauvais transferts lorsque ces patients effectuent une transition, disons, d'un hôpital à un foyer de soins de longue durée. Le défi consiste à faire de la participation des patients plus qu'un simple élément à cocher sur un plan d'amélioration de la qualité.

Le défi consiste à faire de la participation des patients plus qu'un simple élément à cocher sur un plan d'amélioration de la qualité.

Comme le dit Cathy Fooks : « Les systèmes ne mobilisent pas les gens, les gens mobilisent les gens. Les systèmes soutiennent la mobilisation. » La première étape pour les organismes et les fournisseurs de soins de santé consiste à voir les patients comme des partenaires en matière de prise de décision. Cela signifie rapprocher les patients de la gouvernance des institutions, en particulier dans les réseaux locaux d'intégration des services de santé, où les décisions systémiques sont prises.

Eric Schneider souligne qu'un nombre croissant d'hôpitaux invite les patients à agir à titre consultatif et leur donne des rôles importants dans le processus de restructuration et l'élaboration de politiques. « Cela modifie la conversation et permet aux hôpitaux d'apporter des changements qu'il serait difficile d'apporter autrement », dit-il. Cela peut exiger la mise en place de mesures incitatives afin que les dirigeants d'organismes adoptent la vision et prennent les mesures tactiques

nécessaires pour intégrer les patients et les personnes soignantes dans le processus de gouvernance et de restructuration des soins.

De nombreux efforts de mobilisation des patients présupposent que les personnes soignantes et les patients sont motivés à partager leurs expériences et qu'ils connaissent le fonctionnement du système de santé. Ce n'est cependant pas toujours le cas. Bon nombre de patients ne sont pas à l'aise de partager leurs expériences ou de se prononcer contre leurs médecins. David Naylor, médecin et

chercheur en médecine, dit : « Il y a beaucoup de raisonnements vagues sur la crainte de perdre son médecin, et les groupes de professionnels entrent dans ce jeu afin de susciter une inquiétude. » Les patients peuvent avoir des connaissances limitées sur le financement, la gestion des foyers de soins de longue durée ou la façon dont la prestation des soins de santé est mesurée. La tentation pour les administrateurs de l'amélioration de la qualité ou les dirigeants du système est de continuellement s'adresser aux mêmes intervenants en faveur des patients, qui sont à l'aise dans cet environnement, plutôt que de chercher un éventail d'expériences de patients.

« Comme chefs de file du système de santé, nous croyons que nous pouvons changer les personnes simplement parce que c'est important pour nous et cela n'arrive tout simplement pas. »

Selon de nombreuses personnes, la réponse consiste à fournir aux patients les outils nécessaires pour devenir des patients actifs dans le cadre de leurs soins. « L'amélioration de la qualité sera déterminée, en grande partie, par la capacité des personnes à participer de façon significative à leurs interactions cliniques, à contester ou à soutenir les médecins au moyen de leur capacité de comprendre ce qu'elles sont censées tirer de la rencontre clinique », dit Jean-Frederic Levesque, directeur général du Bureau of Health Information de l'Australie. « Cela exige un

effort à l'égard de la littératie en matière de santé et une plus grande participation aux soins. Il ne s'agit pas que d'un problème de prestation. »

Comme pour de nombreux problèmes liés à la qualité du système, une plus grande participation des patients se heurte à des obstacles culturels au sein même du système. « Nous avons besoin d'un changement de culture complet où les fournisseurs de soins se rendent compte qu'ils agissent pour les patients et que les soins sont payés pour les patients et fournis à ceux-ci », dit Deb Matthews, vice-première ministre et ancienne ministre de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. « Les patients sont les patrons. C'est la direction que nous devons suivre. »

QUELS TYPES DE DIRIGEANTS SONT NÉCESSAIRES POUR CONCRÉTISER LA PROMESSE D'UNE MEILLEURE QUALITÉ AU SEIN DU SYSTÈME DE SOINS DE SANTÉ?

Il est difficile de passer ses bras autour d'un système de santé. Il s'agit peut-être de l'un de nos systèmes sociaux en milieu de travail le plus complexe : largement décentralisé, accordant des pouvoirs dispersés et des responsabilités souples, comprenant de fortes cultures occasionnellement en conflit et investi dans des questions de vie et de mort. Dans de tels systèmes, le changement ne survient pas facilement ni rapidement, s'il survient. Lorsqu'un changement est nécessaire, quel type de dirigeants peuvent le concrétiser?

De nombreux types de dirigeants menant des activités dans des fonctions cliniques, administratives et politiques. Certainement les personnes pour lesquelles l'amélioration du rendement et l'innovation sont instinctives, de solides communicateurs ayant un désir de changement et la capacité à susciter ce désir chez d'autres. La capacité de voir l'ensemble du tableau au-delà de leurs propres organismes et de traduire les valeurs et les attentes du système de santé revêt une grande importance. Ces personnes sont celles qui ont la responsabilité de sensibiliser les patients et les contribuables aux attentes raisonnables en matière de qualité au sein du système.

Malheureusement, les planificateurs du système ne peuvent diriger réellement une grande partie du système et bon nombre des personnes qui occupent un poste de leadership ne disposent pas nécessairement des leviers pour imposer elles-mêmes de nouveaux processus d'amélioration de la qualité ou d'autres initiatives. « Comme chefs de file du système de santé, nous croyons que nous pouvons changer les personnes simplement parce que c'est important pour nous et cela n'arrive tout simplement pas », nous a dit Chris Power, chef de la direction de l'Institut canadien pour la sécurité des patients. « La meilleure façon que j'ai trouvée d'aider les gens à changer leur comportement est de puiser dans leurs sentiments. »

Pour de nombreuses personnes, cela commence par la clarté de la vision : la capacité de communiquer cette clarté dans un hôpital ou un établissement de soins de longue durée en constante évolution est un atout précieux. Helen Bevan, chef de la transformation des services au National Health Service (NHS) Institute for Innovation and Improvement au Royaume-Uni, affirme que cela peut constituer l'un des plus importants obstacles à la réussite des initiatives d'amélioration de la qualité. Un obstacle qui ne peut être levé qu'au moyen d'une quête inébranlable et constante du « qu'est-ce qui nous attend », la quête de soins de qualité. « Quand vous êtes à la tête d'un organisme, c'est très clair, dit-elle, mais en première ligne, il y a 50 ou 60 stratégies et les politiciens ou les dirigeants continuent de créer de nouveaux plans ou de nouvelles priorités. Il peut être difficile de déterminer comment les intégrer et où concentrer ses énergies. Dans un exercice d'externalisation ouvert, 1 400 cliniciens ont indiqué qu'il s'agissait du plus grand problème. »

Les dirigeants des établissements et des organismes devront également orienter leur vision vers l'extérieur, en utilisant leur théorie des systèmes et leurs compétences en gestion des relations pour établir des liens avec d'autres éléments du système de santé. L'élimination de barrières entre les soins primaires et les soins spécialisés présente un grand potentiel pour ce qui est de l'amélioration de la qualité. Une équipe-choc favorisant le leadership au sein du système, qui comprend les dirigeants de la défense des intérêts des collectivités et des patients constitue un moyen de rassembler les ressources et le savoir-faire afin d'obtenir des résultats partagés. L'établissement de nouveaux liens avec le leadership peut déboucher sur des démarches créatives afin de créer un système de santé de qualité en Ontario.

RENDRE LA CAUSE PERTINENTE

Le nouveau plaidoyer en faveur de la qualité du système de santé a différents sens pour différents publics.

Si vous êtes un patient, pourquoi vous intéresser à la qualité à l'échelle du système? Les

termes « qualité » et « système » peuvent ne pas avoir de sens pour vous; vous placez votre santé entre les mains de votre médecin de famille, du spécialiste local ou de l'établissement de soins de santé communautaire et supposez que vous serez traités correctement.

Le terme « qualité » peut ne pas être facile à comprendre pour les patients. « Les seules fois où j'entends des gens parler réellement de la qualité au sens où nous la définissons traditionnellement, c'est quand ils contractent une infection au cours d'un séjour à l'hôpital, dit Deb Matthews. Ils savent alors que c'est de la mauvaise qualité. C'est un peu triste. »

En fait, les patients devraient être très soucieux de la qualité à l'échelle du système. Si vous êtes victimes d'un événement traumatisant survenu alors que vous étiez en déplacement en Ontario, vous souhaitez recevoir les mêmes soins de qualité que ceux que vous receviez si vous étiez chez vous. Au moment de la transition de votre médecin de famille à un spécialiste, vous souhaitez avoir confiance que vos renseignements médicaux circuleront sans problème entre les deux. Lorsque vous obtenez votre congé de l'hôpital et que vous nécessitez un suivi, vous souhaitez que ce suivi soit facilement accessible. Vous souhaitez simplement que le « système » fonctionne efficacement, de sorte que vous n'ayez pas à attendre trop longtemps¹³ pour des rendez-vous.

On peut faire comprendre ce cas en s'appuyant sur des éléments de preuve qui ont un sens pour les patients, à l'échelon du système de santé auquel ils peuvent s'identifier. Les exemples peuvent être les suivants : les rapports sur le caractère opportun des soins et des services qu'ils reçoivent de leurs fournisseurs de soins primaires ou la communication de directives concernant les soins à la sortie de l'hôpital pour certaines affections. Lorsque ces éléments de preuve sont combinés à des données comparables d'autres collectivités de la province, les patients voient la nécessité de changement ou sont rassurés quant à la qualité des soins qu'ils reçoivent.

Les données sur le système jouent certainement un rôle dans la compréhension des patients; l'engagement à l'égard de la transparence renforce la participation et la confiance dans le fait que la qualité est une priorité. Toutefois, les mesures regroupées de la qualité du système « sont des constructions mathématiques qui établissent une moyenne des variations locales, et c'est la variation locale qui correspond à la réalité et non la moyenne de ces expériences », explique Diane Watson, chef de la direction du New South Wales Bureau of Health Information en Australie.

L'idée de la qualité à l'échelle du système devrait être plus facile à vendre aux fournisseurs, aux organismes de santé et aux bailleurs de fonds; ils sont confrontés chaque jour aux enjeux d'amélioration et de mesure de la qualité, ainsi qu'aux écarts en la matière. Pour eux, la qualité du système signifie d'être en mesure d'offrir à leurs patients de meilleurs soins et de meilleures expériences et de leur assurer l'utilisation judicieuse des fonds publics. Cela signifie d'être habilités à participer à la conception d'une pratique ou d'un processus qui mène à de meilleurs résultats dans toutes les sphères du système. Cela signifie des pratiques plus efficaces et plus de ressources affectées à des soins de qualité. Cela signifie également d'avoir davantage confiance en nos institutions et en nos gouvernements afin que les données recueillies aient un sens réel dans un milieu clinique.

Ce message peut être vrai, mais il n'arrive pas toujours à destination. Les mentalités professionnelles ou « corporatistes » et l'accent mis sur l'atteinte des cibles ou des normes locales peuvent empêcher les fournisseurs et les organismes de porter attention aux conséquences de leurs actions

sur l'ensemble du système de santé. Dans ce cas, le leadership joue un rôle important pour aider à changer la perspective et la nature de la planification.



L'une des fâcheuses caractéristiques des discussions sur les soins de qualité à l'échelle du système est que les enjeux ont traditionnellement tendance à être formulés en termes négatifs. Le système de santé de l'Ontario n'offre pas le rendement¹⁴ attendu. Il y a des lacunes dans les soins qui peuvent avoir de graves conséquences pour les patients. Nous devons recueillir de plus en plus de données afin de couvrir les fournisseurs de honte, si nécessaire, et de les forcer à respecter les normes de soins.

La honte réelle, c'est que les soins de qualité ne sont pas plus souvent perçus comme une occasion stimulante de pousser et de tirer le système de santé vers un niveau encore plus élevé, compte tenu particulièrement des investissements respectables actuellement effectués¹⁵. Il s'agit d'une occasion de travailler en collaboration, les patients de pair avec les fournisseurs et les bailleurs de fonds, avec enthousiasme et en ayant confiance que nous allons réussir, d'une façon ou d'une autre. « Ce qui tue le changement, c'est de laisser tomber les attentes [d'excellence], dit Deb Matthews. Cela peut se produire de diverses façons, il faut donc attirer les gens vers l'amélioration de la qualité et [partager le] plaisir qui découle de l'observation de ces améliorations mesurables. »

L'observation de Helen Bevan selon laquelle les systèmes de santé ont tendance à remplacer un objectif commun par un objectif de fait est essentielle pour comprendre comment rééquilibrer notre système. Vous pourrez comprendre sans effort comment cela peut se produire. Les dirigeants envoient des signaux sur ce qui compte, c'est-à-dire qu'ils doivent atteindre une certaine cible, comme veiller à ce que 95 % des patients qui se présentent aux services des urgences en sortent en moins de huit heures et communiquent ces priorités aux fournisseurs de soins et au personnel de première ligne. Vous devez atteindre cet objectif, sinon... Le danger de tout ramener à la cible est que l'on risque de perdre de vue le plus important : toutes les Ontariennes et tous les Ontariens veulent un système de santé qui traite chaque patient efficacement et rapidement. « Cette situation est toxique parce qu'elle nous empêche de nous fonder sur les valeurs qui encouragent nos collègues à faire de leur mieux, explique M^{me} Bevan. Nous enlevons le sens du changement ».

D'une manière ou d'une autre, il faut trouver une façon de saisir et de canaliser ce sens d'objectif commun et d'affiliation, cette responsabilité que nous avons les uns envers les autres, qui trouveront écho chez les patients, les fournisseurs de soins et les bailleurs de fonds. Cet objectif commun peut aider les patients à surmonter le malaise ressenti à l'idée d'être partenaires à part entière de l'amélioration des soins de santé et aider les fournisseurs à surmonter le malaise ressenti à l'idée de perdre un certain contrôle ou statut.

Nous avons tout le nécessaire pour y parvenir. Des rapports désignant clairement les défis ont été rédigés. Nous disposons de plus de données que nous ne pouvons en traiter. Il y a de nombreux projets pilotes qui prouvent le concept de 100 manières différentes. Il nous reste à parcourir la dernière ligne droite, après la qualité selon la situation et avant la qualité systémique.

Nous espérons que le présent rapport montrera la voie à suivre.

² Le Canada et l'Ontario ont enregistré le pire taux d'obtention de rendez-vous le jour même ou le lendemain avec un fournisseur de soins primaires parmi les 11 pays qui ont été sondés :

Canada 30 %
Ontario 40 %
États-Unis 33 %
Allemagne 72 %
(Enquête internationale 2015 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé auprès des médecins de soins primaires)

³ 94 % des Ontariennes et des Ontariens ont un fournisseur de soins primaires
44,3 % des adultes déclarent être en mesure de consulter leur fournisseur de soins primaires le jour même ou le jour suivant lorsqu'ils sont malades, 52,4 % déclarent qu'il est très ou assez difficile pour eux d'accéder à des soins primaires le soir ou la fin de semaine sans aller au service des urgences (À la hauteur, 2015).

⁴ Environ 1 Canadien sur 10 ne fait pas exécuter ses ordonnances en raison du coût. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3281154/>

⁵ Un sondage mené en 2007 par l'organisme Street Health à Toronto a révélé que 59 % des 368 adultes sans-abri interrogés n'avaient pas de médecin de famille. Les obstacles à l'accès aux soins primaires comprennent l'absence d'assurance-santé, la difficulté à prendre des rendez-vous, la crainte de discrimination de la part des fournisseurs de soins de santé, l'absence de transport, les longs temps d'attente et le choix d'autres priorités (comme se nourrir et se loger) au détriment des soins de santé.

⁶ En 2014, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a demandé à ce que tous les hôpitaux de l'Ontario fassent participer les patients lors de la création des plans d'amélioration de la qualité, Healthy Debate <http://healthydebate.ca/2016/02/topic/hospitals-patient-engagement>. Cependant, on observe toujours une variation importante parmi ces hôpitaux qui ont inclus la satisfaction des patients dans leurs plans d'amélioration de la qualité : <http://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/qi/qip-hospital-analysis-2015-2016-fr.pdf>

⁷ Les personnes les plus pauvres en Ontario sont presque deux fois plus susceptibles de déclarer avoir des affections chroniques multiples que les personnes les plus riches, soit -23,5 % comparativement à 12,4 %, et à 16,2 % pour l'ensemble de l'Ontario. <http://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/system-performance/health-equity-report-fr.pdf>

⁸ En Ontario, de 45 % à 60 % des patients ayant une maladie chronique ont bénéficié d'une continuité des soins élevée. Les patients sont considérés comme ayant bénéficié d'une continuité des soins élevée lorsqu'au moins 75 % des visites ont été effectuées auprès du même fournisseur de soins. RASO 2011/2012.

⁹ En 2000, le taux global des événements indésirables était de 7,5 pour 100 patients admis, à l'exclusion des patients admis en pédiatrie, en obstétrique et en psychiatrie. Environ 185 000 des 2,5 millions d'admissions médicales et chirurgicales semblables dans les hôpitaux canadiens en 2000 étaient associées à un événement indésirable. Soixante-cinq pour cent des événements indésirables n'ont causé aucune déficience ou invalidité physique ou ont causé une déficience légère à modérée dont le rétablissement a nécessité moins d'une année. Quarante-six événements indésirables ont été associés au décès de 40 patients, suggérant que 1,6 % des patients hospitalisés au Canada est décédé à la suite d'un événement indésirable en 2000.
Baker, G. R., P. G. Norton et coll. « Étude canadienne sur les événements indésirables : L'incidence des événements indésirables chez les patients hospitalisés au Canada », CMAJ, vol. 170, no 11 (2004), pp. 1678 à 1686.

¹⁰ En Ontario, le taux de corps étrangers laissés dans le corps d'un patient pendant une intervention par 100 000 congés médicaux et chirurgicaux (personnes âgées de 15 ans et plus) est de 6,7. Ce qui est inférieur au taux canadien de 8,6 mais plus élevé que la moyenne de l'OCDE.
Comparaisons internationales : regard sur la qualité des soins, ICIS/BDCP, 2010 à 2012, ICIS; MED-ÉCHO, 2011, MSSS. Données de l'OCDE sur la santé 2013.

¹¹ Trente-six pour cent des médecins famille de l'Ontario affirment qu'il est facile ou très facile, de coordonner les soins des patients avec les services sociaux ou d'autres fournisseurs de soins communautaires, ce qui est très faible par rapport aux autres pays et provinces.
<http://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/system-performance/connecting-the-dots-report-fr.pdf>

¹² 66 % des médecins de soins primaires de l'Ontario déclarent utiliser un dossier médical électronique, comparativement à :
97 % des médecins du Royaume-Uni;
97 % des médecins de la Nouvelle-Zélande;
98 % des médecins des Pays-Bas;
92 % des médecins de l'Australie.

Source : *Analyse de l'Institute for Competitiveness & Prosperity fondée sur l'Enquête internationale du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé auprès des médecins de soins primaires (2012) et cyberSanté Ontario.*

¹³ Pourcentage de patients en Ontario qui reçoivent des soins conformément aux normes de référence déterminées relatives aux temps d'attente (2015) :
Arthroplastie de la hanche – 87 %
Arthroplastie du genou – 86%
Réparation d'une fracture de la hanche – 88 %
Radiothérapie – 99 %

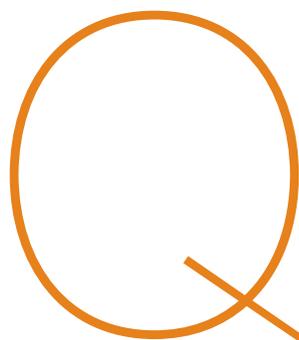
Source : Institut canadien d'information sur la santé (2012) et Les temps d'attente au Canada – un résumé (2015)

¹³ On estime que l'efficacité du système de santé au Canada se situe entre 0,65 et 0,82; si toutes les régions étaient parfaitement efficaces, de 12 600 à 24 500 décès prématurés pourraient être évités au Canada.
Source : Institut canadien d'information sur la santé

¹⁵ Le Canada et l'Ontario sont parmi les territoires qui dépensent le plus en santé par habitant au sein de l'OCDE, à raison de dépenses se situant à 36 et 33 au-dessus de la moyenne de l'OCDE respectivement, et se classant au 6^e et au 9^e rang sur 34 pays. (Analyse des données de l'OCDE sur la santé, par l'Institute for Competitiveness and Prosperity [2013])”



La qualité ça compte : Cadre d'amélioration de la qualité du système de santé



Que signifie l'expression « améliorer la qualité des soins de santé »? Cela signifie l'atteinte de meilleurs résultats en matière de santé et de meilleures expériences pour les patients de façon durable. Cela comprend l'amélioration des processus en vue d'une efficacité accrue, d'une navigation plus facile, d'une adoption plus rapide et plus harmonieuse de l'innovation et d'une attribution plus intelligente des ressources. Cela signifie également de porter attention à tous les patients de notre province, quels que soient leur origine ethnique, leur revenu ou leur lieu de résidence et de veiller à ce que les soins de santé soient organisés en fonction de leurs besoins, et non des habitudes et de l'histoire de notre système de soins de santé.

Grâce à cette définition, nous savons que le système de soins de santé de l'Ontario peut offrir un meilleur rendement. Nous le constatons déjà. Les innovations locales constituent des preuves d'ingéniosité et de culture changeante qui valorise la qualité. Ces améliorations rendent notre système plus sensible aux besoins des patients et ont entraîné de meilleurs résultats. Pourtant, elles exposent également une faiblesse importante du système de soins de santé de l'Ontario : sans un cadre opérationnel commun permettant de définir la qualité et de mettre l'accent sur celle-ci de façon systématique, les initiatives d'amélioration de la qualité demeurent non coordonnées et ont une incidence limitée. Le Conseil canadien de la santé met son doigt sur le défi :

Beaucoup de dirigeants ont dit qu'au début de leurs efforts, l'amélioration de la qualité avait généralement pris la forme d'interventions fragmentaires dans leur province, souvent menées par des défenseurs bien intentionnés. Ces efforts ont typiquement mené à des « îlots d'innovation » et à des « poches de leadership », mais sans approche cohérente ou coordonnée.

— Conseil canadien de la santé. *Quelle voie mène à la qualité? Principales perspectives sur l'amélioration de la qualité des systèmes de soins de santé au Canada, 2013.*

Imaginez ce qu'on pourrait réaliser en adoptant une démarche plus coordonnée et plus systématique pour améliorer la qualité à toutes les étapes de la vie, pour toutes les maladies et les affections et tout le long du continuum de soins, de la prévention, du traitement de maladies aiguës et de la prise en charge des affections chroniques, aux soins en fin de vie, partout dans la province. Si nous pouvions transformer les parties de notre système de soins de santé en un réel système, toutes les Ontariennes et tous les Ontariens bénéficieraient d'un niveau constant de soins de qualité supérieure. Les îlots d'innovation convergeraient vers une excellence constante.

