

# Soins primaires

---

Impressions et observations 2015-2016  
Plans d'amélioration de la qualité

*Faisons en sorte que notre système soit en meilleure santé*

SOINS PRIMAIRES

# À propos de nous

Qualité des services de santé Ontario est le conseiller de la province en matière de qualité des soins de santé. Nous sommes résolus à atteindre l'objectif suivant : **une meilleure santé pour toutes les Ontariennes et tous les Ontariens.**

## Qui sommes-nous?

Nous sommes un groupe de personnes démontrant une rigueur scientifique et ayant de l'expertise dans divers domaines. Nous nous efforçons de faire preuve d'une objectivité complète et de tout examiner à partir d'un poste d'observation nous permettant de voir la forêt et les arbres. Nous travaillons en partenariat avec les organismes et les fournisseurs de soins de santé à l'échelle du système, et nous faisons participer les patients eux-mêmes, afin de contribuer à apporter des changements importants et durables au système de santé complexe de la province.

## Que faisons-nous?

Nous définissons la qualité dans le contexte des soins de santé et offrons des conseils stratégiques de façon à ce qu'il soit possible d'améliorer toutes les composantes du système. Nous analysons également pratiquement tous les aspects des soins de santé offerts en Ontario. Cela comprend l'examen de la santé générale des Ontariennes et des Ontariens, de la capacité de certains secteurs du système à travailler ensemble et, surtout, de l'expérience des patients. Nous produisons ensuite des rapports objectifs complets fondés sur des données, des faits et la voix des patients, des personnes soignantes et des gens qui travaillent chaque jour au sein du système de santé. En outre, nous formulons des recommandations sur la façon d'améliorer les soins en se fondant sur les meilleures données probantes. Enfin, nous appuyons des améliorations de la qualité à grande échelle en travaillant avec nos partenaires afin de permettre aux fournisseurs de soins de santé d'apprendre plus facilement les uns des autres et de partager des démarches novatrices.

## Pourquoi cela importe-t-il?

Nous reconnaissons qu'il existe de nombreuses raisons d'être fiers de notre système, mais aussi qu'il lui arrive souvent de ne pas atteindre son plein potentiel. De plus, certains segments vulnérables de la population ne reçoivent pas des niveaux acceptables d'attention. À Qualité des services de santé Ontario, notre intention est d'améliorer continuellement la qualité des soins de santé dans la province, peu importe la personne ou l'endroit où elle vit. Nous sommes inspirés par le désir d'améliorer le système et par le fait indéniable que l'amélioration n'a pas de limite.

# Table des matières

---

<b>Résumé .....</b>	<b>4</b>
<b>À propos de ce rapport .....</b>	<b>5</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>7</b>
<b>Chapitre 1 – Travailler au sein du secteur : Progrès propres au secteur réalisés à l'égard d'indicateurs prioritaires .....</b>	<b>10</b>
Accès en temps voulu à un fournisseur de soins primaires .....	10
<b>Chapitre 2 – Communiquer et travailler ensemble : Améliorations intersectorielles des indicateurs prioritaires .....</b>	<b>16</b>
Taux de suivi dans les sept jours suivant le congé de l'hôpital pour certaines affections .....	18
<b>Chapitre 3 – Comprendre les points de vue des patients : Participation et expérience des patients .....</b>	<b>23</b>
Expérience des patients : Occasion de poser des questions .....	25
Expérience des patients : Participation des patients à la prise de décisions au sujet de leurs soins .....	26
Expérience des patients : Les fournisseurs de soins primaires consacrent suffisamment de temps à leurs patients .....	27
Tableau d'ensemble : Participation des patients .....	28
<b>Conclusion : Aller de l'avant .....</b>	<b>30</b>
<b>Notes .....</b>	<b>32</b>
<b>Annexe A .....</b>	<b>34</b>

# Résumé

Le 1<sup>er</sup> avril 2015, 289 organismes de soins primaires de l'Ontario ont soumis leur plan d'amélioration de la qualité (PAQ), marquant ainsi la troisième année pour laquelle le secteur a présenté des observations. Les PAQ qui ont été soumis cette année démontrent que les organismes de soins primaires interprofessionnels axés sur le travail d'équipe travaillent fort pour mettre en œuvre des pratiques exemplaires et établir des relations avec les partenaires du système.