La mise en place d'une culture généralisée de la qualité dans notre système de santé n'est pas possible sans un cadre cohérent et largement accepté. Ce cadre doit :

- servir de pierre de touche aux décideurs et aux bailleurs de fonds au moment d'établir les priorités et de définir un plan pour le système;
- orienter les cliniciens, les gestionnaires et les dirigeants du système dans la planification et la prestation des soins et des services;
- trouver écho chez les patients et leurs familles en renforçant leur confiance envers l'engagement du système de soins de santé à l'égard de l'amélioration.

Le cadre d'amélioration de la qualité du système de santé est composé d'un certain nombre d'éléments : une **définition** de la qualité fondée sur les dimensions essentielles axées sur l'amélioration; une **vision** qui oriente l'établissement d'objectifs et des **principes** contribuant à la prise de décisions. La section suivante présente ces éléments plus en détail.

PLACER LES PIÈCES

Les Ontariennes et les Ontariens comptent sur le soutien du système de santé pour obtenir un départ solide dans la vie, rester en bonne santé en prévenant les maladies chroniques ou en dépistant de manière précoce une maladie, se rétablir après une blessure ou une maladie aiguë, bien vivre tout en étant atteint d'une affection chronique et recevoir des soins en fin de vie personnalisés et appropriés.

Dans la mesure du possible, les services de santé devraient être offerts au moment et à l'endroit où le patient en a besoin. Cela comprend le domicile de la personne le cas échéant, dans la collectivité (par exemple, dans un établissement de soins primaires ou à la clinique communautaire) ou dans un établissement comme un hôpital, un foyer de soins, une maison de soins palliatifs ou un centre de réadaptation. Peu importe l'endroit où les services de santé sont prodigués ou qui les offre, ces services font partie du système de soins de santé. La population ontarienne est en droit de s'attendre à compter sur des normes élevées en matière de soins de qualité.

Définir la qualité

Actuellement, il n'y a pas de définition unique largement acceptée d'un système de soins de santé de qualité en Ontario. Le préambule de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*, adoptée en 2010, nous rapproche davantage d'une définition commune en formulant ces domaines d'intérêt : « [...] un système de soins de santé de grande qualité doit être accessible, approprié, efficace, efficient, équitable, intégré, axé sur les patients, centré sur la santé de la population et sécuritaire. »

Qualité des services de santé Ontario a, dans le passé, employé une définition légèrement différente comprenant neuf aspects. Bien que ces aspects soient importants, favoriser une culture généralisée de la qualité exige d'en simplifier la définition opérationnelle. Afin de mettre l'accent sur les domaines clés, la définition utilisée par l'Institute of Medicine (IOM) convient mieux. L'IOM attribue six caractéristiques aux soins de qualité : ils doivent être sécuritaires, efficaces, axés sur les patients, rapides, efficaces et équitables. Cette définition détermine que la qualité des soins incombe au système plutôt qu'aux fournisseurs individuels et aux établissements. C'est une définition qui met fermement l'accent sur l'amélioration continue.

Définition d'un système de santé de grande qualité

Un système de santé qui offre des services de pointe à l'échelle mondiale sécuritaires, efficaces, axés sur les patients, efficaces et en temps opportun, ce qui se traduit par un état de santé optimal pour toutes les collectivités.

La définition de l'IOM présente un certain nombre d'avantages. Elle chevauche largement des définitions utilisées par d'autres groupes en Ontario et d'autres territoires de compétence, permettant ainsi de fixer des références et des cibles pour se comparer. Les indicateurs sont accessibles pour mesurer la qualité de ces aspects et ils sont directement touchés par les activités du fournisseur de services de santé. Les six dimensions offrent un moyen ciblé pour mobiliser les cliniciens, les administrateurs, les fournisseurs et les patients dans notre système de soins de santé. En outre, elles permettent des significations nuancées qui ont un sens pour les patients et les fournisseurs, comme le montre le tableau 1.

| Tableau 1 : Définir les dimensions des soins de qualité | | |
|---|--|--|
| Élément | Signification pour le patient | Signification pour le fournisseur |
| Sécurité | Je ne serai pas blessé par le système de santé, ni physiquement ni émotionnellement, ni autrement. | Les soins que mon patient reçoit ne le blesseront pas. |
| Efficacité | Je reçois le traitement approprié pour mon état et il contribue à l'amélioration de ma santé. | Les soins que je fournis sont fondés sur les données probantes et produisent le résultat souhaité. |

| | | |
|-----------------------|---|---|
| Axés sur les patients | Mes objectifs et mes préférences sont respectés. Ma famille et moi-même sommes traités avec respect et dignité. | Les décisions relatives aux soins de mon patient reflètent ses objectifs et ses préférences, ainsi que ceux des membres de sa famille ou de ses personnes soignantes. |
| Efficience | Les soins que je reçois de tous les praticiens sont bien coordonnés et les efforts ne sont pas exécutés en double. Mon temps est respecté. | Je prodigue des soins efficacement à mes patients à l'aide des ressources humaines, physiques et financières accessibles et sans gaspillage pour le système. |
| Rapidité | Je sais combien de temps je dois attendre pour consulter un médecin, effectuer les examens ou recevoir les traitements dont j'ai besoin et j'en connais la raison. Je suis sûr que ce temps d'attente est sécuritaire et approprié. | Mes patients peuvent recevoir des soins dans un délai acceptable après la détermination du besoin. |
| Équitable | Peu importe qui je suis ou l'endroit où je vis, je peux accéder aux services qui me seront profitables. Je suis traité équitablement par le système de soins de santé. | Chaque personne reçoit des soins de haute qualité qui sont justes et appropriés pour elle, peu importe où elle vit, ce qu'elle possède ou qui elle est. |

ÉTABLIR UNE VISION RELATIVE À LA QUALITÉ

Lors de la création d'une culture de la qualité dans le domaine de la santé, une vision cohérente joue le rôle d'étoile Polaire. La vision ci-dessous fait référence aux six éléments essentiels de la qualité abordés dans la section précédente. Même si les éléments essentiels exposent les parties fonctionnelles d'un système de soins de santé de qualité supérieure, la vision représente un énoncé ambitieux du système de soins de santé que nous voulons

Vision relative à la qualité

Le système de santé de l'Ontario est chef de file mondial en ce qui a trait à l'obtention des meilleurs résultats liés aux six dimensions de la qualité. Notre système de soins de santé est juste, mobilise les patients et leur famille et se consacre sans relâche à l'amélioration.

FIXER DES PRINCIPES POUR SOUTENIR UNE CULTURE DE LA QUALITÉ

Dans le cadre du processus de création d'une culture de la qualité au sein du système de soins de santé de l'Ontario, chaque étape devra être mise à l'essai par rapport à un ensemble de principes directeurs. Voici sept principes directeurs à garder à l'avant-plan.

1. Il vise à améliorer la qualité

Le cadre proposé pour un système de soins de santé de qualité supérieure est plus qu'une question d'amélioration des services ou des résultats distincts. Afin d'avoir une incidence à l'échelle du système, les efforts visant à améliorer la qualité doivent avoir une vision vaste, tant en ce qui concerne la gamme complète des dimensions de la qualité que l'ensemble des secteurs, pour tenir compte du cheminement du patient. À l'exception de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*, l'idée que le système de soins de santé est axé sur l'amélioration continue ne se reflète généralement pas dans la politique publique. L'amélioration de la qualité a été considérée comme une question de culture ou de structure concernant les dynamiques organisationnelles. En revanche, la politique publique a ciblé les processus qui souvent ne se traduisent pas par des modifications sur le terrain. Les changements à l'échelle du système nécessiteront que la politique publique tienne compte de l'amélioration de la qualité.

2. Il concerne non seulement les soins de santé, mais la santé elle-même.

Lorsque nous parlons du système de soins de santé, nous mettons trop souvent l'accent sur les soins des gens quand ils sont malades. Un système de soins de santé axé sur la qualité doit se préoccuper de la prévention de la maladie, grâce à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, tout autant que du traitement des maladies. Il doit reconnaître l'importance des nombreux facteurs qui influencent la santé d'une personne et de l'adoption d'une approche axée sur « la santé au cœur de toutes les politiques » qui tient compte des conséquences en matière de santé dans l'ensemble des secteurs. Même si le système reste axé sur les soins de santé et sur les interventions en santé de la population, il devrait chercher des occasions de mobiliser le système de services sociaux élargis. Le statut socioéconomique, les expériences vécues au cours de la petite enfance, le soutien social et l'environnement physique des gens parmi d'autres facteurs représentent des influences importantes du bien-être et de l'état de santé individuels. Un système de soins de santé qui met l'accent sur la qualité établira des alliances avec d'autres secteurs afin de mieux répondre aux besoins des patients

3. Il est accessible à tous.

Notre système de soins de santé doit s'efforcer de répondre aux besoins en santé de chaque résident de l'Ontario. Actuellement, l'attention est portée à l'amélioration des soins pour les patients qui accèdent au système. Répondre aux besoins en santé de ceux qui n'ont pas aussi facilement accès au système de soins de santé est souvent négligé. Si nous sommes engagés à l'amélioration continue de la qualité, nous devons fournir un accès à tous, peu importe la distance entre le domicile des patients et l'endroit où les services sont offerts, la langue qu'ils parlent, leur état de santé ou d'autres facteurs sociodémographiques. Les programmes et les initiatives doivent prendre en considération

les questions d'équité, les aborder dans la mesure du possible et éviter de contribuer aux obstacles à l'accès pour les populations marginalisées.

4. Il répond aux besoins des patients.

À mesure que nous établissons une culture de la qualité, nous devons repenser notre système de soins de santé en partenariat avec les patients et les familles. Les patients et les fournisseurs sentent les effets de la nature décousue du système. La communication entre les hôpitaux et les soins primaires, par exemple, continue de représenter un défi au détriment des patients et de la frustration des fournisseurs de soins de santé. Nous savons que moins de la moitié des patients qui ont besoin de consulter un fournisseur de soins primaires après avoir quitté l'hôpital le font dans les sept jours suivant l'obtention de leur congé. Les taux sont particulièrement faibles pour les patients en santé mentale. La véritable intégration du système, dont on parle depuis si longtemps, demeure un objectif insaisissable. Selon sa maturité, notre système devrait faciliter les rôles des patients et des fournisseurs pour qu'ils puissent atteindre des objectifs communs.

5. Il trouve l'équilibre au sein de priorités concurrentes.

Les stratégies visant à améliorer notre système de soins de santé doivent tenir compte de la sécurité, de l'efficacité, de l'accessibilité et de l'expérience des patients tout en maximisant l'efficacité et l'équité. Bien que ces priorités puissent sembler en concurrence, ce n'est pas toujours le cas. Il existe de nombreux exemples dans notre système qui démontrent comment la prestation de soins de qualité supérieure peut en fait contribuer à un fonctionnement plus efficace ou à des résultats plus équitables. Même si certains objectifs peuvent être plus longs à atteindre que d'autres, les efforts d'amélioration ne doivent pas négliger une dimension au détriment de celles qui sont plus difficiles à modifier ou qui demandent plus de temps avant de montrer une amélioration.

6. Il ne dépend pas de l'injection de nouveaux fonds.

Ni le public ni les représentants élus ne veulent laisser le budget des soins de santé compromettre la capacité à offrir d'autres services publics. En effet, les dépenses par habitant plus élevées au Canada comparativement à d'autres pays développés ne semblent pas avoir donné lieu à un état de santé supérieur. En ayant peu ou pas de nouveaux fonds investis, la réaffectation des ressources existantes est nécessaire. Les rares ressources humaines et financières doivent être dirigées vers les domaines ayant une plus grande incidence sur les résultats pour les patients selon les meilleures données probantes. La réduction du nombre d'erreurs médicales, le renforcement du soutien à la promotion de la santé, à la prévention et au dépistage, ainsi que l'amélioration de la coordination des soins représentent des investissements qui peuvent mener à de meilleures expériences et résultats de santé pour les patients ainsi qu'à des économies plus importantes pour le système.

7. Il exige un changement fondamental.

Faire le saut vers un système qui privilégie la qualité demandera des changements fondamentaux dans la façon dont les services sont offerts et financés. Stimuler l'amélioration de la qualité à l'échelle du système entraînera des défis notamment dans les domaines de la gouvernance, de l'infrastructure et du financement. Les initiatives de politique comme *Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé* ont créé une occasion pour le système de poursuivre un programme d'amélioration

de la qualité en s'assurant qu'en évoluant, le système accorde la priorité aux patients, met l'accent sur de meilleurs résultats et est fondé sur les meilleures données probantes disponibles. Pourtant, lorsque la qualité a constitué l'objectif principal, cela a souvent été le résultat des efforts extraordinaires de professionnels de la santé qui vont au-delà de leurs responsabilités quotidiennes pour défendre une amélioration précise. Un système de soins de santé axé sur la qualité devrait soutenir ces visionnaires en éliminant les obstacles qui empêchent les améliorations et les innovations de se propager dans l'ensemble de la province.

ÉLABORATION D'UN SYSTÈME QUALITÉ : QUE DEVONS-NOUS FAIRE POUR Y PARVENIR?

La prestation de services de santé de qualité supérieure dépend non seulement de la mise en œuvre de la définition de la « qualité supérieure » et des principes d'un système de qualité, mais aussi de l'exploitation des principaux actifs sociaux et matériels. Voici un certain nombre de facteurs clés de la création d'une culture de la qualité.

Faire participer les patients et le public

Si notre système de soins de santé avait été conçu en gardant les patients à l'avant-plan, nous n'aurions pas le système que nous avons aujourd'hui. Les perspectives des patients peuvent être de puissants catalyseurs du changement. Pour les patients, être entendus peut avoir une incidence sur leurs niveaux de satisfaction du système de soins de santé ainsi que sur leurs résultats sur la santé (Baker, FCASS, août 2014). Qu'est-ce que l'engagement significatif? Comment les patients peuvent-ils être gardés à l'avant-plan du processus décisionnel et de la conception du système? Comment pouvons-nous partager efficacement les renseignements sur le système de santé avec les patients dans des formats faciles à comprendre? À quoi les patients accordent-ils de la valeur? Comment pouvons-nous joindre ceux qui sont les plus difficiles à atteindre, assurant qu'aucune perspective n'est marginalisée?

Évoluer vers la bonne structure

Nos temps d'attente pour les consultations et les traitements sont longs. Les patients utilisent les services des urgences bondés pour des soins non urgents. Ce sont des signaux indiquant que la conception de notre système ne soutient pas les soins de qualité supérieure. L'établissement d'un nouveau cheminement demandera de changer la façon dont le système est organisé, d'accepter que des ressources doivent être réorganisées et que les investissements soient hiérarchisés autrement que par le passé. De quelle manière la conception de notre système de soins de santé a-t-elle une incidence négative sur la qualité? La responsabilisation à l'égard de la qualité est-elle intégrée à tous les organismes de soins de santé? Avons-nous la combinaison adéquate de services au bon endroit pour répondre aux besoins des différentes collectivités? Les priorités stratégiques des fournisseurs de services de santé sont-elles harmonisées? C'est ainsi que le cadre de qualité peut être un outil diagnostique utile afin de contribuer à cerner les endroits où la conception du système entrave l'amélioration de la qualité. Bien que l'attention sur la qualité ne contienne pas toutes les questions de politique de santé, nous pouvons faire de la qualité une optique essentielle pouvant déterminer les problèmes des politiques de santé qui doivent être étudiés.

Permettre aux gens de prodiguer les meilleurs soins

Essentiellement, les soins de santé sont une question de personnes qui prennent soin d'autres personnes. La création d'une culture de qualité comprendra le soutien de l'impulsion innée des fournisseurs de soins de santé à faire de leur mieux pour les patients. Nous devons donc nous poser les questions suivantes : Tous les membres du personnel de première ligne disposent-ils des connaissances, des compétences et du soutien nécessaires pour améliorer les soins qu'ils prodiguent à leurs patients? La capacité à l'échelon de la direction est-elle perfectionnée afin d'assurer un leadership efficace dans toutes les régions de la province? Tous les professionnels de la santé travaillent-ils selon leur champ d'exercice optimal? Les champs d'exercice sont-ils comparables à ceux d'autres territoires de compétence qui sont des chefs de file sur le plan de l'accès des patients, de leur satisfaction et de leurs résultats en matière de santé? Éliminons-nous les cloisonnements organisationnels et concevons-nous des milieux de travail qui appuient la prestation de soins efficaces? Aidons-nous nos professionnels de la santé à travailler dans des équipes interprofessionnelles?

Veiller à ce que la technologie fonctionne pour tout le monde

La technologie de l'information est un catalyseur essentiel de meilleurs soins plus coordonnés. Pour cela, il faut toutefois accorder la priorité à la qualité alors que nous permettons aux patients et aux cliniciens de se connecter virtuellement, ainsi qu'utiliser la technologie pour soutenir une meilleure expérience des patients et de meilleurs résultats sur la santé. La qualité doit également être une considération essentielle alors que les systèmes d'information sur la santé sont mis à profit pour planifier et offrir des services de santé. Comment la mine de renseignements sera-t-elle organisée et partagée afin d'appuyer nos objectifs de qualité? Les dossiers de santé électroniques présentent les antécédents médicaux et personnels complets du patient pouvant être partagés de manière sécuritaire avec tous les fournisseurs de services de santé et les patients. Comment pouvons-nous nous assurer que ces dossiers sont conçus pour contribuer à produire les résultats de la meilleure qualité qui soit? Quels outils peuvent être adoptés afin de soutenir une meilleure prestation de services et la prise de décision pour les fournisseurs de services de santé? Comment pouvons-nous savoir quels outils offrent le rendement du capital investi de la meilleure qualité qui soit?

Appuyer l'innovation et l'amélioration

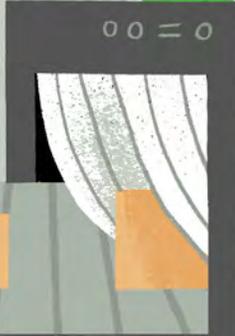
L'innovation nous permet de maintenir notre avance et peut soutenir la qualité supérieure dans tous les aspects du système de soins de santé. Elle peut s'appliquer à la pratique clinique, à l'endroit où ils sont prodigués, à la façon dont les soins sont organisés et achetés (par exemple, quand il est approprié de payer pour des résultats plutôt que pour des services). Un système de soins de santé à rendement élevé encourage et stimule la recherche et l'innovation et tire des leçons des autres territoires de compétence et même des industries. De nombreux domaines d'excellence de l'Ontario au sein du système de soins de santé sont le résultat direct des efforts créatifs et d'un petit nombre de personnes passionnées par l'amélioration du système. Actuellement, comment l'innovation soutient-elle la qualité en Ontario? Les dynamiques découragent-elles l'innovation ou la diffusion à l'échelle du système d'innovations prometteuses? Avons-nous le bon modèle en place pour évaluer les nouvelles innovations et savoir lesquelles sont les plus prometteuses? Y a-t-il des domaines où un effort ferme et coordonné de la province est nécessaire pour apporter des améliorations?

Surveiller le rendement

Pour savoir si notre système de soins de santé est sur la bonne voie et pour favoriser d'autres améliorations, nous devons nous poser des questions fondamentales : Qu'est-ce qu'une « bonne qualité »? Comment choisissons-nous les bons buts et les bonnes cibles? Devons-nous élaborer de nouveaux indicateurs? La surveillance du rendement du système au moyen de l'optique de la qualité exige de porter une attention à au moins cinq domaines : premièrement, articuler les pratiques exemplaires qui définissent un système de soins de santé de qualité supérieure; deuxièmement, déterminer les indicateurs de qualité les plus significatifs et y joindre des attentes claires en matière de rendement; troisièmement, recueillir et analyser des données pour mesurer le rendement par rapport aux indicateurs; quatrièmement, présenter les résultats en temps opportun, de manière transparente et de façon à stimuler l'amélioration; cinquièmement, comparer les résultats de l'Ontario à d'autres territoires de compétence et au fil du temps. Ainsi, nous pouvons démontrer à la fois ce qui est possible et les progrès que nous réalisons.

Favoriser le changement culturel

Atteindre un système de santé qui accorde la « priorité à la qualité » nécessite un virage important de la culture des soins de santé en Ontario pour devenir un système plus axé sur les patients et au sein duquel ces derniers collaborent à la conception. L'adoption plus vaste des équipes interprofessionnelles, si importante pour la réalisation de services de santé de qualité, obligera les cliniciens à apprendre à travailler de manière différente. Grâce aux dispositions de la Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous, la cible de la responsabilisation dans les établissements de soins de santé de l'Ontario est déjà en train d'évoluer afin de mettre l'accent sur les résultats à l'égard de la qualité plutôt que sur les seules obligations financières. Toutefois, il ne faut pas se bercer d'illusions : l'adoption réussie de solutions qui exigent une collaboration et qui suscitent le changement au-delà des frontières organisationnelles et professionnelles traditionnelles représente toujours un défi. Le système peut gérer les tensions en convenant de priorités communes en matière de qualité et en reconnaissant les besoins professionnels et personnels des fournisseurs de services. À l'avenir, les principales questions seront les suivantes : Quels sont les modèles, les outils ou les stratégies prometteurs pour intégrer la qualité à la culture de nos organismes de soins de santé? Comment pouvons-nous équilibrer la responsabilisation à l'égard de la qualité et la création d'une culture de la qualité? Et comment saurons-nous que nous réussissons?



Prestation de soins de qualité



La qualité d'un système de santé se fait le plus sentir au point de prestation. Quelle est l'expérience d'un père désemparé attendant aux services des urgences que son enfant reçoive des points de suture? Ou d'un patient d'une collectivité des Premières Nations recevant un traitement contre le cancer loin de chez lui? Ou d'une fille organisant les soins à domicile pour sa mère qui souffre de démence? Ces interactions semblent avoir un début, un milieu et une fin; il ne devrait donc pas être difficile de dire ce qui constitue des soins de santé de qualité et ce qui *n'en constitue pas*.

En réalité, il y a une pléthore d'autres facteurs qui influencent ces épisodes. Ces facteurs peuvent pointer vers de bons résultats (attention portée en temps opportun à un problème médical, soins sensibles fournis par un médecin empathique, accès au bon traitement), sans toutefois permettre de dresser le portrait complet d'un système de santé qui tient ses promesses de qualité. Il faut aller plus loin : Le système assure-t-il une qualité en tout temps, peu importe où nous vivons ou le problème médical auquel nous faisons face? Recevons-nous un traitement en fonction des meilleures données probantes disponibles plutôt que d'une démarche traditionnelle qui s'est révélée obsolète? Tous les fournisseurs mettent-ils l'accent sur nos besoins en tant que patients ou avons-nous l'impression que le temps et les intérêts de notre fournisseur sont plus importants que les nôtres?