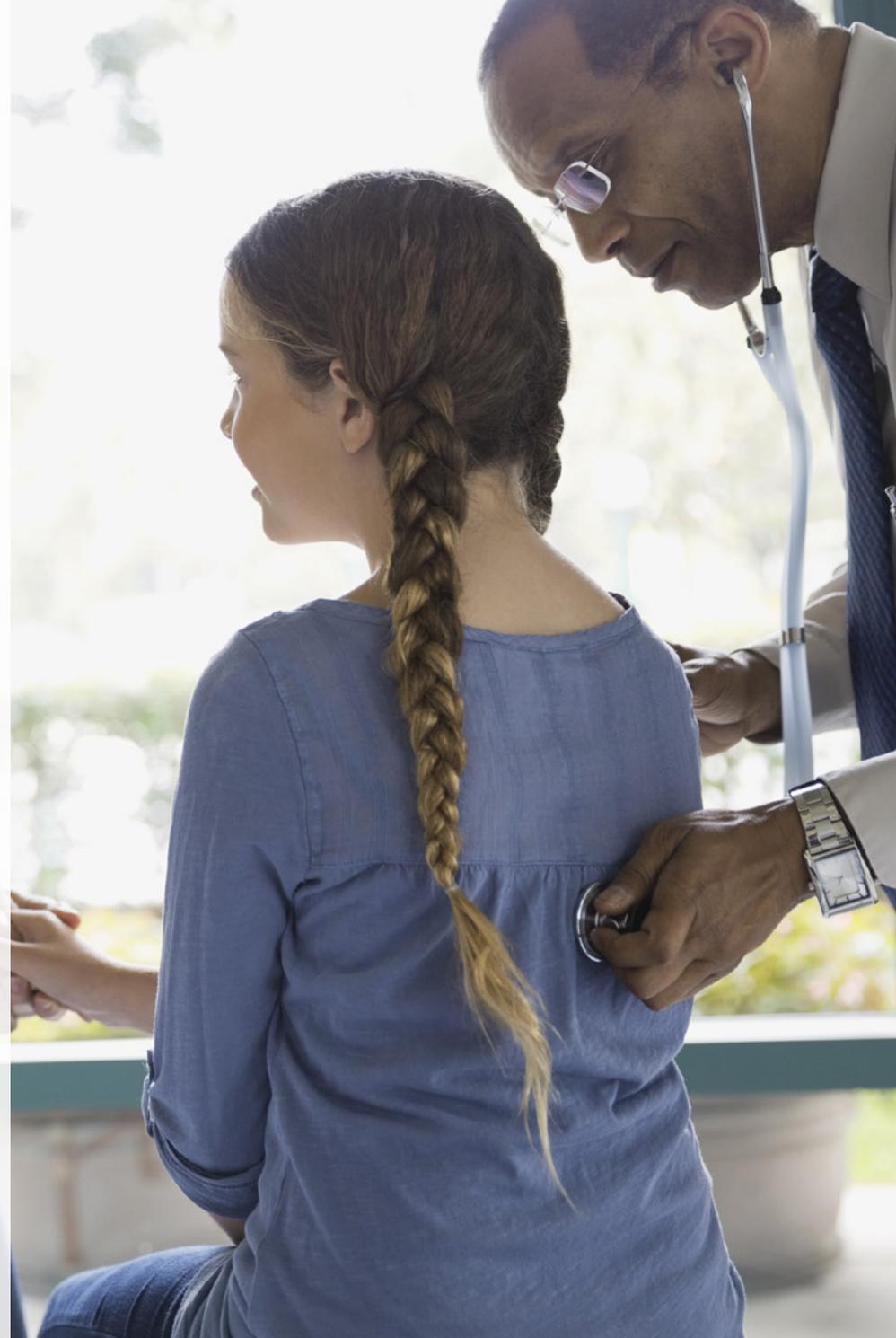
Les principales observations indiquent que :

- **La mesure des indicateurs prioritaires par des moyens communs et uniformes est de plus en plus populaire.** Le recours à des questions sur l'expérience des patients dans les sondages et à des outils normalisés, par exemple, permet aux organismes de mettre au point un système de tableaux de bord à l'échelle du système et de comparer leur rendement à l'échelle régionale et internationale.
- **Les comparateurs de rendement significatifs ressortent** grâce à l'élaboration de tableaux de bord partagés parmi les organismes qui visent à fixer des objectifs élargis conformes à ceux obtenus par les organismes à rendement élevé.
- **Les organismes améliorent leurs méthodes de collecte et d'analyse de la rétroaction des patients.** Au cours de la dernière année, plus de 70 000 patients – un nombre sans précédent – ont répondu aux sondages à propos de leurs expériences en matière de soins.

Bien que la majorité des organismes devraient être félicités pour leur engagement envers les activités d'amélioration, une minorité importante est toujours en retard derrière ses pairs provinciaux. Après trois ans de soumission de PAQ, 22 % des organismes ne recueillent pas encore de données de référence sur un ou plusieurs indicateurs prioritaires. Les organismes qui ont déclaré qu'ils recueillent des données de référence sur le même indicateur dans le cadre de plusieurs PAQ doivent envisager de travailler avec plus d'attention sur l'indicateur ou de sélectionner un indicateur différent comme axe principal de leurs efforts d'amélioration de la qualité.

Pour les organismes qui ont fait état de progrès constant, l'établissement d'objectifs de rendement progressivement plus élevé et le maintien des gains pendant plusieurs années constituent un défi constant. Un engagement à l'égard de l'établissement d'objectifs élargis est un principe fondamental de l'amélioration continue de la qualité. Des collaborations intersectorielles et l'utilisation de stratégies de changement à long terme sont des éléments clés pour aller de l'avant.

Pour la première fois cette année, les PAQ de chacun des organismes de soins primaires sont accessibles au public sur le [site Web du navigateur de PAQ](#) de Qualité des services de santé Ontario. Cette évolution est le résultat d'un consensus atteint par les principaux intervenants et reflète l'engagement du secteur envers la transparence, les apprentissages communs et la responsabilisation.



## À propos de ce rapport

---

Au cours des cinq dernières années, les secteurs de la santé de l'ensemble de l'Ontario ont soumis des plans annuels d'amélioration de la qualité (PAQ). Ce processus d'abord entamé par les hôpitaux de l'Ontario s'est ensuite étendu aux organismes de soins primaires organisés, aux centres d'accès aux soins communautaires et aux foyers de soins de longue durée.

La soumission annuelle de PAQ démontre l'engagement continu de plus de 1 000 organismes de soins de santé à offrir des services de meilleure qualité en Ontario. Ces plans permettent aux organismes de formuler leurs objectifs d'amélioration de la qualité, d'officialiser leurs activités d'amélioration et de déterminer des moyens précis d'atteindre leurs objectifs.

Chaque PAQ décrit en détail les efforts déployés par un organisme à l'égard d'un ensemble provincial d'indicateurs prioritaires. Ces indicateurs s'harmonisent avec le [cadre de mesure du rendement des soins primaires](#) et avec le [programme commun d'amélioration de la qualité](#), un ensemble de plus de 40 indicateurs issu d'une collaboration entre Qualité des services de santé Ontario et d'autres partenaires du système de santé. Le *programme commun d'amélioration de la qualité* est un effort visant à orienter les rapports sur le rendement, à rendre le système de santé plus transparent et plus responsable,

et à promouvoir des soins intégrés axés sur le patient. Il constitue le fondement d'[À la hauteur](#),<sup>1</sup> le rapport annuel de Qualité des services de santé Ontario sur le rendement du système de santé de l'Ontario. Les organismes de soins de santé peuvent utiliser les renseignements disponibles dans le rapport *À la hauteur 2015* et dans le document [Pleins feux sur l'amélioration de la qualité](#) pour obtenir une meilleure compréhension de l'amélioration de la qualité selon le point de vue des organismes et celui de l'ensemble du système.