Par ailleurs, dans le rapport *La qualité ça compte*, nous avons démontré que le système de santé de l'Ontario, du point de vue de la qualité, n'est pas à la hauteur de nos attentes. Ces conclusions ne sont pas formulées au hasard; elles sont le résultat d'un système conçu pour offrir des soins à une province plus jeune et moins peuplée, à une époque où les ressources étaient vraisemblablement

plus abondantes et les technologies moins répandues et moins coûteuses. Le système a évolué en suivant la voie de la moindre résistance. Comme il était prévisible, le résultat est un système de santé dans lequel la qualité et l'accent mis sur les patients ne sont pas pleinement intégrés, mais ajoutés de manière non uniforme après les faits.

La prestation du niveau de soins de qualité auquel *nous* aspirons tous est à notre portée, mais elle fait face à des obstacles importants. Certains sont historiques : un système réfractaire au changement, organisé autour des soins actifs, mais devant se tourner vers la prévention et la prise en charge des maladies chroniques et les exigences d'une population vieillissante. Certains sont politiques : trouver le désir de changement et la volonté de tenir des conversations profondes avec des groupes importants. Certains sont systémiques : des institutions agissant en vase clos et empêchant la coordination et la collaboration. Certains sont organisationnels : des unités s'appuyant sur des priorités contradictoires et des équipes de leadership sous-développées.

Pour un système de soins de santé, l'objectif en matière d'harmonisation consiste à constamment offrir des résultats de qualité.

Les obstacles à une meilleure prestation de soins de qualité ne sont pas anodins. Toutefois, on peut les surmonter. Le défi consiste à passer du statique au dynamique, à mettre en place une fluidité permettant à toutes les parties du système de santé de soutenir le flux du cheminement des patients, de sorte que les bonnes personnes puissent accéder aux renseignements médicaux et aux commentaires au bon moment.

Comment y arriver? En partie en concentrant nos énergies sur trois dimensions principales souvent citées comme des points de vulnérabilité du système de santé de l'Ontario : l'harmonisation, la responsabilisation et le leadership. Ce sont les trois éléments fondamentaux qui favorisent la prestation de soins de santé de qualité.

- Sans une meilleure harmonisation entre les fournisseurs, les patients continueront de glisser entre les mailles du système et les fournisseurs gaspilleront une énergie et des ressources précieuses.
- Sans une responsabilisation accrue visant à créer de la valeur, nous ne parlerons que la langue des soins de qualité, sans réaliser de gains.
- Sans un leadership résolu assumé dans le cadre d'une gouvernance active, nous perdrons notre concentration et manquerons des occasions d'améliorer les soins pour nos citoyens.

Un système réellement intégré, soutenu par des mesures incitatives efficaces et des mesures de rendement respectées, ainsi que des dirigeants lucides engagés à l'égard d'une culture d'amélioration; ensemble, ces objectifs offrent la meilleure récompense pour offrir des soins de qualité supérieure en Ontario.

HARMONISATION : COMBLER LES LACUNES

La prochaine fois que vous verrez des oies ou d'autres oiseaux volant en V, observez la leçon d'harmonie et de conception qu'ils offrent. Pour eux, l'efficacité énergétique en vol est essentielle; afin de

réduire la résistance au vent et de conserver son énergie, chaque oiseau vole au-dessus de celui qui le précède, tirant parti du tourbillon d'air généré. Habituellement, les oiseaux occupent la tête de la formation et assument les battements d'ailes difficiles chacun leur tour. La formation de vol en V renforce également la communication et la coordination et fait en sorte qu'il est plus facile de suivre tous les membres de la volée.

Les pilotes de chasse ont bien appris cette leçon. Il en va de même de nombreux organismes qui ont réussi à suivre le vent du changement. Ce sont des organismes qui sont souples et qui peuvent maintenir une longueur d'avance sur les autres : leur stratégie et leurs buts fournissent un objectif et un centre d'intérêt communs et sont bien compris par les employés, les fournisseurs et les partenaires.

Un système de santé est un environnement plus complexe qu'un simple organisme, et pas seulement en raison de sa taille. En fait, il s'agit moins d'un « système » que d'une constellation d'établissements et de groupes professionnels qui peuvent se chevaucher ou se faire concurrence entre eux, motivés par différentes mesures incitatives et présentant différents résultats.

Pour un système de soins de santé, l'objectif en matière d'harmonisation consiste à constamment offrir des résultats de qualité. Tous les principaux groupes dans un système de santé (les bailleurs de fonds, les fournisseurs, les établissements) doivent travailler en mettant constamment l'accent sur les priorités communes, les pratiques éprouvées et les normes fondées sur des données probantes. Impossible à imaginer? Pas vraiment. La Stratégie ontarienne de réduction des temps d'attente est une harmonisation réussie en action. D'abord mise au point dans le but d'améliorer l'accès à cinq principaux services de santé en réduisant les temps d'attente pour une chirurgie du cancer, des interventions cardiaques, une chirurgie de la cataracte, une arthroplastie de la hanche ou du genou, ainsi qu'une TD et une IRM, elle a depuis été élargie afin d'inclure toutes les interventions chirurgicales et le temps passé dans les salles des urgences. Les temps d'attente ont de façon générale été réduits pour les services médicaux, bien que certains domaines, comme le temps qu'il faut pour qu'un patient ait une première consultation avec un spécialiste, doivent faire l'objet d'une amélioration.

Quelles sont les leçons à tirer de cette expérience? La Stratégie de réduction des temps d'attente a clairement fixé des objectifs de qualité quantifiables, a mobilisé un financement et des technologies de l'information considérables pour soutenir la Stratégie, a mis au point les structures de gouvernance pour réunir différentes parties du système et a créé un système de responsabili-

ÉTUDE DE CAS DE LA QUALITÉ

Surmonter les obstacles : Partager l'expertise dans le Nord-Est de l'Ontario

Horizon Santé-Nord dans le Grand Sudbury a lancé l'Unité virtuelle des soins intensifs (UVSI) en 2014 dans le but de lier les plus petites unités de soins critiques et les services des urgences d'hôpitaux dans l'ensemble du Nord-Est de l'Ontario. Utilisant une technologie de vidéoconférence de pointe et des dossiers médicaux électroniques, une équipe de médecins en soins intensifs, d'infirmières spécialisées et d'inhalothérapeutes est accessible pour des consultations 24 heures sur 24 et des consultations de suivi pour les patients gravement malades dans les hôpitaux participants. L'un des avantages est que les patients peuvent rester dans leur hôpital local au lieu d'être transférés. L'UVSI a diminué les transferts évitables vers un niveau de soins plus élevé de 36 pour cent et au cours de l'année inaugurale de fonctionnement, elle a permis au système de santé d'économiser 901 000 dollars en frais de transport¹⁶.

ÉTUDE DE CAS DE LA QUALITÉ

Temps d'attente : Détermination des gains d'efficacité pour un accès plus rapide

Le réseau local d'intégration des services de santé de Champlain et ses partenaires utilisent un système d'admission centralisée pour aider les gens à accéder plus rapidement à des arthroplasties de la hanche et du genou. Le système couvre tous les chirurgiens et les médecins de soins primaires de la région de Champlain. En gérant les listes d'attente plus efficacement, il répartit plus uniformément les patients entre les chirurgiens et assure que ces derniers ne voient que les patients qui ont réellement besoin de ce service spécialisé. De leur côté, les gens sont vus rapidement et comprennent bien les prochaines étapes. Au début de 2015, 88 pour cent des patients avaient subi leur arthroplastie du genou dans les six mois, comparative-ment à 68 pour cent deux ans plus tôt.

sation au moyen d'une divulgation transparente de renseignements sur les temps d'attente et de financement ciblé. La Stratégie a orienté tous ces efforts de manière à répondre aux besoins urgents de soins de qualité d'une population de patients particulière en Ontario. En paroles et en actes, elle a répondu à un sentiment d'urgence.

Et si on faisait appel au même sentiment d'urgence pour atteindre les objectifs de l'ensemble du système de santé? Où pourrions-nous commencer pour mieux harmoniser les éléments du système?

MEILLEURE INTÉGRATION

La mise en place de liens qui combleraient les nombreuses ruptures existantes au sein du système de santé constitue un point de départ logique. Les ruptures sont évidentes et bien documentées : entre les médecins de soins primaires et les spécialistes, entre les hôpitaux et les soins communautaires et entre les organismes de soutien social et les soins communautaires. Les rôles des municipalités et des provinces dans les soins de santé peuvent également tirer parti de liens plus forts.

C'est clairement la direction que souhaite prendre l'Ontario. Un grand nombre d'études, plus récemment le rapport Price-Baker ainsi que *la Loi de 2016 donnant la priorité aux patients*, adoptée en décembre 2016, proposent de rassembler les fournisseurs de soins primaires, les hôpitaux ainsi que les soins communautaires et à domicile sous l'égide des réseaux locaux d'intégration des services de santé.

L'intégration des fournisseurs de soins de santé ne correspond qu'à la moitié des efforts d'harmonisation; l'autre moitié consiste à axer le système sur les besoins des patients. Des idées innovantes portant sur le manque de communication avec les patients ou la nécessité de travailler en équipe en mettant l'accent sur les patients ont déjà été testées en Ontario.

Un système de santé plus intégré offre de multiples avantages aux patients et aussi aux fournisseurs. Une meilleure communication entre les fournisseurs de soins primaires et les spécialistes contribue à une meilleure compréhension et à un meilleur soutien du plan de soins ainsi que des rôles des patients et des personnes soignantes. Les praticiens qui travaillent en collaboration, des médecins et du personnel infirmier aux pharmaciens et aux gestionnaires de cas, peuvent cerner de façon préventive les problèmes en matière de soins. Forcément, les fournisseurs en viennent à apprécier davantage la manière dont ils s'intègrent à l'ensemble du système. Ils peuvent voir que d'autres fournisseurs ou établissements sont aussi engagés qu'eux à l'égard de la prestation de soins de qualité, de leur propre manière et qu'ils peuvent même offrir des enseignements.

HARMONISER EN AYANT LA SANTÉ DE LA POPULATION ET LE QUADRUPLE OBJECTIF À L'ESPRIT

Les systèmes de santé évoluent de plus en plus vers une démarche axée sur la santé de la population pour ce qui est la prestation des soins de santé. Cette démarche est semblable à la manière dont les stratèges du marketing segmentent leurs publics. Elle met l'accent sur la conception de soins pour des groupes précis de personnes ayant des besoins semblables en matière de soins et assure leur bien-être général. Elle comprend des mesures proactives visant à aider les personnes à bien vivre et à prévenir les crises qui exigent des soins dans les services des urgences.

Une démarche axée sur la santé de la population constitue une politique solide du point de vue de l'équité. Il s'agit également d'une saine gestion du point de vue de la qualité ou de la valeur. La prestation de soins de santé axée sur la santé de la population oriente les ressources de l'ensemble de la gamme de services vers les patients ayant des besoins majeurs qui sont les plus vulnérables. Environ 90 % des Ontariennes et des Ontariens nécessitent peu d'interventions médicales; pour eux, des modèles de soins virtuels et des soins communautaires plus accessibles constituent des options pratiques. D'autres groupes de patients, par exemple, les diabétiques dans le Nord de l'Ontario ou les sans-abri à Ottawa, ont des besoins plus grands et tireraient parti de démarches plus ciblées.

La santé de la population est une dimension du quadruple objectif en ce qui a trait à l'harmonisation du système de santé. S'inspirant des importants travaux de l'Institute for Healthcare Improvement des États-Unis sur le triple objectif (Triple Aim), le quadruple objectif vise l'amélioration simultanée de l'expérience et des résultats des patients, une réduction des coûts des soins par habitant pour le bien des collectivités, l'amélioration de la santé de la population et l'amélioration de l'expérience des fournisseurs de soins. Ces objectifs interdépendants exigent une amélioration continue des quatre dimensions qui exige à son tour un ajustement constant. Idéalement, le quadruple objectif nécessite également ce que le chef de file américain en soins de santé Donald Berwick décrit comme un intégrateur, soit une entité qui accepte la responsabilité de l'ensemble des quatre dimensions du quadruple objectif pour une population donnée. Le rôle de l'intégrateur comprend au moins cinq volets : un partenariat avec les personnes et les familles, la restructuration des soins primaires, la gestion de la santé de la population, la gestion financière et l'intégration à l'échelon macro-systémique (réunir un groupe multifonctionnel de fournisseurs afin de servir une sous-population donnée).

Le quadruple objectif fournit aux fournisseurs de soins de santé et aux bailleurs de fonds de l'Ontario le modèle de transition vers une démarche axée sur les besoins du patient. Il peut favoriser la planification stratégique pour tous les organismes de prestation et de financement du système, contribuer aux ententes sur les niveaux de service et constituer le fondement des évaluations du rendement des cadres supérieurs. Il soulève toutefois une question difficile : tous les échelons du système sont-ils prêts à assumer différents rôles et à réorienter leurs ressources

POUR QUOI PAYONS-NOUS?

Si nous voulions un système de soins de santé réellement intégré dans lequel les patients effectuent des transitions sans heurts entre les fournisseurs, comment le modèle de financement serait-il conçu?

Le financement est probablement le moyen le plus clair qu'a un système de communiquer ce qui est le plus important et ce qui est secondaire. C'est l'un des quelques leviers accessibles qui peut être utilisé afin de mieux intégrer un système de soins de santé et soutenir la santé de la population. Le levier du financement, cependant, fait également partie des instruments les plus délicats; il est trop facile pour les bailleurs de fonds d'établir des objectifs clairs et de voir des gains annulés par des conséquences imprévues. Tous les modèles de paiement offrent des avantages et des inconvénients, et tous doivent être adaptés selon le résultat désiré.

En Ontario, une grande partie de la prestation des soins de santé est financée grâce à des paiements versés directement aux organismes et aux personnes. Le financement n'est lié ni à la difficulté de la tâche ni aux avantages pour le système de traiter les populations de patients ayant des besoins complexes. Le modèle de rémunération à l'acte, par exemple, a l'effet pervers de décourager les fournisseurs ou les établissements à prendre le temps de trouver des solutions innovantes ou d'accepter des populations de patients plus difficiles. De même, le modèle de procédures fondées sur la qualité mis en œuvre en Ontario accorde aux hôpitaux des honoraires prédéterminés pour fournir un « épisode de soins » à un patient, peu importe la durée du séjour. Ce modèle peut encourager les hôpitaux à coder les patients de manière à ce qu'ils semblent le plus malades possible afin de maximiser leurs honoraires.

Un certain nombre de rapports bien documentés ont suggéré que la seule manière d'encourager l'efficacité plutôt que la simple activité consiste à financer les résultats plutôt que les services. Pas seulement n'importe quel résultat, mais ceux qui ont la plus grande signification pour les patients, soit l'expérience globale, l'efficacité et l'efficacité de leurs soins, la sécurité et l'accessibilité, peu importe qui ils sont. Les procédures fondées sur la qualité, qui visent à améliorer le financement des résultats, constituent un pas dans la bonne direction. En vertu du modèle de procédures fondées sur la qualité, on rembourse les fournisseurs de soins de santé pour les types et les quantités de patients qu'ils traitent, avec l'aide de manuels et de cheminements pour les aider à orienter les soins appropriés.

Si, en tant que province, nous voulons un système de soins de santé réellement intégré dans lequel les patients effectuent des transitions sans heurt entre les fournisseurs, comment le modèle de financement serait-il conçu pour encourager les fournisseurs à travailler ensemble afin d'assurer la collaboration et de meilleures transitions? Serait-ce un modèle de financement qui intègre, par exemple, tant le médecin de soins primaires que le spécialiste ou l'hôpital et les soins communautaires?

Les innovations prometteuses laissent entrevoir comment le financement peut être utilisé pour encourager l'intégration et soutenir la santé de la population. En 2011, le système de santé St. Joseph de Hamilton, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et le réseau local d'intégration des services de santé de la région ont élaboré un modèle de soins groupés pour des maladies chroniques sélectionnées et un groupe précis de patients ayant subi des interventions chirurgicales,

en transition hors de l'hôpital. Le ministère a fourni une seule enveloppe de financement pour soutenir des soins intégrés à l'hôpital et à domicile. Ce modèle de financement intégré se montre très prometteur et est actuellement à l'essai ailleurs en Ontario.

Toute conversation doit comprendre un point de vue réaliste sur la façon de tenir compte des aspects intangibles des modèles de financement. Les modèles de financement qui font appel aux motivations intrinsèques déjà fortes des fournisseurs sont plus susceptibles d'encourager tous les intervenants du système de santé à traduire leurs paroles en actions.

EXPLOITER LES TECHNOLOGIES EN TANT QUE LEVIER DE L'HARMONISATION

Les modèles de financement ou les lois sur le financement ne sont pas les seules façons d'harmoniser le système de santé. La technologie, par exemple, est comme un outil pratique capable de rendre le système plus cohérent. Ainsi, comment pouvons-nous soutenir la prestation de soins de meilleure qualité grâce à l'amélioration des systèmes d'information et de la collecte et du partage de données?

En voici quelques façons : Les dossiers médicaux électroniques qui contiennent toutes les interactions d'un patient avec le système de santé et qui sont accessibles aux fournisseurs simplifient l'expérience des patients et améliorent l'efficacité. Des portails en ligne sécurisés réservés aux patients permettent à ces derniers de prendre rendez-vous et de partager des renseignements avec les équipes de soins de santé, de demander un renouvellement d'ordonnances ainsi que de télécharger et de remplir des formulaires. Les soins virtuels, fournis au moyen de liens vidéo en ligne et d'autres technologies de communication, facilitent la transition des hôpitaux à la collectivité ou au domicile.

La technologie peut contribuer à changer les choses. Par exemple, il a été démontré que les systèmes d'alerte précoce et de réaction permettant de surveiller les signes vitaux des patients et d'alerter les équipes médicales à propos de problèmes potentiels accélèrent le transfert des patients vers les unités de soins intensifs et réduisent le risque de mortalité par septicémie.

Nous avons également appris ce qui peut mal tourner. Lorsque des initiatives électroniques de soins de santé sont considérées comme des projets de TI plutôt que des projets visant à favoriser les soins de qualité, elles peuvent finir par présenter des propriétés de produits qui vont à l'encontre de ce qui est réellement nécessaire et obtiennent

ÉTUDE DE CAS DE LA QUALITÉ

L'intégration des soins : Le personnel infirmier et la télémédecine offrent une expérience simplifiée

Le Réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Toronto et les maillons santé communautaires ont créé un modèle de soins innovant appelé Telemedicine IMPACT Plus (TIP). Le modèle repose sur l'utilisation de la télémédecine pour les conférences de cas, au cours desquelles le patient rencontre un groupe de fournisseurs de soins interprofessionnels ainsi que son médecin de famille par appel vidéo. Le personnel infirmier joue un rôle important pour faciliter les séances TIP. Il interagit avec le patient au nom de l'équipe et tient tous les membres de l'équipe de soins à jour quant au plan de soins du patient. Il établit également la confiance pour assurer que l'expérience des patients est harmonieuse et exempte de tracas. De telles initiatives comme TIP offrent aux patients une expérience médicale harmonieuse et moins stressante, en plus de les aider à éviter des déplacements dérangementants et potentiellement coûteux aux cliniques.

rarement l'adhésion des fournisseurs ou des patients qui est essentielle à la réalisation des avantages de la technologie.

Lorsque de nouveaux systèmes offrent de l'information en temps réel aux fournisseurs, sans norme relative à ce qui doit être mesuré, l'exercice a peu de valeur. La nécessité de mettre en place des normes est particulièrement élevée dans le monde en rapide évolution des portails pour les patients.

Lorsque des données sur la santé sont détenues dans des plateformes et des systèmes exclusifs, il n'y a aucune chance d'établir des connexions avec d'autres systèmes.

De plus, lorsqu'il y a un manque de discipline quant à la façon de gérer les organismes de prestation de soins de santé, les répercussions des nouvelles technologies sur les résultats ou les coûts cliniques sont atténuées. Procurer un iPad à tous les cliniciens ne se traduira pas par des soins de meilleure qualité s'il est trop fastidieux de saisir les renseignements au bon moment et au bon endroit. De même, si les organismes n'utilisent pas les renseignements pour surveiller et améliorer les soins, il y a peu d'incitation à saisir les données avec précision.

Bon nombre des déceptions associées aux technologies en soins de santé peuvent être atténuées en faisant des patients et des fournisseurs des coconcepteurs de systèmes, tels que les portails et les produits de TI pour les processus cliniques, en améliorant les chances que la technologie soit réellement utilisée et qu'elle ait l'incidence souhaitée.

ÉTUDE DE CAS DE LA QUALITÉ

Santé de la population : Assurer l'accès aux soins de santé aux sans-abri

Le Centre de santé communautaire Gateway de Tweed, le principal organisme du maillon santé rural de Hastings, a bien utilisé les intervenants-pivots. Des infirmières et infirmiers autorisés agissent comme points de contact uniques et intervenants en faveur des patients durant leur transition d'un secteur du système de santé à un autre. Dans le cadre d'une étude de suivi, Gateway a découvert que les groupes de patients qui étaient soutenus par un intervenant-pivot présentaient une réduction de 87 % des visites aux urgences, une réduction de 85 % des admissions à l'hôpital, une réduction de 71 % de la durée des séjours et une mise en œuvre d'un plan consécutif aux soins incluant un bilan comparatif des médicaments pour 100 % d'entre eux.

RESPONSABILISATION : DÉPLACER LES POINTS DE REPÈRE

Le penseur de la gestion Stephen Covey a observé que « la responsabilisation alimente l'habileté à répondre ».

La responsabilisation peut être un terme élastique qui évoque plusieurs associations : contrôle du comportement, surveillance étroite et accusations. Elle porte trop souvent un sens chargé associé au point de vue négatif de l'application des règles. Bien que l'application des règles fasse partie d'un système de responsabilisation rigoureux, la responsabilisation peut en réalité éliminer le stress au sein d'un système. Appliquée de façon appropriée, elle signifie une plus grande clarté des rôles, des responsabilités et des priorités et une diminution du chevauchement des efforts. Une démarche universelle qui présente une ouverture et une transparence peut ne pas être aimée de prime abord, mais elle serait respectée et favoriserait de meilleurs soins.

Nous pouvons constater une démarche efficace en matière de responsabilisation dans le système d'Action Cancer Ontario, l'organisme provincial de lutte contre le cancer. Les responsabilisations clinique

et administrative y sont harmonisées, soutenues par trois organismes consultatifs. Les participants comprennent leurs propres responsabilités et possèdent les outils pour les assumer. Les mesures normalisées dans l'ensemble des organismes permettent des comparaisons et des évaluations pertinentes entre les pairs.