La préparation et le souci du détail nécessaires à l'élaboration de chaque PAQ témoignent habituellement des efforts impressionnants déployés par chaque organisme de soins de santé. Qualité des services de santé Ontario tient compte de ce travail en lisant attentivement chaque PAQ afin d'examiner et d'évaluer les données et les idées de changement fournies. Pour Qualité des services de santé Ontario, l'utilisation de PAQ pour mettre les progrès en évidence et cerner les secteurs à améliorer est une manière de travailler avec les 1 076 organismes de soins de santé des quatre secteurs pour transformer la qualité des soins au sein de l'ensemble du système de santé.

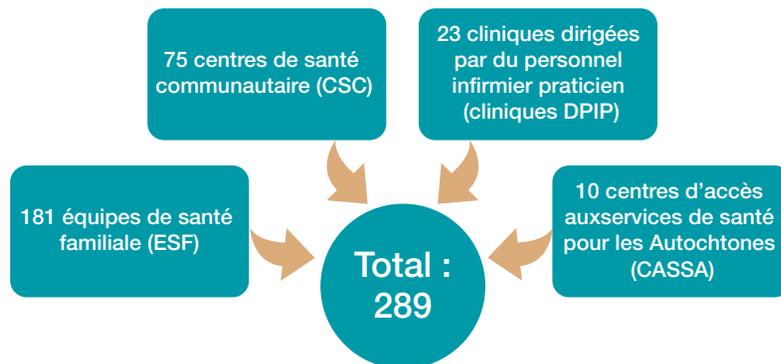
Qualité des services de santé Ontario espère que les conclusions de ce rapport éclaireront les décisions relatives à la qualité des soins offerts par les soins primaires, favoriseront des essais plus approfondis des innovations et contribueront à guider les efforts de planification pour les années à venir.

Le présent rapport fait partie de la série continue [Pleins feux sur l'amélioration de la qualité](#). Il abordera les trois composantes des PAQ (document narratif, plan de travail et rapport d'étape) soumis par les organismes de soins primaires et mettra largement l'accent sur les leçons retenues par les CASC au cours de la dernière année. Il comprend des données quantitatives et qualitatives. Les données qualitatives sont présentées sous forme d'idées de changement et les profils d'organisme sont tirés de l'ensemble des indicateurs prioritaires. Les données quantitatives proviennent seulement des organismes de soins primaires qui ont choisi un indicateur en particulier et qui ont décidé de le mesurer selon la définition technique originale de Qualité des services de santé Ontario (accessible dans les [documents d'orientation des PAQ](#)). Nous utilisons le terme « progrès » lorsqu'une valeur de l'indicateur d'un organisme de soins primaires est supérieure dans le PAQ de la présente année à ce qu'elle était dans celui de l'année dernière. Les tests qui présentent une signification statistique n'ont pas été réalisés sur les données et les résultats doivent être interprétés avec une certaine réserve.

## Introduction

Les soins primaires constituent un fondement important du système de santé de l'Ontario. Les plans d'amélioration de la qualité (PAQ) offrent un portrait des activités d'amélioration de la qualité entreprises par des organismes de soins primaires interprofessionnels axés sur le travail d'équipe. Collectivement, ces organismes fournissent un large éventail de services de soins primaires pour les patients de l'ensemble de l'Ontario. La figure 1 montre le nombre et les types d'organismes de soins primaires qui ont soumis leur PAQ pour l'exercice 2015-2016. Ensemble, ils emploient plus de 3 000 médecins et plus de 4 300 fournisseurs de soins de santé interdisciplinaires qui fournissent des soins à environ 3,9 millions de patients en Ontario<sup>2</sup>.