La responsabilisation est soutenue par un système de gestion du rendement qui aide Action Cancer Ontario à relier le financement à la qualité des soins de santé. Quant à la responsabilité du public, un organisme consultatif quasi indépendant, le Conseil de la qualité des soins oncologiques de l'Ontario, surveille le rendement global du système de lutte contre le cancer et produit des rapports en la matière.

Si la qualité est l'objectif prioritaire du système de santé de l'Ontario, pourquoi souhaitons-nous une responsabilisation?

LA RESPONSABILISATION DU CHEMINEMENT DU PATIENT

On a dit que l'intervention la plus risquée en soins de santé est le transfert d'un patient. Les transitions représentent effectivement un défi : un patient peut recevoir les soins d'un fournisseur qui, essentiellement, disparaît avant que quelqu'un d'autre en assume la responsabilité. Les patients se perdent dans le remaniement. Ils peuvent être incertains quant à la personne à appeler lorsqu'ils ont besoin de renseignements sur leur état de santé. Dans d'autres secteurs d'activité essentiels présentant un risque élevé, la responsabilisation est en place afin que les travailleurs ne puissent pas partir quand leurs tâches sont accomplies tant que le dossier n'est pas transmis. Les contrôleurs aériens ne laissent pas un avion sans surveillance quand leur quart de travail est terminé.

La responsabilisation du cheminement du patient n'était pas un problème urgent il y a 30 ans. Autrefois, les médecins de famille étaient liés davantage aux hôpitaux, où ils rendaient visite à leurs patients et les séjours à l'hôpital étaient plus longs. Aujourd'hui, les épisodes de soins moyens sont très courts et les points de contact sont éphémères, car il faut davantage de temps pour travailler avec un patient qu'avec un problème précis. Le transfert est également plus difficile que jamais en raison du nombre croissant de patients qui quittent les hôpitaux avec des besoins plus complexes.

Aujourd'hui, la responsabilisation dans les soins de santé est orientée au sein des secteurs plutôt que dans l'ensemble du cheminement du patient. Les gens peuvent être responsables au

ÉTUDE DE CAS DE LA QUALITÉ

Procédures fondées sur la qualité : Favoriser l'amélioration continue

L'Hôpital Mount Sinai a utilisé le modèle de procédures fondées sur la qualité et a mobilisé les membres du personnel et les cliniciens à tous les échelons pour apporter des changements qui ont amélioré les perspectives tant au niveau des patients que du budget de l'hôpital. En se fondant sur les arthroplasties de la hanche et du genou comme domaines d'essai, les dirigeants de l'hôpital se sont fixé comme objectif de réduire de moitié le temps d'attente des patients à l'hôpital, soit de quatre à deux jours. Ils ont examiné chaque coût associé aux arthroplasties de la hanche et du genou et ont établi des moyens d'améliorer tous les aspects des interventions, allant de la rapidité avec laquelle les patients commencent la physiothérapie à la planification précoce de la manière dont ils reçoivent du soutien une fois de retour à la maison. Cet objectif visant des congés plus rapides a été atteint en six mois sans augmentation des taux de réadmission. Réduction des coûts entraînée : 12 % au cours d'une année.

sein de leur organisme, mais leurs décisions peuvent ne pas être harmonisées au service qui est vraiment nécessaire.

Ce qui serait nettement mieux, c'est une chaîne de responsabilisation claire pour les patients à chaque point d'intervention ainsi que dans les espaces entre ces points. Cela peut être géré de diverses façons. Au Royaume-Uni, les médecins de famille sont responsables de l'ensemble du continuum de soins. Plus près de nous, le rôle d'intervenant-pivot est prometteur au sein de certains hôpitaux et du système de soins en oncologie. Ces personnes, issues de la même collectivité, de la même culture ou de la même population de santé, aident les patients et les personnes soignantes à se déplacer entre les fournisseurs de soins de santé non reliés. De même, la gestion de cas, éventuellement prodiguée par le personnel infirmier ou des intervenants en faveur des patients, peut être un service de coordination efficace dans n'importe quel secteur.

Une autre approche consiste à confier la responsabilité pour un épisode de soins. Ainsi, un patient nécessitant un traitement cardiaque consulterait un fournisseur de soins primaires et un spécialiste et aurait besoin d'être admis à l'hôpital. Peut-il y avoir un point de responsabilité pour couvrir tous ces points de contact?

Manifestement, ce domaine requiert désespérément des améliorations et des innovations. En affinant la responsabilisation du cheminement du patient, le système de santé constatera une diminution des chevauchements des services, une meilleure continuité des soins et une satisfaction des patients accrue.

ÉTUDE DE CAS DE LA QUALITÉ

Cheminement du patient : Les intervenants-pivots démontrent leur valeur.

L'Ottawa Inner City Health (OICH), créé par les organismes communautaires et les membres de la haute direction de L'Hôpital d'Ottawa, donne un accès aux soins de santé à une population particulièrement vulnérable. Les membres de l'équipe coordonnent et intègrent les services de soins de santé afin de donner aux sans-abri la possibilité de recevoir des soins de qualité. Les unités de l'OICH se trouvent dans des refuges pour sans-abri, créant un environnement sécuritaire où les soins peuvent être fournis. Ces unités spéciales sont dotées par des préposés aux services de soutien à la personne et appuyées par du personnel infirmier et des médecins en visite.

COMMENT POUVONS-NOUS CONCRÉTISER CETTE IDÉE?

La responsabilisation doit être mesurable et applicable. Si nous nous attendons à ce que les fournisseurs de soins de santé offrent des soins de qualité, les normes de soins, les cibles par rapport auxquelles le rendement est mesuré, et les conséquences pour les résultats en deçà des attentes doivent alors être claires. En outre, les fournisseurs doivent être en mesure de voir leurs données et de les comparer par rapport aux autres. Ainsi, l'amélioration sera stimulée et les meilleures mesures incitatives seront exploitées chez les fournisseurs.

Une entente de service constitue un moyen d'officialiser la responsabilisation. Les fournisseurs de soins à domicile ou de télémédecine, par exemple, signent des ententes qui prévoient non seulement les services qu'ils sont tenus d'offrir, mais aussi la manière de les offrir.

Dans un contexte clinique, des normes de soins existent, mais elles peuvent porter à confusion et ne pas nécessairement

être bien comprises par les fournisseurs. En ce qui a trait au domaine de la qualité des soins, aucune norme ne reflète l'expérience des patients, comme des normes orientant les aiguillages ou les suivis.

L'élaboration d'un consensus quant à une norme de soins de santé constitue un défi important et nécessite du temps. C'est une tâche entreprise par Qualité des services de santé Ontario en collaboration avec des chefs cliniques, des experts et des patients. Pour concrétiser la responsabilisation, des mesures doivent être disponibles afin de déterminer si les résultats s'améliorent ou non en raison de l'atteinte de ces normes. Cela pourrait favoriser l'amélioration chez les fournisseurs et potentiellement appuyer le choix des patients.

Les personnes responsables du rendement ont besoin de l'autorité nécessaire pour aller au bout des choses. Bien qu'il s'agisse d'un sujet délicat au sein du milieu des soins de santé, l'application est une dimension nécessaire d'un système efficace de responsabilisation. Évidemment, il s'agit d'un sujet sensible qu'il est très tentant d'éviter.

L'Ontario peut certainement en faire plus pour que les professionnels et les organismes de soins de santé puissent corriger eux-mêmes la façon dont ils prodiguent les soins en se fondant sur les données probantes. Les outils de vérification et de rétroaction fondés sur la technologie de l'information en matière de santé, si leur gestion ne représente pas un fardeau pour les fournisseurs, peuvent leur fournir des paramètres et des commentaires afin de s'améliorer.

Si la qualité des soins de santé est perçue comme souhaitable, l'approche de la carotte pour la responsabilisation se traduirait probablement par des gains perceptibles. Si la qualité est perçue comme essentielle, des discussions difficiles sur la façon de réaliser pleinement les intentions du système de santé ainsi que l'approche de la carotte et du bâton seront nécessaires.

DIRECTION ET GOUVERNANCE : FAIRE PROGRESSER LE PROGRAMME D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

Le leadership, y compris les structures de gouvernance au sein desquelles les dirigeants fonctionnent, représente la force motrice qui donne vie à l'harmonisation et à la responsabilisation.

Si nous souhaitons réaliser la prestation de soins de santé de qualité en Ontario, les di-

ÉTUDE DE CAS DE LA QUALITÉ

Avantage technologique : Le portail réservé aux patients porte ses fruits

Le service de cybersanté du Centre Sunnybrook des sciences de la santé, MyChart.ca, simplifie la façon de consulter et de partager les renseignements contenus dans les dossiers de santé. MyChart est un outil en ligne sécurisé qui permet aux patients de créer et de gérer leurs renseignements personnels sur la santé et de les partager comme ils l'entendent avec leurs personnes soignantes, les membres de leur famille, les cliniciens des hôpitaux, les médecins de soins primaires, les centres d'accès aux soins communautaires et les pharmaciens. Mychart.ca comprend des renseignements personnels et les antécédents familiaux en matière de santé, les demandes de rendez-vous, les questionnaires aux patients, les résultats d'examen, les notes des consultations en clinique et des liens vers les renseignements pertinents propres à une maladie. En juin 2015, il y avait 75 000 utilisateurs de MyChart, pour une moyenne de 29 000 connexions par mois.

rigeants de tous les échelons du système de santé devront jouer de multiples rôles, mais aussi les jouer correctement. Quels sont ces rôles?

Les dirigeants de la santé contribuent à cibler les priorités.

Compte tenu des pressions concurrentes du milieu des soins de santé, les dirigeants jouent un rôle essentiel pour établir le programme et faciliter la définition des priorités. Quelles sont les actions ou les mesures productrices de qualité les plus importantes et lesquelles doivent être déhiérarchisées? Qu'est-il possible d'accomplir à l'aide des processus ou des ressources existants afin d'éviter de réinventer la roue? Voilà des questions auxquelles il peut être difficile de répondre, puisque tous les fournisseurs du système de santé croient passionnément en la valeur du travail qu'ils accomplissent.

Les dirigeants de la santé renforcent les processus d'affaires et accroissent les capacités.

Les dirigeants efficaces mettent au point une analyse de la rentabilité convaincante pour la technologie – comment la nouvelle TI de la santé répondra-t-elle aux besoins des patients – et ils défendent tout aussi fermement au sein de leur propre établissement de santé que la TI de la santé fera une différence positive et n'augmentera pas le fardeau ou la complexité. Les dirigeants s'efforcent ardemment de simplifier et de normaliser les processus opérationnels à l'aide de modèles éprouvés, comme la méthodologie allégée, pour que lorsqu'un nouveau système de TI est introduit, il ne rende pas un environnement déjà chaotique encore plus chaotique.

Au-delà de la technologie, les dirigeants accroissent les capacités de leur main-d'œuvre pour l'amélioration de la qualité. Ils motivent les équipes et les personnes à collaborer et ils modélisent les comportements en matière d'apprentissage, d'amélioration et d'innovation qui sont nécessaires aux organismes de soins de santé afin de continuellement améliorer leurs soins.

Les dirigeants de la santé nous aident à voir grand.

La réalisation de la transformation réclamée à l'échelle du système exige plus que des réformes en périphérie. Les dirigeants efficaces sortent les fournisseurs et les patients de leurs zones de confort pour remodeler en profondeur la façon dont les fournisseurs travaillent entre eux ainsi que la façon dont les patients passent de la périphérie au centre de la prestation des soins de santé. Ils aident les fournisseurs à voir la valeur relative de leurs services au sein du système de santé et font participer différentes parties de la collectivité à l'aide d'une variété de modèles de participation.

Les dirigeants de la santé sont infatigables et courageux.

La transformation ne se fait pas en un seul jour. Elle demande continuité et cohérence, des qualités difficiles à maintenir. En outre, l'amélioration de la qualité peut signifier de nouvelles relations entre les fournisseurs ou une utilisation différente des ressources humaines et financières. Les dirigeants efficaces ne perdent pas de vue le tableau d'ensemble. En rassemblant les données probantes, ils renforcent sans relâche la nécessité de garder le cap. Ils ne renoncent pas non plus aux vives discussions inévitables.

Ce type de dirigeants n'apparaît pas du jour au lendemain. De telles personnes doivent être

cernées, perfectionnées et appuyées dans tout le système. Les fournisseurs et les administrateurs devraient avoir des possibilités de participer à un programme de leadership à l'échelle de la province qui les expose à différents secteurs des soins de santé. Les dirigeants devraient avoir accès aux pratiques de gestion éprouvées qui favorisent l'amélioration de la qualité ainsi qu'à des conseils sur la façon dont d'autres ont réussi à mettre en œuvre ces pratiques exemplaires. Ils devront en outre être récompensés pour leurs pensées et leurs actions transformatrices pour l'atteinte du quadruple objectif, en plus des améliorations progressives de la qualité

CRÉER DES STRUCTURES DE GOUVERNANCE POUR LES RÉSULTATS EN MATIÈRE DE QUALITÉ

Même si le leadership peut être et est perceptible à tous les échelons du système de santé, la gouvernance désigne les structures officielles qui définissent les objectifs et les cadres de responsabilisation du système au sein desquels les dirigeants travaillent. La gouvernance détermine le « quoi » – ce que le système accomplit maintenant et ce qu'il devrait devenir – alors que les dirigeants et les gestionnaires déterminent le « comment » – la manière dont le système atteindra ces objectifs. Les dirigeants n'ont pas nécessairement les leviers du pouvoir pour exiger les changements que les organismes de gouvernance possèdent.

Le système de santé de l'Ontario compte plusieurs échelons de gouvernance. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée fournit la trajectoire et la direction générales, en mettant l'accent sur la planification et l'orientation des ressources pour valoriser le système de santé. Les réseaux locaux d'intégration des services de santé financent les établissements de soins de santé de leurs régions et intègrent les services. Les organismes comme les centres universitaires des sciences de la santé et les hôpitaux communautaires fournissent aux patients l'accès rapide aux services de soins avancés aux patients, forment la prochaine génération de professionnels des soins de santé et mènent des recherches de pointe. Les fournisseurs de soins de longue durée, de soins à domicile et de soins communautaires mettent l'accent sur les besoins des populations particulièrement vulnérables.

Au-delà de ces échelons, le leadership et la gouvernance se fondent. Dans le domaine des soins primaires, certains fournisseurs sont organisés par l'entremise de contrats et d'autres selon des ententes de rémunération à l'acte. La production de rapports destinés au public est limitée à l'échelle provinciale. Les chefs cliniques sont regroupés sous les réseaux locaux d'intégration des services de santé ou les organismes comme Action Cancer Ontario ou Qualité des services de santé Ontario. Les ordres de réglementation des professionnels de la santé établissent les normes d'exercice des médecins et du personnel infirmier.

Cette carte de la gouvernance du système de santé ne donne pas un portrait global. En réalité, la gouvernance peut être à la fois un obstacle au changement et son catalyseur. Trop de gouvernance peut entraîner une multiplication des silos. Le financement distribué à divers organismes pour obtenir le même résultat est du gaspillage. Même s'il est possible d'avoir de nombreux échelons de la gouvernance, cette situation ne se traduit pas nécessairement par une plus grande responsabilisation.

La gouvernance peut aussi être considérée comme un catalyseur de la qualité des soins de santé. Grâce à des objectifs communs, les probabilités de chevauchement sont moindres, ce qui signifie une valeur accrue. Ils peuvent accélérer l'utilisation de données probantes et l'amélioration de la qualité et ainsi devenir un moyen par lequel les patients contribuent à façonner le système de santé.

Différentes formes de gouvernance partagée peuvent également contribuer à faire tomber les obstacles en permettant les partenariats. En fait, pour atteindre une transformation véritable, nous ne pouvons plus nous permettre de restreindre étroitement le cercle de partenaires potentiels. Les soins axés sur les patients sont des soins holistiques qui exigent le soutien des fournisseurs de services sociaux et des collectivités locales. De quelle manière les structures de gouvernance repensées à l'échelon de la collectivité peuvent-elles contribuer à réaliser ces nouveaux partenariats? Comment peuvent-ils assurer qu'une approche axée sur la santé de la population est adoptée, que les transitions des patients sont harmonieuses et que les fournisseurs sont engagés à l'égard de l'atteinte des normes et de l'amélioration continue des soins?



PRESTATION DE SOINS DE QUALITÉ : OBJECTIFS ET POINTS D'ACTION

La réussite ou l'échec de la prestation des soins de santé repose sur la façon dont l'harmonisation, la responsabilisation et le leadership sont exécutés dans l'atteinte du quadruple objectif, à savoir l'amélioration de la santé de la population, des services des soins de santé de grande valeur, ainsi qu'une meilleure expérience des patients et des fournisseurs. En gardant cela à l'esprit, les objectifs et les points d'action suivants ont été élaborés pour faire progresser :

- l'harmonisation efficace au cadre de travail La qualité ça compte pour réaliser le quadruple objectif;
- la responsabilisation transparente pour accroître la clarté et renforcer la confiance à l'égard du système pour les patients et les fournisseurs;
- la direction ferme quant à l'amélioration de la qualité des soins pour l'ensemble de la population de l'Ontario.

1. L'harmonisation à l'échelle du système avec le cadre de travail La qualité ça compte améliore la santé de la population, assure des soins de santé de grande valeur et enrichit l'expérience tant des patients que des fournisseurs.

- Les organismes de soins de santé adoptent le cadre de travail La qualité ça compte comme le fondement de la planification stratégique et des efforts de responsabilisation. Une meilleure prestation des services de soins de santé signifie une valeur accrue, de meilleurs résultats pour les patients et une meilleure expérience pour les patients et les fournisseurs.
- Les réseaux locaux d'intégration des services de santé assument un rôle de leadership afin de veiller à ce que tous les patients aient un accès opportun à des soins bien coordonnés.

- Qualité des services de santé Ontario mesure les progrès systémiques vers l'atteinte des objectifs du cadre de travail La qualité ça compte et fait rapport sur ces progrès.

2. Une indication claire des responsabilités de chacun dans la prestation des services de santé veille à ce que les patients profitent pleinement de soins de qualité supérieure, tels que les définit le cadre de travail La qualité ça compte.

- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée accorde une plus grande souplesse aux réseaux locaux d'intégration des services de santé pour ce qui est de l'attribution du financement visant l'amélioration de la prestation de services conformément au cadre La qualité ça compte et au quadruple objectif.
- Les bailleurs de fonds s'assurent que le cadre de travail La qualité ça compte est pris en compte dans le libellé de la totalité des contrats et des relations de financement, peu importe le mode de rémunération, y compris la rémunération des médecins.
- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, les réseaux locaux d'intégration des services de santé, d'autres organismes et les municipalités harmonisent les mesures actuelles et futures de la responsabilisation en fonction des mesures de rendement du système de santé qui tiennent compte du cadre de travail La qualité ça compte.
- Les conseils d'administration des organismes de soins de santé examinent les structures de rémunération des cadres pour s'assurer que l'accent est mis sur la récompense de la prestation de soins de qualité supérieure, tels que les définit le cadre de travail La qualité ça compte.
- Les bailleurs de fonds de systèmes d'information sur la santé exigent des organismes qu'ils utilisent les données dans ces systèmes pour faire progresser l'amélioration de la qualité.

3. Un leadership résolu est axé sur l'amélioration de la qualité des soins pour tous.

- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, les associations et les ordres professionnels, les organismes de soins de santé et leurs conseils d'administration s'assurent de la bonne compréhension de l'amélioration de la qualité comme élément essentiel du rôle de tous les fournisseurs de soins.
- Qualité des services de santé Ontario et ses partenaires produisent des normes pour les domaines prioritaires afin de soutenir les efforts constants d'amélioration de la qualité à l'échelon local.
- Les organismes de soins de santé mobilisent des organismes et d'autres entités afin de désigner et d'adopter de façon proactive des ressources et des mesures de soutien pour l'amélioration de la qualité en leur sein plutôt que de concevoir de nouveaux outils.

¹⁶ Pour obtenir de plus amples renseignements sur cette étude et d'autres idées d'amélioration, veuillez consulter le site Web de la Médaille ministérielle : http://www.health.gov.on.ca/fr/pro/programs/transformation/minister_medal.aspx

Comprendre les soins de santé de qualité



a réformatrice sociale anglaise Florence Nightingale est à juste titre saluée comme la fondatrice des soins infirmiers modernes, mais elle est moins bien connue pour son rôle important en tant que pionnière de la mesure de résultats en santé. Inspiré par son expérience aux premières lignes durant la guerre de Crimée en 1854-1855, M^{me} Nightingale a produit des rapports fondés sur les taux de mortalité qui associaient les normes de base des mesures d'hygiène à la réduction de la mortalité dans le cadre de soins aux soldats blessés. Il s'agissait d'une nouvelle méthode de collecte de données sur les soins de santé.

Quelque 70 années plus tard, Ernest Amory Codman, un chirurgien orthopédique du Massachusetts General Hospital, a été le premier à utiliser des « fiches de résultats finaux », essentiellement des fiches signalétiques qui permettaient de faire le suivi des données démographiques, des diagnostics, des traitements et des résultats des patients. Il existe un lien direct entre la vision de M. Codman et la démarche de gestion des résultats actuelle en matière d'amélioration de la qualité des soins de santé.

En outre, un peu plus d'un siècle après les rapports de Mme Nightingale sur la mortalité, Avedis Donabedian, un médecin arménien travaillant aux États-Unis, a élaboré un cadre de mesure axé sur les structures, les processus et les résultats, qui est devenu une pierre angulaire de la mesure de la qualité.

Ces repères historiques continuent de résonner. Ils nous rappellent qu'à la base, la mesure du système de santé concerne essentiellement les soins aux patients et que l'amélioration continue

repose sur les meilleures données probantes disponibles. Ils révèlent aussi combien de temps il a fallu pour que le lien entre la mesure et la qualité soit largement accepté et adopté.

Aujourd'hui, personne ne remet en question la valeur de la mesure et de la production de rapports ou la faisabilité de la mesure de la qualité des soins de santé. Les fournisseurs allouent une énorme quantité de ressources à la production de données. Le défi consistait à mieux mesurer la qualité d'une manière qui soit pertinente, utile et réalisable afin d'améliorer les soins prodigués aux patients.

**À la base,
la mesure du
système de santé
concerne essenti-
ellement les soins
aux patients.**

Certes, les méthodes de mesure sont devenues plus sophistiquées, bien qu'il existe encore des limites. Les mesures structurelles, telles que le nombre de lits d'hôpitaux ou le niveau de certification, peuvent indiquer ce qui est en place pour soutenir la prestation des soins, mais en disent très peu sur la qualité des soins. Les mesures des processus qui indiquent comment les soins sont prodigués peuvent être faciles à manipuler et le lien entre le traitement d'un patient et les résultats n'est pas toujours clair.

Les mesures des résultats, comme l'amélioration de la qualité de vie d'un patient après une intervention chirurgicale, exigent des efforts, peuvent porter sur des facteurs hors de la volonté d'un fournisseur de soins et ne reflètent pas encore l'ensemble du continuum de soins.

Un riche écosystème provincial de collecte de données a évolué de façon à soutenir le mouvement pour la mesure de la qualité. En Ontario, un vaste éventail d'institutions, telles que Qualité des services de santé Ontario, l'Institute for Clinical Evaluative Sciences, le Conseil de la qualité des soins oncologiques de l'Ontario et l'Université de Toronto produisent des données de grande valeur qui contribuent à améliorer de nombreuses dimensions de la qualité. Le rapport annuel *À la hauteur de Qualité* des services de santé Ontario fournit des mesures de plus en plus sophistiquées du rendement du système de santé pour toute la province. Un outil de connaissances en ligne élaboré par l'Institut canadien d'information sur la santé offre un accès à des données qui aident les utilisateurs à comparer les tendances dans l'ensemble des organismes. L'Indice de qualité du réseau de cancérologie intègre les mesures du rendement à l'échelle du système de l'Ontario et favorise la surveillance des objectifs en matière d'équité. Les registres pour les patients atteints du cancer, souffrant d'une maladie cardiaque, ayant subi un accident vasculaire cérébral et ayant subi une transplantation d'organe, ainsi que d'autres types de patients contiennent des données détaillées sur l'état de santé, les habitudes de traitement et les résultats et favorisent l'amélioration de la qualité.

POURQUOI MESURER? ET POUR QUI?

Bien que le mouvement pour la mesure ait évolué, il est toujours difficile de déterminer si la qualité du système de santé a suivi le rythme. Pour ce faire, il convient de poser deux questions fondamentales : À quelles fins mesurons-nous et présentons-nous des rapports? Et pour qui?

Pourquoi mesurons-nous et présentons-nous des rapports? Nous le faisons afin de tenir les personnes et les institutions responsables, de favoriser l'amélioration et de fournir des renseignements permettant de prendre des décisions éclairées. Cela crée toutefois inévitablement des tensions en

ce qui a trait aux mesures, au format des rapports, à la culture de l'utilisation des renseignements et à d'autres enjeux clés dans notre système.

Pour qui? Pour les patients, les fournisseurs de soins et les bailleurs de fonds.

Les patients et leurs familles veulent que des renseignements fiables contribuent aux choix des établissements et des fournisseurs de soins. Ils méritent une voix au chapitre pour ce qui est de la façon dont le système est mesuré et méritent de voir les données refléter leur expérience de soins, en fonction de paramètres de mesure qui ont un sens pour eux. Ils méritent également de savoir que le système fonctionne bien, qu'il fait des choix intelligents en ce qui concerne les fonds publics et qu'il sera là pour eux lorsqu'ils en auront besoin.

Les fournisseurs de soins doivent désigner d'importants domaines à améliorer dans leurs propres pratiques, comparer leur rendement à celui des autres, comprendre les risques liés aux soins et mieux faire valoir l'importance d'un investissement accru au besoin. Ils ont besoin de soutien pour interpréter les paramètres de l'amélioration de la qualité et surveiller le rendement.

Les bailleurs de fonds ont besoin de données pour orienter les ressources où elles sont les plus nécessaires, évaluer les besoins de santé des populations, récompenser et diffuser les pratiques exemplaires, ainsi que démontrer la valeur et l'équité aux contribuables. Ils ont de la difficulté à combler les lacunes concernant les domaines sur lesquels les organismes font rapport, particulièrement la collecte de données sur les transitions entre les soins.

Nous avons tous intérêt à élaborer un système efficace de mesure et de production de rapports qui entraîne des responsabilités façonnant les bons comportements, l'acquisition de connaissances visant à améliorer la prestation des soins et des renseignements qui favorisent la prise de décisions intelligentes.

Mesurer pour la responsabilisation

Comme nous l'avons mentionné ailleurs dans le présent rapport, la responsabilisation dans le domaine des soins de santé est souvent associée à une perception négative d'application des règles, mais, bien mise en place, elle peut également entraîner une plus grande clarté pour ce qui est des rôles, des responsabilités et des priorités, ainsi qu'une diminution du chevauchement des efforts. La responsabilisation est plus précieuse lorsqu'elle reflète les motivations intrinsèques des fournisseurs de soins de santé.

La responsabilisation intelligente repose sur des mesures normalisées et ajustées en fonction du risque qui permettent des comparaisons justes entre éléments comparables. Grâce à des mesures normalisées relatives au processus et aux résultats dérivées de pratiques exemplaires et de données scientifiques probantes, il est possible de cerner les variations dans l'exercice de la médecine à l'échelle de la province. Bien que cela semble simple, c'est difficile à réaliser. Dans les réseaux de fournisseurs, l'utilisation de multiples instruments de mesure qui posent des questions non uniformisées et s'appuient sur des indicateurs variant de façon subtile fait en sorte qu'il est difficile de produire des rapports qui présentent un portrait fidèle du fonctionnement de l'ensemble du système pour ce qui est de la prestation de soins de qualité supérieure aux patients.

Dans certains secteurs du système de santé, il n'y a tout simplement pas de mesures normal-

isées. Les mesures concernant la coordination des soins et les résultats dans tout le continuum de soins, y compris la gamme complète de fournisseurs de soins, sont prêtes à faire l'objet d'une plus grande normalisation et d'une responsabilisation mieux définie. En outre, les paramètres de mesure axés sur les patients doivent être améliorés et normalisés afin d'être utilisés dans la mesure du rendement et la production de rapports sur la responsabilisation. En règle générale, les mesures doivent aller au-delà des processus individuels que chaque fournisseur de soins peut changer et évaluer les résultats que les équipes et les organismes peuvent influencer.

Bien que des mesures normalisées soient essentielles, il est également vrai que la normalisation peut parfois nuire à la compréhension de la qualité du système de santé. Cela peut être le cas, par exemple, si les médecins de famille dans les régions rurales offrent un suivi des soins primaires dans les hôpitaux, un service qui peut ne pas être saisi dans la base de données sur la pratique normalisée de la médecine familiale ou si la mesure de l'accès des patients ne tient pas compte d'innovations telles que l'accès virtuel (p. ex., la télémédecine) aux soins pour les patients dans les collectivités éloignées.

Les mesures normalisées peuvent également façonner le comportement lorsqu'elles sont liées à des incitatifs ou à des pénalités, comme des points de repère ou des objectifs. On a bien souligné comment il est facile de manipuler certains processus, voire certaines mesures de résultats et comment les fournisseurs peuvent se concentrer sur l'atteinte d'objectifs précis dans leurs domaines de pratique au détriment d'objectifs plus généraux de l'amélioration du système de santé, des objectifs qui reflètent réellement l'amélioration de l'expérience des patients et de la gestion des soins. Les planificateurs et les dirigeants du système ont la tâche difficile d'assurer un équilibre constant entre les incitatifs et les responsabilités et de les ajuster afin qu'ils entraînent de meilleurs soins et une meilleure expérience plutôt que de renforcer la manipulation et le statu quo.

ÉVALUER EN AYANT LES POPULATIONS À L'ESPRIT

Le système de santé de l'Ontario évolue de plus en plus vers une démarche axée sur la santé de la population, en vertu de laquelle des soins intégrés sont prodigués aux personnes en fonction de leurs besoins (les patients ayant plusieurs maladies chroniques, par exemple) et tout le système est attentif à la promotion de la santé et aux plus vastes déterminants de la santé. La santé de la population est un pilier important de la démarche axée sur le quadruple objectif.

Comment la responsabilisation, en fonction des indicateurs de qualité, peut-elle être conçue pour assurer la responsabilité à l'égard de ce type de soins intégrés? Une étude récente de l'Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES) présente une méthode potentielle.

À partir de renseignements tirés d'une base de données administrative en santé, l'ICES a établi un lien entre une sélection de résidents de l'Ontario et leur médecin de soins primaires. Chaque médecin de soins primaires a été ensuite lié à l'hôpital où les patients ont été admis et aux médecins spécialistes qui ont fourni les soins. Ce faisant, l'ICES a été en mesure d'établir 78 « réseaux de médecins multispécialités », soit des réseaux non officiels partageant les soins prodigués à un ensemble commun de patients.

En se fondant sur ces travaux, l'ICES a publié en 2016 un livre de tableaux présentant les niveaux de rendement pour un éventail complet d'indicateurs de qualité pour l'ensemble des soins primaires et des soins spécialisés, des soins actifs en milieu hospitalier et des soins de longue durée, ainsi que des soins partagés et des transitions d'un établissement à un autre. Les indicateurs ont été tirés de plusieurs domaines de soins.

Comme le souligne l'ICES, ces réseaux sont idéalement adaptés pour examiner les mesures de soins de santé de qualité parce qu'ils comprennent tous les médecins qui contribuent à la majorité des soins des patients qui leur sont associés. Les réseaux sont assez petits pour rendre possible la détection des variations significatives sur le plan des indicateurs de qualité et des résultats. »

L'une des faiblesses de ce modèle de réseaux non officiels est qu'il n'inclut pas tous les fournisseurs responsables des soins aux patients ni toutes les données communautaires qui reflètent réellement les expériences des patients. Le portrait de certaines populations urbaines, comme les patients autochtones ou les personnes victimes de troubles de santé mentale, peut être incomplet parce que les données ne sont pas recueillies où les patients sont desservis. La saisie de ces renseignements est essentielle pour comprendre le rendement du système dans les domaines axés sur la qualité.

Mesurer et faire rapport afin de favoriser l'amélioration

Au fil de son évolution, la mesure a été perçue plus souvent comme un moyen d'assurer la conformité aux lignes directrices d'exercice qu'un outil d'amélioration. Les données probantes suggèrent toutefois qu'on ne doit pas sous-estimer la valeur de la mesure pour l'apprentissage. Des études réalisées aux États-Unis et ailleurs ont démontré que la production de rapports publics sur les processus et d'autres types de mesures peut entraîner des améliorations importantes de nombreux aspects des soins de santé de qualité.

Cependant, l'établissement d'un lien entre la mesure et l'apprentissage représente un défi pour l'Ontario et d'autres territoires de compétence. La voie allant des données brutes à la réalisation du quadruple objectif n'est pas entièrement claire; ce que l'on sait, c'est que les bonnes intentions ne suffisent pas.

Il serait utile d'appuyer les membres de la haute direction et les administrateurs ainsi que les cliniciens et le personnel de première ligne en mettant à leur disposition le temps et le perfectionnement des compétences leur permettant de mettre les données en contexte et de travailler avec elles. Il y a également de la place pour plus de recherche et d'élaboration de politiques empiriques quant à la manière dont on peut transformer la mesure et l'analyse du rendement en de meilleurs processus et résultats et en de meilleures politiques. Les nouvelles applications de visualisation de données peuvent-elles être intégrées aux outils d'amélioration de la qualité existants afin de donner vie à la mesure du rendement? Des rapports ciblés axés sur des groupes précis de fournisseurs plutôt que des rapports à format unique seraient-ils plus efficaces dans le but de mobiliser les personnes qui sont les mieux placées pour utiliser les données afin d'améliorer la qualité?

Nous observons déjà cela dans des programmes prometteurs de vérification et de rétroac-

Les patients et les personnes soignantes ont dû s'appuyer largement sur des anecdotes et du bouche-à-oreille comme sources de renseignements sur le système de santé, notamment sur les enjeux qui importent le plus pour eux.

tion. Dans le cadre de ces programmes, les fournisseurs de soins de santé reçoivent des rapports sur le rendement cible en fonction d'indicateurs de qualité afin qu'ils puissent comparer leurs résultats à ceux d'autres fournisseurs dans leur domaine ou leur région de pratique. En Ontario, Qualité des services de santé Ontario, Action Cancer Ontario et le Réseau canadien de surveillance sentinelle en soins primaires, entre autres, offrent des rapports pour les cabinets et les fournisseurs de soins, qui contribuent à cerner les écarts dans les soins, les résultats des soins cliniques et des interventions chirurgicales et d'autres modèles.

La production de ces rapports, remis aux fournisseurs qui les demandent, mais non rendus publics, nécessite beaucoup de travail. À l'heure actuelle, ils sont généralement produits trimestriellement ou annuellement. Un investissement visant à améliorer le caractère opportun de ces rapports susciterait vraisemblablement une plus grande participation.

Prendre la pleine mesure du système de santé de l'Ontario est une tâche titanesque, mais louable.

Au cours des prochaines années, des rapports se rapprochant du temps réel fondés sur les indicateurs de qualité devraient faire passer les efforts d'amélioration au niveau supérieur. Plus particulièrement, les applications mises au point sur des plateformes technologiques mobiles permettront aux patients de partager immédiatement des renseignements et des commentaires sur leur expérience en matière de soins de santé. Cela obligera les décideurs et les organismes du système de santé à faire du rattrapage et à élaborer des systèmes normalisés dans lesquels ces types de rapports sur les patients sont saisis, traités et partagés.

Mesurer pour informer

Les patients et les personnes soignantes ont dû s'appuyer largement sur des anecdotes et du bouche-à-oreille comme sources de renseignements sur le système de santé, notamment sur les enjeux qui importent le plus pour eux. Il est évident que les planificateurs et les fournisseurs de soins du système peuvent et doivent faire mieux dans ce domaine. En fait, on observe une activité importante dans le secteur de l'amélioration des mesures conviviales pour les patients.

Les mesures des résultats déclarées par les patients sont des questionnaires normalisés remplis par les patients afin de mesurer leur perception de leur bien-être physique et mental. Elles sont utiles pour mesurer l'efficacité des soins et la sécurité, deux dimensions importantes de la qualité. Les mesures de l'expérience déclarées par les patients ouvrent une perspective sur ce que les patients et leurs personnes soignantes pensent de leurs soins : ont-ils été traités avec dignité et ont-ils eu suffisamment l'occasion de participer à la prise de décisions au sujet de leurs propres soins? Ont-ils été vus en temps opportun? Quel était le niveau de propreté de la clinique?

Un modèle prometteur pour recueillir les données créées par les patients, mis au point en 2012 aux États-Unis par l'University of Utah Health Care (UUHC), consiste à sonder tous les patients sur leur expérience avec des médecins, des infirmiers et des infirmières et des membres du personnel, ainsi qu'à publier les résultats en ligne, y compris les commentaires non modifiés et la cote attribuée sur cinq étoiles. De 2009 à 2013, le pourcentage de médecins de l'UUHC figurant dans le top 10 d'une base de données nationale de classement par les patients est passé de 4 à 46 %. Le National Health Service en Angleterre a mis en place un critère lié aux amis et aux membres de la

famille (« Recommanderiez-vous ce fournisseur de soins? ») au niveau national. Bien que l'on en soit encore à évaluer l'efficacité globale de cet effort, cela démontre que des pays peuvent effectuer la transition vers la mesure et le partage de données déclarées par les patients.

Les données jouent certainement en faveur d'une plus grande utilisation des mesures déclarées par les patients reflétant des résultats qui comptent pour les patients, par exemple s'ils ont été ou non en mesure de retourner au travail après une intervention ainsi que les mesures qui reflètent l'expérience des patients. Les rapports sur ces mesures peuvent aider les patients à mieux comprendre la qualité des soins de santé locaux et ce qui les attend après un diagnostic ou un traitement. Ils peuvent également contribuer à orienter les décisions sur les soins prodigués par les fournisseurs en aidant à attribuer un temps à certaines interventions chirurgicales et, dans le cas du dépistage de symptômes par Action Cancer Ontario, en aidant à cerner les enjeux importants concernant le bien-être des patients.

La mesure permet également de faire ressortir les domaines de la prestation des soins de santé devant être améliorés qui ne suscitent actuellement pas assez d'attention. Nous avons besoin des renseignements sur la façon dont différentes populations (définies, par exemple, selon le sexe, l'ethnie, le niveau d'éducation ou le revenu) au sein de notre système de santé sont traitées afin de déterminer si elles sont traitées équitablement et si elles présentent des résultats équitables et, dans la négative, d'établir la façon de renverser ces iniquités.

Pour les planificateurs et les fournisseurs de soins du système, la question qui consiste à savoir comment mieux communiquer aux patients et aux familles les renseignements dont ils se soucient pour ce qui est de la qualité demeure. L'Institut canadien d'information sur la santé a créé des outils en ligne qui permettent aux visiteurs du site Web d'examiner et de comparer le rendement des fournisseurs de soins de santé à de multiples niveaux; ces outils pourraient avoir une plus grande incidence s'ils étaient plus largement diffusés. En plus de faire rapport sur les mesures de l'expérience des patients, les rapports publics de Qualité des services de santé Ontario intègrent couramment des récits de patients et de personnes soignantes afin de montrer ce que les résultats signifient pour les patients et leurs familles.

Il convient d'élaborer une plateforme Web permettant de présenter un rapport sommaire clairement organisé et stimulant comprenant des indicateurs clés reflétant le point de vue des patients et couvrant l'ensemble des six dimensions de la qualité. Ce rapport devrait se faire à l'échelon du fournisseur de santé local et offrir aux patients, aux personnes soignantes et aux fournisseurs de soins eux-mêmes les renseignements sur lesquels ils peuvent agir, ainsi qu'à l'échelon du système pour veiller à ce que les décideurs puissent observer le rendement global du système. En outre, l'harmonisation des efforts de responsabilisation concernant de tels tableaux de bord, comme l'a fait Action Cancer Ontario pour les soins aux personnes atteintes de cancer, pourrait aider à atténuer une partie du chaos relatif aux indicateurs qui distrait les fournisseurs de soins et qui désoriente les patients. La recherche sur les utilisateurs finaux, comme l'étude de marché réalisée par le secteur et les détaillants, offrirait une idée de la meilleure façon de présenter les renseignements afin qu'ils aient une incidence maximale.

Une démarche stratégique

Prendre la pleine mesure du système de santé de l'Ontario est une tâche titanesque, mais louable. En raison des nombreux éléments mobiles, il est facile de perdre la cible de vue ou de gaspiller de l'énergie. Dans une tentative d'harmoniser les mesures, l'amélioration de la qualité et les politiques, mais aussi d'exécuter le plan d'action Priorité aux patients, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée travaille maintenant de concert avec des partenaires, comme Qualité des services de santé Ontario, l'ICES, Action Cancer Ontario, les réseaux locaux d'intégration des services de santé, l'Institut canadien d'information sur la santé, Santé publique Ontario et le Réseau ontarien de soins cardiaques, à un programme provincial d'utilisation des données.

Mettre à profit les renseignements existants, créer de nouveaux ensembles de données et les relier et accroître la puissance d'analyse sont tous des éléments importants d'une stratégie de mesure exhaustive. Il faut aussi reconnaître la nécessité de s'attaquer à un certain nombre de lacunes dans notre compréhension du système de santé, en particulier :

- Les transitions de soins – De nombreux problèmes surviennent lorsque les patients sont transférés de l'hôpital à leur domicile ou du fournisseur de soins primaires à un spécialiste. Rendre ces transferts plus sûrs et efficaces pour les patients et confier les responsabilités appropriées nécessitent des données précises plutôt que des anecdotes.
- L'expérience des patients – Il existe un manque d'uniformité dans la façon dont les fournisseurs recueillent les données sur l'expérience et les résultats déclarés par les patients. La normalisation, la liaison des résultats déclarés par les patients et de l'expérience déclarée par les patients, ainsi que davantage de renseignements sur les perceptions des patients quant aux transitions de soins contribueraient à combler cette lacune.
- L'expérience du personnel – Les médecins et le personnel du secteur des soins de santé sont sujets à l'épuisement professionnel et à l'insatisfaction qui ont été associés à une diminution de la satisfaction des patients et des résultats sur la santé. *La Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* de l'Ontario exige que les fournisseurs de soins de santé effectuent des sondages auprès du personnel. Il est toutefois possible d'en faire beaucoup plus pour comprendre l'étendue de l'insatisfaction et ses répercussions.
- L'équité – Les mesures actuelles ne permettent pas d'évaluer les répercussions des facteurs socioéconomiques sur les résultats en matière de soins de santé. Pour ce faire, les planificateurs du système doivent adopter une démarche d'adaptation à l'usage au moyen de données pouvant être reliées et partagées au-delà de la santé mentale et physique, comme des éléments ou des ensembles de données relatifs au revenu, à l'ethnie, aux services sociaux, à la justice et à la situation en matière de logement. D'autre part, comment les considérations relatives à l'équité peuvent-elles se refléter dans les données repères de soins de santé?

En plus de s'attaquer à ces lacunes, une stratégie solide offrirait une orientation quant à la manière de rendre les mesures et la production de rapports aussi efficaces et pertinentes que possible. Trop

de mesures peuvent être coûteuses en temps et en ressources pour les fournisseurs et les organismes et peuvent générer tellement de « bruit » que les efforts d'amélioration deviennent confus. Il peut également y avoir des conséquences à l'obtention de mauvaises mesures : de fausses conclusions sont tirées et des enjeux en matière de sécurité sont omis.

L'atténuation de ces embûches potentielles pourrait comprendre un examen des mesures existantes afin de s'assurer qu'elles permettent encore de fournir des renseignements utiles et exploitables. Par ailleurs, des flux de production de rapports distincts ciblant mieux les besoins pour éclairer les patients et les personnes soignantes et aider les fournisseurs à continuellement améliorer leurs processus et leurs pratiques pourraient être nécessaires.

Enfin, une stratégie relative aux données envisagerait la question plus vaste de la transparence. Ouvrir les livres permet d'accomplir davantage que l'accroissement de la confiance à l'égard du système de santé et le soutien d'un meilleur processus décisionnel. Cela peut également être un moteur d'innovation. Plus particulièrement, le mouvement des « données ouvertes » qui demande la publication de données essentielles comme les mesures de rendement, les résultats des essais cliniques et les estimations sur la santé de la population, présentées pour être utilisées par quiconque, peut encourager de nouvelles approches et applications. Ce qui peut signifier une amélioration de la qualité des soins de santé pour tous.