**Figure 1. Nombre d'organismes de soins primaires qui ont soumis leur PAQ**



Le présent rapport met l'accent sur les cinq indicateurs prioritaires déterminés pour les organismes de soins primaires de l'Ontario. Comme l'indique le [Document d'orientation des PAQ](#)<sup>3</sup>, deux organismes sont invités à sélectionner

les indicateurs prioritaires si leur rendement actuel dans ces secteurs est inférieur aux points de référence provinciaux du meilleur résultat théorique.

Le tableau 1 fournit une ventilation du nombre et du pourcentage d'organismes qui ont choisi chacun des cinq indicateurs prioritaires en se fondant sur les définitions originales de chaque indicateur ainsi que sur les définitions des indicateurs qui ont été modifiées par certains organismes.

**Tableau 1. Sélection des indicateurs prioritaires des organismes\***

Indicateurs prioritaires	Nombre (%) d'organismes de soins primaires 2015-2016 (n = 289)
Accès en temps opportun à un fournisseur de soins primaires	280 (97 %)
Taux de suivi dans les sept jours suivant le congé de l'hôpital pour certaines affections	263 (91 %)
Expérience des patients : Fournisseurs de soins primaires consacrant suffisamment de temps à leurs patients	274 (95 %)
Expérience des patients : Participation des patients à la prise de décisions au sujet de leurs soins	276 (96 %)
Expérience des patients : Occasion de poser des questions	278 (96 %)

\* Voir l'annexe A pour obtenir plus de détails. Le reste du rapport utilise les indicateurs, tels que définis dans les [caractéristiques des indicateurs](#) de Qualité des services de santé Ontario.

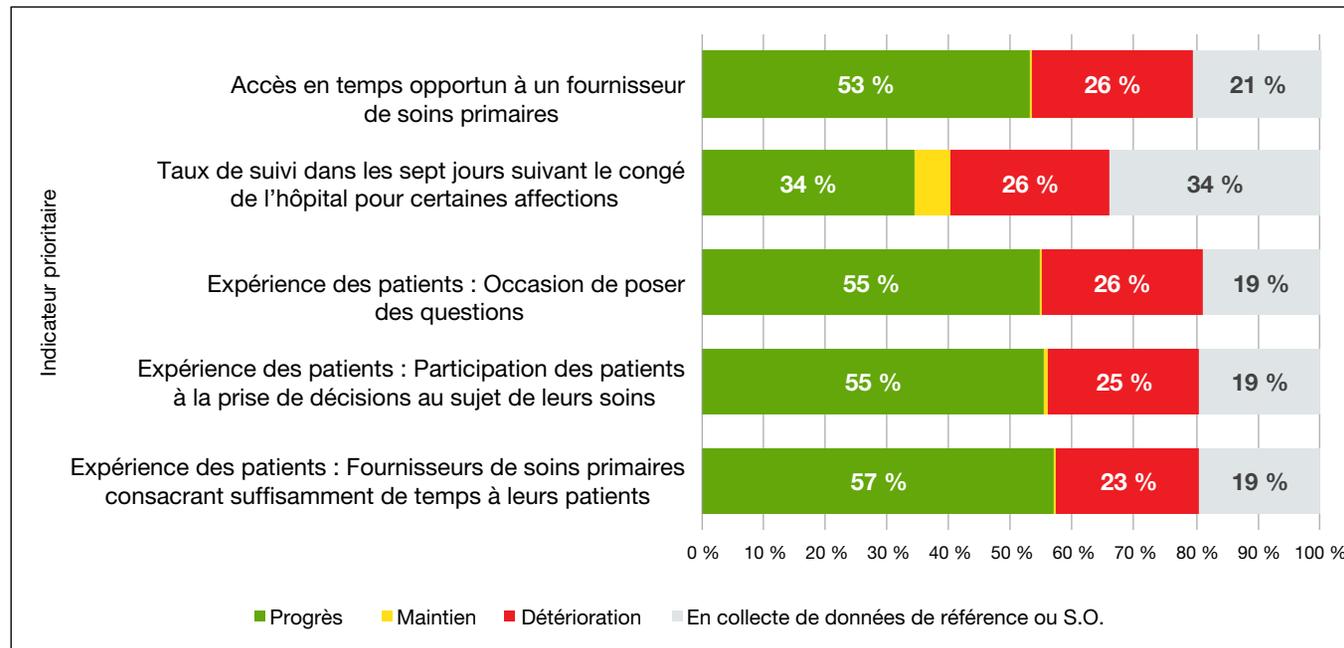
Le [Document d'orientation des PAQ](#) a également signalé des indicateurs supplémentaires que les organismes de soins primaires peuvent inclure dans leur PAQ afin de témoigner de leurs propres buts et possibilités d'amélioration de la qualité. Parmi les indicateurs supplémentaires pour l'exercice 2015-2016, les plus couramment sélectionnés comprenaient notamment le dépistage du cancer colorectal (69 %), le dépistage du cancer du col de l'utérus (67 %) et les taux de vaccination contre la grippe (63 %). Ces indicateurs, qui font la promotion de la santé chez les patients, représentent des thèmes émergents qui seront présentés comme indicateurs prioritaires dans les PAQ 2016-2017.