COMPRENDRE LES SOINS DE SANTÉ DE QUALITÉ : OBJECTIFS ET POINTS D'ACTION

1. Les efforts de mesure soutiennent un engagement sans relâche à l'égard de l'amélioration.

- Qualité des services de santé Ontario veille à ce que les initiatives provinciales en matière de mesure soutiennent les organismes de soins de santé pour ce qui est de l'établissement d'objectifs d'amélioration de la qualité fondés sur le rendement et les besoins locaux.
- Qualité des services de santé Ontario évalue la mesure dans laquelle les effectifs en soins de santé sont formés et engagés à l'égard des activités d'amélioration de la qualité et fait rapport sur cette mesure.
- Les organismes de soins de santé s'assurent que les personnes qui travaillent au sein de leurs établissements sont capables de comprendre les données et de les utiliser aux fins d'amélioration.

2. Les mesures et la production de rapports stratégiques améliorent la transparence et promeuvent la qualité.

- Les organismes ayant des responsabilités liées à la collecte de données et la production de rapports travaillent de concert pour élaborer des critères afin d'évaluer la pertinence et l'importance des indicateurs, dans le but de veiller à ce que l'objectif de la collecte de chaque mesure soit clair.

- Qualité des services de santé Ontario invite ses partenaires à élaborer une méthode d'utilisation des données afin de relever et de surveiller les nouveaux problèmes du système de santé aux fins d'inclusion future dans le programme commun d'amélioration de la qualité.
- Les organismes qui conservent et partagent des données s'assurent que les fournisseurs ont accès à l'information nécessaire pour évaluer la qualité des soins, concevoir des projets d'amélioration et soutenir la mobilisation des patients.
- Les bailleurs de fonds des systèmes d'information sur la santé exigent que ces systèmes travaillent ensemble dans l'ensemble de l'organisme en vue de faire progresser la prestation efficace de soins de santé de qualité supérieure fondés sur des données probantes aux personnes et aux collectivités.

3. Les indicateurs qui reflètent la responsabilité commune des soins sont largement utilisés dans l'ensemble du système de santé.

- Qualité des services de santé Ontario, en collaboration avec ses partenaires, établit des normes et des indicateurs pour les soins, qui reflètent le continuum de soins complet d'un patient plutôt qu'une série de rencontres avec des fournisseurs particuliers.
- Les bailleurs de fonds incluent les indicateurs de soins efficaces aux patients et de transitions dans les ententes de responsabilisation.
- Les organismes de soins de santé incluent des mesures normalisées de soins intégrés aux patients dans leurs plans d'amélioration de la qualité.

4. L'équité est centrale à chaque exercice de mesure de la qualité et de production de rapport.

- Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée soutient la collecte de données visant à permettre la mesure courante et l'analyse des facteurs liés à l'équité (p. ex., l'ethnicité, la langue, le revenu), ainsi que la production de rapport en la matière.
- Les bailleurs de fonds exigent des bénéficiaires qu'ils entreprennent des évaluations de l'impact sur l'équité en matière de santé pour les projets et les stratégies organisationnelles d'importance.
- Les réseaux locaux d'intégration des services de santé évaluent et soutiennent la capacité des fournisseurs à aiguiller les patients de manière appropriée vers les services qui s'attaquent aux déterminants sociaux de la santé.
- Les organismes de soins de santé favorisent une collecte en temps opportun des mesures de l'expérience au point d'intervention, signalées par les patients dans la langue de choix des patients.
- Qualité des services de santé Ontario et d'autres personnes veillent à ce que la mesure du rendement du système de santé et la production de rapports reflètent le rendement global et le rendement au sein des différentes populations de la province.

5. Les paramètres de mesure de la qualité qui ont un sens pour les patients sont constamment recueillis et largement partagés.

- Les organismes de soins de santé mesurent l'expérience du personnel d'une manière normalisée et font rapport des résultats aux échelons provincial et local afin d'aider à améliorer les expériences des patients et des fournisseurs en matière de soins.
- Tous les fournisseurs de soins de santé recueillent des données sur l'expérience et les résultats déclarés par les patients, de manière opportune et normalisée, et s'assurent que l'information est utilisée pour améliorer les soins et l'expérience des patients.
- Les fournisseurs de soins de santé examinent l'utilisation des médias sociaux ainsi que d'autres outils innovants afin de recueillir des données sur l'expérience fournies par les patients aux points d'intervention.
- Les organismes de soins de santé qui produisent des rapports publics sur le rendement du système de santé mobilisent régulièrement les patients et le public pour s'assurer que leurs rapports sont significatifs pour ce public.



Favoriser une culture de la qualité

Les initiatives d'amélioration de la qualité bien intentionnées atteignent rarement leur objectif quand elles sont en conflit avec les attitudes et les habitudes – la culture – des gens qui doivent les mener à bien. Cette constatation a été démontrée dans d'innombrables secteurs et elle est certainement vraie dans le secteur des soins de santé.

Que signifie une « culture de la qualité » pour un système de santé? Répondre à cette question en apparence toute simple dépend du contexte. Une culture de la qualité peut signifier une culture de sécurité, dans le cadre de laquelle les fournisseurs et les organismes travaillent afin d'assurer qu'aucun préjudice n'est causé. Une culture de service respecte les intérêts, les préférences et la dignité du patient. Une culture équitable offre aux gens un espace libre et sécuritaire pour s'exprimer. Une culture innovante insiste sur l'apprentissage et l'amélioration continus.

Tous ces points de vue définissent une « culture de la qualité ». Ils sont tous associés aux opinions et aux modèles de comportement qui peuvent varier entre les établissements et les services. Chaque « façon de faire les choses » des groupes est façonnée par des attitudes bien ancrées acquises par l'éducation et les affiliations professionnelles. Une culture systémique ou organisationnelle est ni plus ni moins les attitudes et les hypothèses inconscientes partagées sur le travail d'équipe ou sur le fait de faire cavalier seul; s'exprimer ou nourrir le ressentiment; travail vers les priorités du système ou des objectifs professionnels plus étroits.

Dans les organismes de soins de santé, la culture ressemble à une matriochka : soulevez la partie supérieure et vous trouverez des sous-cultures imbriquées à l'intérieur. Par exemple, au sein d'un hôpital ou d'un foyer de soins de longue durée typique, il pourrait y avoir des groupes qui

fonctionnent comme des clans ou des guildes quasi indépendants et qui valorisent les traditions et inspirent la loyauté implacable. Il peut y avoir des unités organisées de manière hiérarchique qui dépendent d'attentes claires, de la normalisation et du respect de l'autorité. Ou encore des membres du personnel qui accueillent la diversité, la créativité et la prise de risques.

Une culture homogène qui focalise ces multiples groupes sur une vision et des objectifs communs et qui peut s'adapter à l'évolution des contextes est souvent difficile à favoriser. C'est particulièrement vrai au sein des structures de gestion et de responsabilisation hiérarchiques des établissements de soins de santé. Les dirigeants du secteur des soins de santé peuvent se demander : « Comment rassembler ces différentes perceptions ou façons de travailler? » Comment saisir les occasions d'acquérir des connaissances des îlots d'excellence et d'accroître nos efforts pour établir une culture de la qualité durable?

PRINCIPES ET MOTEURS D'UNE CULTURE AXÉE SUR LA QUALITÉ

Bien qu'essayer de développer une culture axée sur la qualité dans le système de santé recèle des défis indéniables, les succès d'autres systèmes de santé et les années de recherches suggèrent une voie à suivre pour l'Ontario. Cela commence par l'adoption d'un ensemble de principes pour favoriser la capacité au niveau du système pour les cultures de la qualité. Il faut également assurer que ces principes soutiennent les organismes, les fournisseurs et les patients individuels par l'intermédiaire de programmes de formation, du réseautage, de transferts de connaissances et de suivis rigoureux du rendement de la qualité.

Dans le cadre de nos réflexions, nous avons déterminé une culture de la qualité comme une culture qui :

- utilise les expériences des patients et ce qu'ils estiment être des facteurs déterminants;
- s'harmonise autour d'une vision claire dans l'ensemble d'un organisme;
- met en pratique la transparence et l'ouverture;
- habilite le personnel à tous les échelons;
- choisit les dirigeants selon des caractéristiques qui dépassent les titres professionnels;
- soutient et permet la participation et la satisfaction au travail chez les travailleurs de la santé;
- fait la promotion du travail d'équipe ou collectif mettant l'accent sur l'amélioration continue et la responsabilisation mutuelle pour défendre la qualité et la sécurité;
- façonne une vision selon laquelle chacun fait une contribution de qualité au sein de la communauté des soins de santé.

La culture fait partie intégrante de la qualité d'un organisme ou du système de santé, mais, compte tenu de sa nature organique, elle ne peut être créée par un décret. Ce qui est bien plus réaliste est d'avancer et de se pencher sur ce qui favorise les comportements qui émergent des cultures de soins de santé. Cela peut sembler être une tâche considérable; surpasser l'inévitable cynisme nécessite de se concentrer sur les mesures concrètes qui engendrent une culture améliorée.

Qu'est-ce qui favorise une culture de la qualité du système de santé décrite ci-dessus? Dans

leur rapport intitulé *Creating a High Performing Healthcare System for Ontario*, Ross Baker et Renata Axler, de l'Institute of Health Policy, Management and Evaluation, ont cerné un certain nombre de caractéristiques principales des systèmes de santé à rendement élevé. Quatre d'entre elles se rapportent à la promotion d'une culture de la qualité :

- Le perfectionnement des compétences en leadership
- L'investissement dans la capacité à soutenir l'amélioration
- La promotion des cultures professionnelles et la participation des cliniciens
- La mobilisation des patients, des personnes soignantes et des membres du public

Ce ne sont pas les seuls moteurs favorisant une culture de la qualité. Cependant, ensemble ils offrent un moyen puissant d'attirer l'attention de tout le monde au sein des soins de santé sur la manière de bâtir un niveau supérieur d'aptitude à la culture dans le système de l'Ontario.

PERFECTIONNER LES COMPÉTENCES EN LEADERSHIP

Le changement culturel n'est jamais facile. Les dirigeants du système de santé bien intentionnés qui veulent faire changer les choses font trop souvent face à des forces contraires dans leurs milieux..

- Des professionnels de soins de santé qui veulent stimuler la qualité en comparant leurs pratiques à celles de pairs font face à un système fragmenté.
- Les dirigeants d'hôpitaux qui souhaitent rassembler les gens sous une vision commune doivent lutter contre des cultures concurrentes.
- Les dirigeants de soins de longue durée qui veulent réduire les préjudices aux pensionnaires causés par des chutes ou des antipsychotiques, ont besoin d'aide pour construire des systèmes très fiables dans des milieux aux ressources limitées.
- Les dirigeants du système de santé qui veulent s'engager envers l'innovation sont récompensés pour le maintien de la stabilité plutôt que pour l'établissement d'objectifs difficiles à atteindre.

Pourtant, il est impossible d'imaginer comment une culture de la qualité peut s'enraciner sans un cadre de direction efficace et récompensé pour l'accroissement du sentiment de possibilités offertes. Les dirigeants peuvent avoir une incidence considérable en contribuant à créer les conditions d'une culture d'amélioration continue des soins aux patients et du travail collaboratif dépassant les limites professionnelles et organisationnelles.

ÉTUDE DE CAS DE LA QUALITÉ

Qu'est-ce que le leadership collectif?

« Le leadership collective signifie que chacun assume la responsabilité de la réussite de l'organisme dans son ensemble et non seulement de son propre emploi ou domaine de travail. Cela contraste avec les démarches traditionnelles en matière de leadership qui sont axées sur le renforcement de la capacité individuelle, mais qui négligent la nécessité de renforcer la capacité collective ou d'intégrer la formation de dirigeants dans le contexte de l'organisme où ils travaillent. »
– Le King's Fund, groupe de réflexion du Royaume-Uni

Un leadership axé sur la qualité qui commence par le conseil d'administration et la direction se répercute dans tous les secteurs des organismes, encourageant et intégrant le leadership à tous les échelons. Le King's Fund au Royaume-Uni désigne ce leadership comme le « leadership collectif », dans lequel chacun assume la responsabilité de la réussite de l'organisme et du système de santé, et non seulement de son secteur.

La culture est à la fois incroyablement dynamique et difficile à changer de la périphérie. Les dirigeants qui sont des créateurs du changement culturel savent comment utiliser les leviers et les compétences personnelles pour améliorer la qualité des soins. Ils aident les communautés de soins de santé à comprendre les facteurs externes qui peuvent à long terme compromettre leur détermination à l'égard du changement culturel. Ils harmonisent leurs organismes à une vision à l'aide d'un grand talent pour la persuasion et d'un raisonnement souple. Ils définissent des attentes claires fondées sur des normes transparentes de rendement et non sur les normes éthiques de chaque profession, mais bien les normes d'un système qui a des millions de clients. Les dirigeants acteurs du changement sont encouragés à poser ces questions : « Si ce sont nos normes de rendement, que puis-je faire pour vous permettre de les atteindre? »

Se fier à un chef héroïque et isolé n'est pas la réponse. Il est bien mieux pour les fournisseurs de soins de santé de poursuivre une stratégie de développement du leadership qui possède les ressources nécessaires et qui cible les dirigeants potentiels à divers échelons. Une telle stratégie ne cible pas uniquement les personnes; elle inclut diverses façons de développer le leadership collectif en englobant les cliniciens, le personnel de première ligne et de plus en plus les patients, qui sont axés sur des objectifs collectifs.

INVESTIR DANS LA CAPACITÉ À SOUTENIR L'AMÉLIORATION

Pour les organismes de soins de santé à rendement élevé, l'amélioration de la qualité n'est pas le fruit du hasard. Ils ne s'attendent pas à ce que leurs dirigeants accomplissent la majeure partie du travail seuls, ni ne voient l'amélioration de la qualité comme une activité facultative. Ils adoptent plutôt une démarche systématique de renforcement des compétences et de la capacité en matière d'amélioration continue dans tous les domaines. Ils savent qu'un tel investissement portera ses fruits en intensifiant véritablement les activités d'amélioration de la qualité en cours.

Le renforcement des capacités prend de nombreuses formes. Il peut s'agir d'investissements visant à donner aux professionnels de la santé, y compris les médecins, le personnel infirmier et les équipes, les connaissances leur permettant de planifier et de mettre en œuvre des initiatives d'amélioration de la qualité. Il peut comprendre l'intensification des efforts pour donner aux cliniciens des données locales sur le rendement et pour les aider à comprendre comment en tirer parti pour réellement améliorer leurs pratiques (ce point est abordé ailleurs dans le présent rapport). Il peut comprendre une élaboration plus vaste d'instruments visant à mesurer une culture organisationnelle et à effectuer un suivi des améliorations et des domaines nécessitant une attention particulière. Il peut également cibler la prochaine génération en renforçant le programme d'amélioration de la qualité pour les cliniciens en formation. Soulignons le thème commun : l'éducation.

Certaines de ces mesures de soutien existent déjà en Ontario. Le Programme IDÉES (Programme pour l'excellence à travers tous les secteurs) est une initiative à l'échelle de la province qui

offre deux programmes d'apprentissage d'amélioration de la qualité accrédités, des ressources en ligne et un programme dynamique à l'intention des diplômés visant à créer et à soutenir une culture et une communauté énergiques en matière d'amélioration de la qualité. La Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé offre le programme de formation pour cadres FORCES et les projets collaboratifs d'amélioration. Le programme d'études en ligne de Qualité des services de santé Ontario intitulé Accès ouvert et efficacité des soins primaires enseigne aux équipes de soins primaires comment mettre en œuvre des soins fondés sur des données probantes et améliorer l'accès aux soins et les expériences des patients. De plus, il existe d'excellents forums visant à promouvoir la capacité à l'échelle systémique, comme la conférence annuelle Transformation Qualité de la santé et Health Achieve.

Ces initiatives fournissent une base qui mérite d'être utilisée. L'élaboration de plus d'infrastructures éducatives et de données n'est cependant pas le seul défi en matière de capacité. La sensibilisation – mobiliser davantage de personnes qui profiteront le plus de ces ressources – doit aussi figurer à l'ordre du jour. Les rapports sur les pratiques de soins primaires constituent une illustration parfaite. Ces rapports offrent aux médecins de famille, aux centres de santé communautaire et aux équipes de santé familiale l'accès à l'information sur leur pratique, ainsi que des données comparatives régionales et provinciales. Ils sont conçus non seulement pour fournir des renseignements et un contexte, mais également pour partager des idées de changement qui stimulent l'amélioration de la qualité. Malheureusement, à ce jour, relativement peu de médecins et de cabinets se sont inscrits à ces rapports. La faible adoption est conforme à la recherche qui a démontré que les médecins sont mal préparés et souvent réticents à mettre en œuvre des initiatives d'amélioration de la qualité. C'est notamment le cas des médecins individuels ou des petits cabinets où l'infrastructure requise pour participer pleinement à l'amélioration de la qualité est limitée.

Les hôpitaux et les foyers de soins de longue durée peuvent également renforcer leur engagement à l'égard de la création d'un milieu d'apprentissage où les membres de l'équipe utilisent les données qu'ils produisent pour hiérarchiser, concevoir et évaluer les efforts d'amélioration (autrement dit, un système de santé qui apprend). Par exemple, un programme de chirurgie cardiaque de l'Hospital for Sick Children effectue un examen de chaque intervention avec tous les membres du personnel qui y ont participé et, par conséquent, tout le monde participe à l'apprentissage.

Les préoccupations et les plaintes des patients et du personnel offrent une autre riche source de renseignements sur les endroits où les activités et les services sont en deçà des attentes. Toutefois, selon un sondage de Qualité des services de santé Ontario, 54 pour cent des hôpitaux n'ont pas d'équipe consacrée aux plaintes et moins de la moitié des hôpitaux font le suivi du nombre de plaintes par raison sous-jacente. La moitié des foyers de soins de longue durée interrogés ont déclaré qu'ils pourraient s'améliorer en ce qui a trait à la collecte des données sur les plaintes et à l'utilisation de la rétroaction pour améliorer la qualité du service.

Ces résultats suggèrent que le renforcement de la capacité en matière d'amélioration de la qualité est une question d'offre et de demande : il faut non seulement davantage de données à se mettre sous la dent, mais aussi stimuler l'appétit pour s'améliorer continuellement. Ce genre de travail sur l'ADN culturel du système de santé est un projet intensif qui doit se dérouler sur le terrain. La reconnaissance du caractère avant-gardiste des personnes, des pratiques et des établissements

Les initiatives d'amélioration de la qualité bien intentionnées atteignent rarement leur objectif quand elles sont en conflit avec les attitudes et les habitudes – la culture – des gens qui doivent les mener à bien.

et l'encouragement des organismes qui réussissent à propager leurs idées encourageront d'autres intervenants à ouvrir leurs propres pistes.

AMÉLIORER LES CULTURES PROFESSIONNELLES ET FAIRE PARTICIPER LES CLINIENS

Imaginez une Ligue nationale de hockey dans un univers parallèle. Les équipes de hockey comprennent des joueurs professionnels, tous de fiers surperformants dédiés à leurs rôles et à leurs réputations de compteurs aux mains sûres, de couvreurs tenaces ou de défenseurs fiables. Lorsqu'on leur demande à qui ils s'identifient le plus, ils ne mentionnent pas la ligue, l'équipe ou la ville où ils jouent, mais tous leurs coéquipiers compteurs aux mains sûres, couvreurs tenaces ou défenseurs fiables.

Le rôle croissant des patients et des personnes soignantes constitue peut-être le plus important élément perturbateur de la culture des organismes de prestation des soins de santé depuis des décennies.

Dans notre système de santé, les joueurs importants peuvent souvent avoir des affinités semblables. De nombreux cliniciens s'identifient d'abord à leurs consœurs et confrères avec lesquels ils partagent une formation et des conceptions culturelles plutôt qu'aux programmes ou aux organismes de soins de santé au sein desquels ils mènent leurs activités. Étant donné la manière dont le système de santé est organisé et dont des professionnels sont réglementés, ils peuvent même se sentir comme des étrangers dans le système. Les médecins qui travaillent brièvement dans un hôpital pour offrir un service et qui partent par la suite en sont un exemple. Le système, pour la majeure partie, est organisé pour accommoder les personnes qui travaillent à titre personnel plutôt qu'en tant que membres d'équipes.

Les affinités professionnelles ne posent pas de problème. En effet, elles expliquent pourquoi les cliniciens sont si engagés à l'égard de leur travail et poursuivent dans un environnement si difficile. Toutefois, elles peuvent rendre le travail qui consiste à bâtir une culture générale de la qualité axée sur le patient plus difficile pour les organismes et l'ensemble du système. Le système valorise traditionnellement une « culture » de médecins indépendants plutôt qu'un engagement intégré à l'égard de la pratique professionnelle. Par conséquent, le travail visant à assurer la conformité et l'engagement des médecins à l'égard des objectifs des organismes repose sur chaque clinicien, souvent sans soutien organisationnel réel. En outre, les organismes de prestation des soins de santé ont souvent de la difficulté à appuyer, à favoriser et à encourager la participation des cliniciens dans des projets d'amélioration de la qualité ou des postes de direction. Les raisons sont variées : manque de temps, aisance avec les procédures ou les processus existants ou perceptions que les rôles de direction au sein du système entrent en conflit avec les valeurs professionnelles fondamentales.

L'amélioration des cultures professionnelles ne consiste pas à renforcer le cloisonnement existant ni à faire en sorte qu'il soit plus facile pour les professionnels des soins de santé de résister aux besoins du système de santé.

Elle consiste en ce qui suit :

- s'appuyer sur des affiliations existantes et créer un lien plus solide entre les rôles professionnels, ainsi que les objectifs organisationnels et ceux du système de santé liés à la

- qualité et au rendement;
- favoriser une culture de service parmi les professionnels et dans leurs cabinets afin que les patients soient traités avec courtoisie, empathie et compassion;
- améliorer la culture du « juste » en vertu de laquelle les personnes peuvent mettre au défi leurs organismes et les dirigeants du système et la responsabilité n'est pas fondée sur la honte et le blâme, mais perçue comme une possibilité d'aider le patient et de corriger un système défectueux;
- trouver l'équilibre entre l'habilitation et la responsabilisation, de sorte que les professionnels et les membres du personnel ressentent du bonheur en offrant des services aux patients et que les praticiens ne soient pas dissuadés d'innover;
- cerner des moyens pour mettre en place plus d'équipes interprofessionnelles, surtout axées sur les populations de patients.

Comment pouvons-nous faire le pont entre ces cultures? Une façon consiste à faire en sorte que les cliniciens établissent des partenariats avec les responsables de l'amélioration de la qualité et à trouver un objectif commun dans l'amélioration des résultats pour les patients et la simplification des activités. Cela signifie d'assurer une transparence complète et des communications d'intégration afin que les cliniciens soient au courant des attentes lorsqu'ils commencent à travailler au sein d'un organisme de prestation de soins de santé. Les efforts de mobilisation devraient également s'étendre aux associations professionnelles.

Les responsables de l'amélioration de la qualité augmenteraient certainement leurs chances de réussite en faisant ce qu'il faut pour inciter les cliniciens à essayer. Ces responsables pourraient aussi profiter de leurs interactions avec les cliniciens afin d'élargir les discussions et d'analyser les enjeux systémiques à l'origine des événements indésirables.

Nous avons fait des progrès pour ce qui est d'encourager et d'appuyer les médecins afin qu'ils assument leurs rôles de leadership au sein d'organismes administratifs ainsi que dans des postes de direction et des équipes interprofessionnelles qui leur offrent une vue d'ensemble. Le référentiel CanMEDS élaboré par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada reflète l'importance du leadership dans l'ensemble de compétences dont les médecins ont besoin. Les possibilités de perfectionnement du leadership, la

ÉTUDE DE CAS DE LA QUALITÉ

Share Care Council

Le Share Care Council du Centre d'accès aux soins communautaires de Mississauga Halton vise à s'assurer que les patients et les familles ont une occasion directe de façonner l'élaboration de programmes et de services. Jusqu'à maintenant, le conseil, composé de 15 membres, a travaillé avec des équipes d'amélioration afin d'améliorer les soins et a élaboré plusieurs produits, y compris un projet de loi pour les patients et les personnes soignantes et des fiches de renseignements pour aider les patients à obtenir plus de valeur avant et après une consultation avec un médecin de famille. Ainsi, le conseil a fourni des conseils importants afin de contribuer à façonner l'initiative appelée Seamless Transition: Hospital to Home. Cette initiative, dirigée par le CASC de Mississauga Halton et les Trillium Health Partners à Mississauga, a mis à l'essai une méthode pour améliorer les transitions entre les hôpitaux et le domicile, y compris une équipe de soins mobile et intégrée, une planification précoce de la transition, une coordination des soins améliorée, des appels téléphoniques ou des visites après l'obtention du congé et une circulation de renseignements opportune et précise entre les membres de l'équipe. « Les soins axés sur le patient sont un idéal qui devrait être placé à l'avant-plan, dit Pamela Read, membre du Share Care Council. Malheureusement ils ne le sont pas, mais nous misons sur un groupe de personnes qui ont vécu tous les aspects de ces soins axés sur le patient. »

formation interprofessionnelle et la rémunération pour le temps consacré à des postes de leadership ont chacun un rôle à jouer dans cette stratégie.

Bon nombre de ces nouvelles possibilités et attentes peuvent être officialisées en vertu de conventions avec les médecins, utilisées par un certain nombre d'hôpitaux américains. Les conventions sont créées par les médecins en collaboration avec les hôpitaux ou d'autres organismes de pratique.

Elles tracent les grandes lignes des engagements des médecins quant à la gestion de leurs cabinets et à leur fonctionnement au sein des organismes et précisent les engagements des hôpitaux à l'égard des médecins. En définissant clairement ce que sont un comportement acceptable et les responsabilités, ces documents offrent la possibilité de repenser la relation entre le fournisseur et l'organisme et soulignent l'importance de l'amélioration de la qualité, en comptant sur les médecins comme partenaires.

Les conseils d'administration ont également un rôle à jouer. Ils peuvent mettre en place un modèle de gouvernance clinique applicable à la qualité au sein de leurs organismes, qui énonce clairement qui est responsable de la qualité et qui appuie l'amélioration locale au moyen des ressources pertinentes. Cela exige une culture menée par conseil d'administration au moyen du chef de direction et des chefs des services professionnels.

ÉTUDE DE CAS DE LA QUALITÉ

Ressources consacrées à la participation des patients

Qualité des services de santé Ontario offre un guichet unique pour les ressources consacrées à la participation des patients. À partir du site Web de Qualité des services de santé Ontario, les patients, les familles et les personnes soignantes peuvent savoir comment participer au système de santé de l'Ontario à titre de conseillers ou de membres du conseil des familles dans le secteur des soins de longue durée, ainsi que télécharger des modèles de cadres de référence et des histoires personnelles sur la santé. Les fournisseurs de soins de santé peuvent se renseigner sur les cadres et les exemples de participation des patients réussie, la manière de mesurer la participation et d'évaluer la convivialité des hôpitaux pour les familles, ainsi que les modèles et les guides de conversation en matière d'accès. Consultez : <http://www.hqontario.ca/Participation-des-patients>

FAIRE PARTICIPER LES PATIENTS, LES PERSONNES SOIGNANTES ET LE PUBLIC

Le rôle croissant des patients et des personnes soignantes constitue peut-être le plus important élément perturbateur de la culture des organismes de prestation des soins de santé depuis des décennies.

L'idée voulant que la voix et l'intérêt des patients soient au centre de l'amélioration de la qualité est à la fois parfaitement logique et radicale. Logique parce que les services aux patients et l'amélioration de leurs résultats sont le début et la fin des soins de santé. Radicale, car jusqu'à récemment, l'hypothèse était que chaque patient n'avait pas beaucoup à dire ou à offrir concernant les soins de santé, sauf se présenter pour ce qui se révélait souvent comme de longues attentes de rendez-vous et de suivis relatifs au plan de soins.

Ce n'est plus le cas. Tout particulièrement parmi les décideurs du système, on accorde une place centrale au point de vue des patients, à mesure que de nouvelles formes de participation sont mises au

point. Pour les organismes de prestation de soins de santé, toutefois, la participation des patients est plus difficile à mettre en œuvre. Il y a différentes préférences en matière de communication, de l'incertitude parmi les cliniciens et le personnel quant à la meilleure façon de procéder et des processus structurants afin de soutenir une telle participation. La nature épisodique de la participation des patients au sein du système de santé constitue un autre défi.

Sans un engagement des membres de la haute direction à l'égard des soins centrés sur les patients et d'une conception conjointe avec les patients, cela ne se produira pas. En outre, sans nouvelle conception des structures de gouvernance visant à donner aux patients une place à la table de discussion, les points de vue des patients ne seront pas clairement entendus au cours de la conception des programmes et des stratégies. À ce jour, seulement 45 pour cent des hôpitaux de l'Ontario et 39 pour cent des centres d'accès aux soins communautaires s'assurent que les patients contribuent à leurs plans d'amélioration de la qualité. Le pourcentage est beaucoup plus faible dans le domaine des soins primaires.

Il est évident qu'il faille effectuer un changement culturel avant de faire participer les patients et les personnes soignantes de façon significative. Par contre, une fois que l'on permet aux patients d'assumer un rôle, la culture des organismes est inévitablement modifiée pour le mieux. « Le défi que présente le travail contre la chaîne d'autorité existe toujours, explique un dirigeant expérimenté en soins de santé, mais la conversation change lorsqu'il y a un patient dans la salle. Les patients ne s'intéressent pas aux diplômes; ils s'intéressent au type de soins qu'ils reçoivent. »

Le Conseil consultatif des patients et des familles et les conseillers pour les patients et les familles du Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay, par exemple, jouent un rôle important dans la définition de la culture de l'organisme et sa prestation de services. Les conseillers pour les patients et les familles sont actifs au sein du groupe de travail sur la qualité du conseil d'administration du conseil de la haute direction, offrant leur avis sur la planification stratégique, l'embauche de cadres et les dépenses, l'élaboration des politiques et la pratique clinique. « Les soins axés sur les patients et les familles n'arrivent pas d'eux-mêmes », explique la Dre Rhonda Crocker Ellacott, vice-présidente directrice des services aux patients et chef de direction des soins infirmiers. « L'idée est de fournir un effort intentionnel pour entreprendre un cheminement avec une appréciation plus riche de la signification du travail en partenariat avec les patients et les familles. Cela change la manière dont on fait des affaires afin de façonner une meilleure organisation. Cela transforme la culture et les soins. »

Il existe des mesures permettant aux dirigeants du système et des organismes d'accroître la participation des patients à plusieurs points de service. À l'échelon des soins, on peut demander aux patients leurs préférences quant aux plans de traitement et une rétroaction immédiate sur leurs expériences en matière de soins reçus à l'aide d'applications. Sur le plan de la gouvernance, les patients peuvent codiriger des comités d'amélioration de la qualité. Sur le plan des politiques, la sensibilisation des patients et des personnes soignantes à l'égard de problèmes tels que la responsabilisation, la mesure et la santé de la population serait habilitante et enrichirait leurs contributions.

Bien qu'il existe un ensemble croissant de connaissances sur la meilleure façon de faire participer les patients et les personnes soignantes, tous les efforts sont axés sur les organismes ou les cabinets individuels. La réalité, cependant, c'est que bon nombre de patients interagissent avec de multiples fournisseurs de soins au cours d'un cheminement typique au sein du système de santé. Dans ce cas, la notion de culture organisationnelle présente un énorme défi pour ce qui est de la mise en place d'une culture de la qualité à l'échelle du système. Étant donné la primauté des soins axés sur le patient, un expert demande : « Comment pouvons-nous gérer les transitions entre les cultures? »

Sans un engagement des membres de la haute direction à l'égard des soins centrés sur les patients et d'une conception conjointe avec les patients, cela ne se produira pas.

LA CONFIANCE EST LE LIEN

Si le développement du leadership, le renforcement des capacités, l'amélioration des cultures professionnelles et la participation des patients constituent des facteurs clés pour favoriser une culture de la qualité, la confiance est quant à elle le lien qui solidifie une culture axée d'abord sur la qualité.

Alors que le monde glisse sous les pieds du système de santé, la confiance, interpersonnelle et institutionnelle, acquiert un sens nouveau. Autrefois, cela signifiait simplement qu'on avait confiance que les médecins connaissaient le meilleur plan de traitement à suivre, sans se poser de questions au sujet des autres options, qu'on avait confiance que les établissements de soins de santé menaient leurs activités en vertu d'une responsabilité limitée à l'égard du public et qu'on avait confiance envers les professionnels de la santé même s'ils collaboraient peu dans le cadre de leur travail.

Aujourd'hui, le système de santé s'appuie sur des principes très différents. Les patients s'attendent à jouer un plus grand rôle dans leurs propres plans de traitement et dans le façonnage du système; ils doivent pouvoir croire qu'ils reçoivent les bons renseignements pour prendre des décisions éclairées. Les établissements s'adaptent à un nouveau monde de responsabilisation; ils souhaitent que les collectivités aient confiance que les ressources sont judicieusement utilisées et que les employés aient confiance que des décisions stratégiques intelligentes sont prises et entraîneront des résultats de qualité. Les professionnels de la santé doivent maintenant travailler en plus étroite collaboration dans toutes les professions; la confiance est essentielle au partage de la prise de décisions. Enfin, les bailleurs de fonds du système ont besoin que les contribuables aient confiance que les fonds publics sont utilisés de manière intelligente et efficiente.

La confiance est un produit fragile. Elle est difficile à gagner et facile à perdre, surtout à une époque de reportages médiatiques sur les lacunes et les manquements du système. De manière perverse, des mesures visant à favoriser la transparence et la confiance, telles que la publication d'une quantité encore plus grande de données, peut également renforcer la méfiance des cliniciens et des patients à l'égard du système lui-même s'ils ont le sentiment que les données ne rendent pas compte avec exactitude de la réalité.

Il peut sembler difficile de faire confiance au système et de protéger la confiance que d'autres placent en vous. Mais pour quiconque s'engage à soutenir une culture de qualité, c'est une difficulté qu'il vaut la peine d'affronter, parce que sans confiance, l'apprentissage organisationnel et systémique est fortement dégradé. Dans un environnement de méfiance, les fournisseurs de soins et les gestionnaires sont réticents à admettre un échec et sans cette admission, il y a peu de possibilités d'amélioration continue.

« Nous cachons nos échecs en matière d'innovation en prestation de services, même de nous », déclare Merrick Zwarenstein, directeur du Centre for Studies in Family Medicine de l'Université Western, qui a écrit sur ce qui est appelé la culture à haute fiabilité. M. Zwarenstein sollicite un processus d'« échec systématiquement désigné », en vertu duquel les innovations prévues sont désignées, y compris les objectifs, les critères de réussite et les méthodes d'évaluation.

De quel type de culture le système de santé a-t-il besoin afin que les groupes puissent collaborer les uns avec les autres en toute confiance et franchise et apprendre des faux pas cliniques et des innovations produisant des résultats en deçà des attentes?

Cela commence par la confiance. La confiance commence par la volonté de partager des renseignements pertinents, une communication ouverte, des mesures significatives de la culture et un respect de la diversité des points de vue. À partir de là, constituer un cadre solide de leadership, renforcer la

capacité de s'améliorer continuellement, renforcer les cultures professionnelles et faire participer les patients permettra à l'Ontario de mettre en place un système de santé où la qualité compte vraiment.



FAVORISER UNE CULTURE DE LA QUALITÉ : OBJECTIFS ET POINTS D'ACTION

Afin de faire progresser une forte culture axée d'abord sur la qualité, les objectifs suivants ont été établis :

- Des patients, des personnes soignantes, des fournisseurs de soins et des citoyens engagés à défendre une culture de la qualité.
- Une capacité à l'échelle du système d'améliorer sans cesse la qualité des soins dans une culture de la qualité et de la sécurité.

1. Les patients, les personnes soignantes et les fournisseurs de soins se sont engagés à l'égard d'une culture de la qualité alimentée par l'apprentissage continu de l'expérience de ceux qui fournissent et reçoivent des soins.

- Les conseils des organismes de soins de santé font pleinement participer les patients et les personnes soignantes à la sélection et à l'utilisation des mesures de rendement et des rapports organisationnels pertinents et significatifs.
- Qualité des services de santé Ontario et d'autres organismes sensibilisent et font participer les dirigeants du système de soins de santé, allant des conseils d'administration aux patients, afin de promouvoir une culture de la qualité.
- Les organismes de soins de santé contribuent à la production de rapports et à la résolution des plaintes et des préoccupations des patients de manière transparente.
- Qualité des services de santé Ontario veille à ce que les fournisseurs de soins de santé participent à un processus productif afin de tirer des leçons de leurs propres succès et échecs, mais aussi de ceux des autres.

2. A system-wide culture of quality with an unyielding commitment to improvement.

- Les bailleurs de fonds, les organismes et les organismes de soins de santé investissent dans des formations supplémentaires en amélioration de la qualité et ils visent à ce que 50 % des membres du personnel aient réussi une formation de base en science de l'amélioration.
- Les ordres de réglementation et les associations professionnelles des professionnels de la santé intègrent le leadership pour les activités d'amélioration de la qualité à titre de compétence de base et d'élément clé pour conserver la certification ou le permis d'exercice.
- Les universités et les collèges assurent que les programmes d'études cliniques comprennent l'amélioration de la qualité comme compétence enseignée à tous les étudiants.
- Les fournisseurs de soins de santé et les autres dirigeants de première ligne partagent les réussites et les échecs dans le cadre d'un engagement global à l'égard de l'amélioration de la qualité des soins et de l'expérience des patients.
- Par l'entremise de prix, de reconnaissances publiques et des médias sociaux, les organismes de soins de santé reconnaissent les champions de la qualité des services de première ligne et partagent largement leurs réussites dans l'ensemble du système de soins de santé.

L'objectif est à notre portée

Le présent rapport présente plusieurs recommandations concrètes afin de faire progresser le programme d'amélioration de la qualité en Ontario. Toutefois, un rapport ne peut être que le premier pas.

Si l'objectif est de mettre en place un système où les patients sont la priorité, chacun d'entre nous doit assumer la responsabilité pour faire aller ce travail de l'avant. L'un de nos plus importants défis n'est pas un manque de passion, d'intelligence ou même de ressources. Notre grand défi demeure le manque d'harmonisation et de responsabilisation au sein du système.

Pour réaliser chacun des objectifs présentés ici, plusieurs groupes principaux sont mis en cause. Mais, la qualité est notre objectif à tous et, pour réaliser des progrès, nous devons tous être prêts à en assumer la responsabilité. À notre avis, toutes les mesures mentionnées dans le présent rapport sont réalisables dans les cinq prochaines années. Cependant, nous espérons que la vision qui y est présentée perdure bien plus longtemps.

Il n'est pas suffisant de simplement reconnaître l'importance d'un système de soins de santé de qualité ou de cerner les lacunes qui doivent être comblées. Il faut prendre les mesures nécessaires pour corriger ces lacunes. Heureusement, un grand nombre d'éléments sont déjà en place. Des initiatives qui ont connu des réussites dans diverses parties du système montrent que c'est possible.

Si une seule des recommandations proposées dans le présent rapport peut se réaliser, ce serait de mesurer les progrès que nous réalisons chaque année par rapport aux ambitieuses déclarations et possibilités énoncées dans le présent rapport –un examen annuel de notre évolution vers un système de soins de santé qui porte la qualité en son centre. De cette façon, nous pourrions nous rappeler de constamment axer nos efforts sur nos engagements communs.

Le présent rapport fournit un cadre et un ensemble des prochaines étapes qui peuvent orienter la planification de notre système, les investissements que nous y faisons et son l'évaluation. Il se veut un document sur lequel nous baser pour, nous l'espérons, mesurer les progrès que nous réalisons. Nous devons poursuivre cette discussion d'une manière structurée et avec un sentiment d'urgence. L'objectif est à notre portée. Ensemble, avec le temps, nous réaliserons la promesse de l'excellence des soins pour tous.

BIBLIOGRAPHIE ET LECTURES COMPLÉMENTAIRES

- 1) ARAH, O. A., G. P. Westert, J. Hurst et N. S. Wendte. « A conceptual framework for the OECD health care quality indicators project », *Journal for Quality in Health* (2006).
- 2) BAKER, G. R. et J. L. Denis. *Étude comparative de trois systèmes de santé porteurs de changement : leçons pour le Canada*, Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, 2011. Consulté à l'adresse : <http://www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/commissioned-research-reports/Baker-Denis-EN.pdf?sfvrsn=0>
- 3) BAKER, G. R., A. MacIntosh-Murray, C. Porcellato, L. Dionne, K. Stelmacovich et K. Born. « Learning from High-Performing Systems: Quality by Design », *High Performing Healthcare Systems: Delivering Quality by Design*, 2008.
- 4) BERWICK, D. M., D. R. Calkins, C. McCannon et A. D. Hackbarth. « The 100,000 Lives Campaign: Setting a Goal and a Deadline for Improving Health Care Quality », *JAMA* (2006).
- 5) BROWN, A., G. R. Baker, T. Closson et T. Sullivan. « The Journey Toward High Performance and Excellent Quality », *Healthcare Quarterly*, vol. 15 (numéro spécial) (2012).
- 6) DONABEDIAN, A. *Explorations in quality assessment and monitoring, Vol. 1: The definition of quality and approaches to its assessment*, Ann Arbor: Health Administration Press, 1980.
- 7) LEWIS, S. et T. Sullivan. « How to bend the cost curve in health care », *Institute for Research on Public Policy Insight*, n° 1 (2013).
- 8) PERLIN, J. B., R. M. Kolodner et R. H. Roswell. *The Veterans Health Administration: quality, value, accountability, and information as transforming strategies for patient-centered care*, 2004.
- 9) ROMANOW, R. J. *L'avenir des soins de santé au Canada*, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, 2002. Consulté à l'adresse : <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-85-2002F.pdf>
- 10) *Charting a path to sustainable health care in Ontario: 10 proposals to restrain cost growth without compromising quality of care*, Étude spéciale, Services économiques TD, 2010.
- 11) Association des hôpitaux de l'Ontario. *Four Pillars: Recommendations for Achieving a High Performing Health System*. Consulté à l'adresse : <http://www.oha.com/KnowledgeCentre/Library/Documents/Four%20Pillars%20-%20FINAL%20FULL.pdf>
- 12) Conseil canadien de la santé. *Meilleure santé, meilleurs soins, meilleure valeur pour tous : Recentrer la réforme des soins de santé au Canada, 2013*. Consulté à l'adresse : https://www.cahspr.ca/web/uploads/conference/201414_Better_Health_Better_Care_Better_Value_For_All.pdf

- 13) Department of Health. *High Quality Care for All: NHS Next Stage Review Final Report*, Londres, 2008.
- 14) Agency for Healthcare Research and Quality. *Public Reporting as a Quality Improvement Strategy. Closing the Quality Gap: Revisiting the State of the Science, Evidence Report n° 208*, 2012.
- 15) The Mid Staffordshire NHS Foundation Trust. *Public Inquiry*, déclaration du président (2013). Consulté à l'adresse : <http://www.midstaffpublicinquiry.com/sites/default/files/report/Chairman%27s%20statement.pdf>
- 16) The Commonwealth Fund Commission on a High Performance Health System. *The Path to a High Performance U.S. Health System*, 2009. Consulté à l'adresse : http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2009/Feb/The%20Path%20to%20a%20High%20Performance%20US%20Health%20System/1237_Commission_path_high_perform_US_hlt_sys_WEB_rev_03052009.pdf
- 17) Organisation mondiale de la santé. *Framework for action. Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes*, 2007. Consulté à l'adresse : http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf?ua=1
- 18) Conseil canadien de la santé. *Quelle voie mène à la qualité? Principales perspectives sur l'amélioration de la qualité des systèmes de soins de santé au Canada*, 2013. Consulté à l'adresse : http://www.healthcouncilcanada.ca/rpt_det.php?id=455

La prestation de soins de qualité – Bibliographie

- 1) Groupe consultatif sur l'innovation des soins de santé. *Libre cours à l'innovation : Soins de santé excellents pour le Canada*, 2015. Consulté à l'adresse : <http://www.healthycanadians.gc.ca/publications/health-system-systeme-sante/report-healthcare-innovation-rapport-soins/alt/report-healthcare-innovation-rapport-soins-eng.pdf>
- 2) ATLURI, V., J. Cordina, P. Mango et S. Velamoor. *How tech-enabled consumers are reordering the healthcare landscape*, McKinsey & Company, 2016. Consulté à l'adresse : <http://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/how-tech-enabled-consumers-are-reordering-the-healthcare-landscape>
- 3) BRINKERHOFF, D. W. « Accountability and health systems: toward conceptual clarity and policy relevance », *Health Policy Plan*, vol. 19, n° 6 (2004), pp. 371 à 379.
- 4) BROWN, A. D., J. Barnsley et C. Porcellato. « Accountability: unpacking the suitcase », *Health Care Quarterly*, vol. 9 (2006).
- 5) BYTAUTAS, J., M. Dobrow, T. Sullivan et A. Brown. « Accountability in the Ontario Cancer Services System: A Qualitative Study of System Leaders' Perspectives », *Healthcare Policy*, vol. 10 (2014).

- 6) Conference Board du Canada. *Modèles financiers et incitations fiscales : actes de la Conférence Canada en santé*, 2015. Consulté à l'adresse : <http://www.conferenceboard.ca/e-library/abstract.aspx?did=8040>
- 7) DEBER, R. S. « Thinking about Accountability », *Healthcare Policy*, vol. 10 (numéro spécial) (2014), pp. 12 à 24.
- 8) DUBNICK, M. « Accountability and the Promise of Performance: In Search of the Mechanisms », *Public Performance and Management Review*, vol. 28, no 3 (2005), pp. 376 à 417.
- 9) DUBNICK, M. et H. G. Frederickson. « Accountable Agents: Federal Performance Measurement and Third-Party Government », *Journal of Public Administration Research Theory*, vol. 20 (2010), pp. i143 à i159.
- 10) Groupe d'experts pour l'examen des soins à domicile et en milieu communautaire. *Amener les soins au domicile*, 2015. Consulté à l'adresse : http://health.gov.on.ca/fr/public/programs/ccac/docs/hcc_report.pdf
- 11) Institut d'administration publique du Canada. *Healthcare Governance Models in Canada: A Provincial Perspective*, 2013. Consulté à l'adresse : <http://www.ipac.ca/documents/ALL-COMBINED.pdf>
- 12) Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Priorité aux patients : Une proposition pour renforcer les soins de santé axés sur les patients en Ontario*, 2015. Consulté à l'adresse : http://www.health.gov.on.ca/fr/news/bulletin/2015/docs/discussion_paper_20151217.pdf
- 13) PRICE, D., E. Baker, B. Golden et R. Hannam. Groupes de soins : *Un nouveau modèle de soins primaires à la population de l'Ontario*, 2015. Consulté à l'adresse : http://health.gov.on.ca/en/common/ministry/publications/reports/primary_care/primary_care_price_report.pdf
- 14) SULLIVAN, T., F. D. Ashbury, J. Pun, B. M. Pitt, N. Stipich et J. Neeson. « Responsibility for Canada's Healthcare Quality Agenda: Interviews with Canadian Health Leaders », *Healthcare Papers*, vol. 11, n° 3 (2011), pp. 10 à 21.
- 15) SWARENSTEIN, M. « Systematically identified failure is the route to a successful health system », *Healthcare Papers*, vol. 15, n° 2 (2015), pp. 8 à 14.

Comprendre la qualité des soins – Bibliographie

- 1) BERENSEN, E., P. J. Pronovost et H. M. Krumholz. *Achieving the Potential of Health Care Performance Measures: Timely Analysis of Immediate Health Policy issues*, Robert Wood Johnson Foundation, 2013. Consulté à l'adresse : <http://www.rwjf.org/en/library/research/2013/05/achieving-the-potential-of-health-care-performance-measures.html>

- 2) BLUMENTHAL, D. et J. M. McGinnis. « Measuring Vital Signs: An IOM Report on Core Metrics for Health and Health Care Progress », *JAMA*, vol. 313, n° 19 (2015), pp. 1901 et 1902.
- 3) Institut canadien d'information sur la santé. *Performance du système de santé canadien à l'international sur 50 ans : regard sur les années potentielles de vie perdues*, 2016. Consulté à l'adresse : https://secure.cihi.ca/free_products/International%20PYLL_FR.pdf
- 4) CARINCI, F., K. Van Gool, J. Mainz, J. Veillard, E. C. Pichora, J.M. Januel, I. Arispe, S. M. Kim et N. S. Klazinga. Groupe d'experts de l'OCDE sur les indicateurs de la qualité des soins de santé. « Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators », *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, vol. 27, n° 2, pp. 137 à 146.
- 5) DONABEDIAN, A. « Evaluating the quality of medical care », *Milbank Quarterly*, vol. 83, no 4 (2005), pp. 691 à 729.
- 6) HAM, C., V. Raleigh, C. Foot, R. Robertson et H. Alderwick. *Measuring the performance of local health systems: A review for the Department of Health*, The King's Fund, 2015. Consulté à l'adresse : <https://www.kingsfund.org.uk/publications/commissioned/measuring-performance-local-health-systems>
- 7) Conseil canadien de la santé. *Le Guide du citoyen sur les indicateurs de la santé. Guide de référence pour les Canadiens*, 2011. Consulté à l'adresse : http://healthcouncilcanada.ca/tree/2.10-HCC_Indicators_FR_Final.pdf
- 8) Qualité des services de santé Ontario. *Surveiller ce qui compte. Approche de Qualité des services de santé Ontario à l'égard de la surveillance de la performance et de la publication des rapports*, 2014. Consulté à l'adresse : <http://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/pr/monitoring-what-matters-fr-1410.pdf>
- 9) Qualité des services de santé Ontario. *Aplanir les transitions pour les patientes et patients : L'avis des médecins de famille de l'Ontario sur la coordination des soins dans le système de santé de la province. D'après les résultats de l'Enquête internationale 2015 du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé auprès des médecins de soins primaires*, 2015. Consulté à l'adresse : <http://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/system-performance/connecting-the-dots-report-fr.pdf>
- 10) Qualité des services de santé Ontario. *Qualité des soins primaires : Établir une fondation provinciale pour la surveillance et la reddition de comptes continues en Ontario*, 2015. Consulté à l'adresse : <http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/pr/theme-report-quality-in-primary-care-fr.pdf>
- 11) Qualité des services de santé Ontario. *Faire le point : Un rapport sur la qualité des services de santé mentale et de lutte contre les dépendances en Ontario*, 2015. Consulté à l'adresse : <http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/pr/theme-report-taking-stock-fr.pdf>

12) HIBBARD, J. et S. Sofaer. *Best Practices in Public Reporting No. 1: How To Effectively Present Health Care Performance Data To Consumers*, Agency for Healthcare Research and Quality, 2010. Consulté à l'adresse : <https://archive.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/tools/pubrptguide1/pubrptguide1.pdf>

13) KETELAAR, N. A., M. J. Faber, S. Flottorp, L. H. Rygh, K. H. Deane et M.P. Eccles. « Public release of performance data in changing the behaviour of healthcare consumers, professionals or organisations », *Cochrane Database Syst. Rev.*, no 11 (2011).

14) MCGLYNN, E. A. et E. A. Kerr. « Creating Safe Harbors for Quality Measurement Innovation and Improvement », *JAMA*, vol. 315, no 2 (2016), pp. 129 et 130.

Favoriser une culture de la qualité – Bibliographie

1) BAKER, G. R. et R. Axler. *Creating a High Performing Healthcare System for Ontario: Evidence Supporting Strategic Changes in Ontario*, Association des hôpitaux de l'Ontario, 2015. Consulté à l'adresse : <https://www.oha.com/News/Documents/OHA%20High%20Performing%20Healthcare%20System%20Paper.pdf>

2) BAKER, G. R., M. Judd et C. Maika (édit.). *Patient Engagement: Catalyzing Improvement and Innovation in Healthcare*, Longwoods Publishing Corp, 2016.

3) Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. *Sondage sur le leadership en amélioration du rendement et de la qualité dans le domaine de la santé*, 2011. Consulté à l'adresse : http://www.fcass-cfhi.ca/sf-docs/default-source/ceo-forum-files/National_Health_Leadership_Survey_on_Performance_and_Quality_Improvement_-_French_-_Feb_17_2011.pdf?sfvrsn=0

4) DENIS, J. L., G. R. Baker, C. Black, A. Langley, B. Lawless, D. Leblanc, M. Lusiani, C. M. Hepburn, M.P. Pomey et G. Tré. *Analyse de la dynamique de participation et de leadership des médecins pour l'amélioration des services de santé : perspectives des systèmes de santé canadiens*, Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé, 2013. Consulté à l'adresse : <http://www.cfhi-fcass.ca/sf-docs/default-source/reports/Exploring-Dynamics-Physician-Engagement-Denis-E.pdf?sfvrsn=0>

5) FOOKS, C., G. Obarski, L. Hale et S. Hylmar. « The Patient Experience in Ontario 2020: What Is Possible? », *HealthcarePapers*, vol. 14, no 4 (2015), pp. 8 à 18.

6) FRANK, J. R., L. Snell, et J. Sherbino. *Référentiel de compétences CanMEDS 2015 pour les médecins*, Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2015. Consulté à l'adresse : <http://www.royalcollege.ca/rcsite/documents/canmeds/canmeds-full-framework-f.pdf>

- 7) Qualité des services de santé Ontario. *Faire participer les patients : Histoires et réussites tirées des plans d'amélioration de la qualité 2015-2016*, 2016. Consulté à l'adresse : <http://www.hqontario.ca/portals/0/documents/qi/qip/engaging-with-patients-fr.pdf>
- 8) Qualité des services de santé Ontario. *Soins primaires : Impressions et observations 2015-2016 – Plans d'amélioration de la qualité*, 2016. Consulté à l'adresse : <http://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/qi/qip/qip-analysis-pc-2015-16-fr.pdf>
- 9) LAVIS, J. N., K. A. Moat et Z. Rizvi. *Issue Brief: Fostering Leadership for Health-System Redesign in Canada*, McMaster Health Forum, 2014. Consulté à l'adresse : <https://www.mcmasterhealthforum.org/docs/default-source/Product-Documents/issue-briefs/fostering-leadership-health-system-redesign-canada-ib.pdf?sfvrsn=2>
- 10) MARX, D. Patient Safety and the “Just Culture:” *A Primer for Health Care Executives*, Université Columbia et Southwestern Medical Center à Dallas de l'Université du Texas, 2001.
- 11) MCTAVISH, A. et C. Phillips. « Transforming the patient experience: Bringing to life a patient- and family-centred interprofessional collaborative practice model of care at Kingston General Hospital », *Patient Experience Journal*, vol. 1, no 1 (2014).
- 12) MERY, G., M. J. Dobrow, G. R. Baker et A. Brown. *Evaluating Investment in Quality Improvement Capacity Building: A Synthesis of the Literature. Working Paper*, Institute of Health Policy, Management and Evaluation, 2015. Consulté à l'adresse : http://ihpme.utoronto.ca/wp-content/uploads/2015/08/Mery-et-al_Evaluating-QI-Capacity-Building_Working-Paper_Aug-2015.pdf
- 13) National Patient Safety Foundation. *Free from Harm: Accelerating Patient Safety Improvement Fifteen Years after To Err Is Human*, 2015. Consulté à l'adresse : <http://www.npsf.org/?page=freefromharm>
- 14) PARMELLI, E., G. Flodgren, F. Beyer, N. Baillie, M. E. Schaafsma et M. P. Eccles. « The effectiveness of strategies to change organisational culture to improve healthcare performance: a systematic review », *Implementation Science*, vol. 6, no 33 (2011).
- 15) SWENSEN, S., M. Pugh, C. McMullan et A. Kabacoff. *High-Impact Leadership: Improve Care, Improve the Health of Populations, and Reduce Costs*, Institute for Healthcare Improvement White Paper, 2013. Consulté à l'adresse : <http://www.ihp.org/resources/pages/ihwhitepapers/highimpactleadership.aspx>
- 16) TEPPER, J. et D. Martin. « Failure is the new success », *HealthcarePapers*, vol. 15, n° 2 (2015), pp. 4 à 6.
- 17) WEST M., R. Eckert, K. Steward et B. Pasmore. *Developing Collective Leadership for Health Care*, The King's Fund, 2014. Consulté à l'adresse : https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/developing-collective-leadership-kingsfund-may14.pdf

18) WEST, M., K. Amrit, L. Loewenthal, R. Eckert, T. West et M. Lee. *Leadership and Leadership Development in Health Care: The Evidence Base*, The King's Fund, 2015. Consulté à l'adresse : https://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/field/field_publication_file/leadership-leadership-development-health-care-feb-2015.pdf

ANNEXE 1

CADRE DE RÉFÉRENCE DU COMITÉ CONSULTATIF SUR LA QUALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ

I. Contexte

Pour l'aider à remplir son mandat à titre de conseiller de la province en matière de qualité, Qualité des services de santé Ontario a mis sur pied le Comité consultatif sur la qualité du système de santé, dirigé par Adalsteinn Brown, afin d'orienter l'élaboration d'un plan provincial de la qualité du système de santé. Ce comité est composé d'experts ayant démontré un engagement pour conserver la qualité au centre de leurs activités professionnelles et possédant les connaissances et l'expérience nécessaires pour créer un système de soins de santé de qualité.

Au cours des prochains mois, le Comité consultatif sur la qualité du système de santé et ses trois groupes de travail prépareront des rapports sur la création des principaux catalyseurs d'un système de soins de santé de qualité supérieure en Ontario, ainsi que sur leur soutien et leur perfectionnement. Qualité des services de santé Ontario sollicitera des commentaires sur les conclusions du comité afin d'élaborer un plan d'action largement appuyé.

Il existe déjà de solides assises pour ce plan grâce à un certain nombre de contributions avisées et bien pensées dans le domaine de la qualité. Ces ressources comprennent le rapport *Qualité intégrée* (2008), parrainé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, qui énonce un certain nombre de caractéristiques importantes des systèmes très performants. Des rapports de comités d'experts, de conseils et d'organismes consultatifs et de chercheurs ont fourni un éclairage supplémentaire sur la façon d'envisager les soins de la plus haute qualité dans l'ensemble des domaines cliniques, des différentes professions de la santé et des divers secteurs au sein de notre système de soins de santé.

L'objectif du Comité consultatif sur la qualité du système de santé est de puiser dans cet ensemble de connaissances afin de présenter une définition concise et une vision de la qualité dans la province, ainsi que d'énoncer clairement les domaines où l'action et l'attention collectives sont nécessaires pour faire progresser un programme d'amélioration de la qualité. Ce travail permettra à QSSO et aux dirigeants du système de santé d'intégrer collectivement la qualité comme valeur fondamentale du système de soins de santé. Au même moment, Qualité des services de santé Ontario communiquera comment et pourquoi la qualité des soins de santé compte pour la population ontarienne.

Le comité a déjà établi un cadre de qualité pour le système et a cerné trois principaux domaines pour lesquels des groupes de travail devront procéder à un examen plus approfondi. Ce cadre de référence guidera le rôle et les travaux du comité et de ses groupes de travail.

II. Rôle

Le Comité consultatif sur la qualité du système de santé, qui relève du chef de la direction de Qualité des services de santé Ontario, désignera trois groupes de travail pour se pencher sur les points de mire suivants :

- Comprendre la qualité
- Instaurer une culture de qualité
- Fournir des soins de qualité

Travaillant en étroite collaboration, l'équipe responsable de la politique et de la stratégie pour Qualité des services de santé Ontario et le comité orienteront les demandes de chacun des groupes de travail et ils recevront et examineront leurs rapports. Le comité présentera au président et chef de la direction de Qualité des services de santé Ontario ses recommandations complètes dans un rapport sur ce qui est requis pour faire progresser la qualité des soins de santé en Ontario.

Voici les trois thèmes clés :

1. Fournir des soins de qualité

- Appuyer l'innovation et l'amélioration
- Améliorer la capacité structurelle
- S'assurer que la technologie de l'information et les initiatives en matière de communication donnent lieu à des soins de meilleure qualité mieux coordonnés

2. Comprendre les soins de santé de qualité

- Faire participer les patients et le public
- Mesurer et faire le suivi du rendement du système de santé

3. Favoriser une culture de la qualité

- Diriger et gérer un personnel axé sur la qualité
- Favoriser le changement culturel

III. Responsabilités

Les groupes de travail commenceront à se réunir en mai 2015. Chaque groupe de travail est composé de personnes possédant des connaissances et une expertise particulières afin de formuler des conseils sur le domaine d'intérêt désigné. Il ont été chargés d'examiner leurs sujets respectifs et de formuler clairement, sous forme de brefs rapports, ce qui est requis pour accélérer l'amélioration de la qualité des soins dans l'ensemble de notre système de soins de santé.

Tout au long de cette étape de leur travail, le comité et les groupes de travail respecteront les principes précédemment convenus, notamment :

- puiser dans les rapports, les outils et les examens déjà accessibles et privilégier les rapports rédigés en Ontario et fondés sur des données probantes;
- s'assurer que ses conclusions peuvent être traduites en recommandations pratiques pour le système de soins de santé;

- faire preuve de transparence en recueillant et en rendant accessibles toutes les sources;
- fournir des plateformes de participation ouvertes;
- communiquer clairement la vision et les valeurs qui sous-tendent ses recommandations.

Processus décisionnel : Les membres s'efforcent de prendre des décisions par consensus. Pouvoir décisionnel conservé par le président, Adalsteinn Brown.

Fréquence des réunions et méthode de convocation

Le Comité consultatif sur la qualité du système de santé se réunit régulièrement ou au besoin. Le président se réserve le droit de convoquer ou d'annuler les réunions, selon le cas. Les réunions peuvent être tenues en personne ou par téléconférence ou vidéoconférence.

IV. Communications

Les ordres du jour seront distribués environ une semaine avant les réunions. Les membres peuvent ajouter des points à l'ordre du jour par l'intermédiaire du président. Les délibérations du comité se feront en vertu de la règle de Chatham House.

Les discussions officielles du Comité consultatif sur la qualité du système de santé avec les membres des médias ou dans le cadre de conférences ou d'autres événements externes seront uniquement possibles avec la permission et la coordination de Qualité des services de santé Ontario.

V. Examen du cadre de référence

The Committee has, per its original mandate, reviewed and agreed upon its terms of Reference, mandate, activities, and relevance of the Committee. Health Quality Ontario will publish the work of the Committee in late 2016.

ANNEXE 2

MEMBRES DU COMITÉ CONSULTATIF SUR LA QUALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ

Les membres du comité sont les suivants :

- Adalsteinn Brown, directeur de l'Institute of Health Policy, Management, and Evaluation, Université de Toronto; titulaire de la chaire Dalla Lana en matière de santé publique
- Ross Baker, professeur, Institute of Health Policy, Management and Evaluation, Université de Toronto
- Tom Closson, ancien chef de la direction, Réseau universitaire de santé et Association des hôpitaux de l'Ontario
- Rheta Fanizza, vice-présidente principale, St. Elizabeth Health Care
- Jack Kitts, président et chef de la direction, L'Hôpital d'Ottawa
- Kirsten Krull, Vice-président, Qualité et performance; chef des soins infirmiers, Hamilton Health Sciences
- Dorian Lo, ancien vice-président exécutif, pharmacie et soins de santé, Pharmaprix
- Mark MacLeod, chirurgien orthopédique, ancien président de l'Association médicale de l'Ontario
- Terry O'Driscoll, chef du personnel, Centre de santé Meno Ya Win de Sioux Lookout (membre jusqu'en décembre 2015)
- Camille Orridge, professeure agrégée supérieure, Wellesley Institute
- Kaveh Shojania, scientifique, Institut de recherche Sunnybrook; directeur, Centre de l'amélioration de la qualité et la sécurité des patients, Université de Toronto
- Charles-Antoine St-Jean, associé national, Ernst & Young, membre du conseil d'administration de l'Université d'Ottawa
- Moira Stewart, professeure, Département de médecine familiale, Université Western Ontario (membre jusqu'en décembre 2015)
- Terry Sullivan, président de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé; professeur agrégé supérieur, Institute of Health Policy, Management and Evaluation
- Sarita Verma, doyenne adjointe, faculté de médecine, Université de Toronto (membre jusqu'en décembre 2015)

Membres du groupe de travail sur la prestation de soins de qualité

- Jack Kitts, président
- Kim Baker, chef de la direction, Réseau local d'intégration des services de santé du Centre
- Ed Brown, fondateur et chef de la direction, Réseau Télémédecine Ontario
- Dafna Carr, directeur général de l'information, ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse et des Services sociaux
- Mark Dobrow, professeur agrégé, Institute of Health Policy, Management and Evaluation
- Alan Forster, interniste général et directeur de la qualité et du rendement, Hôpital d'Ottawa

- Pam Goldsilver, représentante des patients, des personnes soignantes et du public
- Kristin Krull
- Mark MacLeod

Membres du groupe de travail sur la compréhension des soins de santé de qualité

- Kaveh Shojania, président
- Anna Greenberg, vice-présidente, Rendement du système de santé, Qualité des services de santé Ontario
- Annette McKinnon, représentante des patients, des personnes soignantes et du public
- Camille Orridge
- Charles-Antoine St-Jean
- Lianne Jeffs, directrice, Recherche clinique et en soins infirmiers, Administration des soins infirmiers, Hôpital St. Michael

Membres du groupe de travail sur la promotion d'une culture de la qualité

- Terry Sullivan, président
- Ross Baker
- Connie Clerici, chef de la direction, Closing the Gap Healthcare Group
- Tom Closson
- Peter Donnelly, chef de la direction, Santé Publique Ontario
- Lee Fairclough, vice-présidente, Amélioration de la qualité, Qualité des services de santé Ontario
- Rhetta Fanizza
- Henry Lowi, représentant des patients, des personnes soignantes et du public
- Donna McRitchie, directrice médicale des soins critiques et chef, Division des interventions chirurgicales, Hôpital général de North York
- Jennie Pickard, directrice, Partenariats stratégiques
- Bruce Squires, vice-président des Ressources humaines, de la Stratégie et du Rendement, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario
- Margo Twohig, représentante des patients, des personnes soignantes et du public

Soutien du personnel de Qualité des services de santé Ontario :

- Alan Morantz, rédacteur principal
- Michelle Rossi, directrice, Politiques et stratégie
- Claire Tallarico, conseillère principale en rédaction
- Kate Wilkinson, analyste de politiques, Politiques et stratégie

ANNEXE 3

PRÉSENTATION DES INFORMATEURS CLÉS SUR LA QUALITÉ

Les personnes suivantes ont été consultées dans le cadre de ce travail :

- Helen Bevan, chef du département de transformation des services, National Health Service, Angleterre
- David Blumenthal, président du Fonds du Commonwealth
- Trey Coffey, pédiatre titulaire et médecin principal de la sécurité des patients, Hospital for Sick Children
- Michael Decter, ancien sous-ministre de la Santé pour l'Ontario et chef de cabinet du gouvernement du Manitoba
- Cathy Fooks, présidente et chef de la direction, The Change Foundation
- Jean-Frederique Levesque, chef de la direction au Bureau of Health Information, Nouvelle-Galles du Sud
- Deb Matthews, vice-première ministre et ancienne ministre de la Santé et des Soins de longue durée
- David Naylor, médecin canadien, chercheur médical et ancien président de l'Université de Toronto
- Chris Power, directrice générale, Institut canadien pour la sécurité des patients
- Eric Schneider, vice-président principal, Politiques et Recherche, Fonds du Commonwealth
- Diane Watson, chef de la direction, National Health Performance Authority, Australie

Qualité des services de santé Ontario

130, rue Bloor Ouest

10^e étage

Toronto (Ontario) M5S 1N5

Tél : 416-323-6868

Sans frais : 1-866-623-6868

Courriel : info@hqontario.ca

www.hqontario.ca

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2017

ISBN 978-1-4606-9738-2 (PDF)

ISBN 978-1-4606-9957-7 (Print)