Plus de la moitié des organismes ont également choisi de travailler sur d'autres indicateurs qui nécessitent un partenariat intersectoriel. Ces indicateurs mettent l'accent sur la réduction du nombre de patients qui sont :

- traités dans les services des urgences pour des affections qui pourraient être prises en charge ailleurs;
- réadmis à l'hôpital après avoir obtenu leur congé récemment.

Quelque 133 indicateurs personnalisés ont été créés par les organismes, le thème commun principal étant la prise en charge du diabète.

**Figure 2. Regard vers les progrès réalisés en 2014-2015 : Pourcentage d'organismes parmi l'ensemble des soumissions de PAQ (n = 289) qui déclarent un changement absolu sur un an à l'égard des indicateurs prioritaires**



Un grand nombre d'organismes de soins primaires ont déclaré l'amélioration de leur rendement actuel entre avril 2014 et avril 2015 (barres vertes; 34 % à 57 %). Toutefois, un nombre important d'organismes n'avaient pas sélectionné les indicateurs (barres rouges, 23 % à 26 %), ou ont déclaré qu'ils étaient en train de recueillir des données de référence ou que l'indicateur n'était pas pertinent pour eux (S.O.) (barres grises, 19 % à 34 %). Les données de rendement déclarées par chaque organisme sont considérées comme étant descriptives et ne doivent pas être utilisées à des fins de responsabilisation.

Quatre des cinq indicateurs prioritaires sont mesurés en utilisant les données recueillies par sondages auprès des patients. C'est la première année que les organismes ont déclaré le nombre réel de patients qui ont répondu aux questions sur chaque indicateur, tel que défini dans les [caractéristiques des indicateurs](#) de Qualité des services de santé Ontario pour les PAQ. Bien que la taille de l'échantillon de réponses soit déclarée, les essais de leur signification statistique qui tiennent compte de la taille de la population, des intervalles de confiance et de la méthodologie de sondage n'ont pas été réalisés. Il n'y a pas de données disponibles sur la taille de la population, les intervalles de confiance ou la méthodologie du sondage. Par conséquent, ces données devraient être interprétées avec prudence.

Pour l'indicateur relatif au taux de suivi dans les sept jours suivant l'obtention d'un congé de l'hôpital pour certaines affections, les données sont déclarées par les organismes eux-mêmes et ne sont pas mesurées de manière normalisée pour tous les types de modèles de pratique, ou même dans le cadre de modèles. Les limites supplémentaires sur les données pour cet indicateur sont décrites dans le chapitre 3.

Malgré les défis permanents que représente la collecte de données fiables et représentatives sur le rendement, la majorité des organismes devraient être félicités pour l'établissement de cibles claires en vue de l'amélioration et de la mise en œuvre d'idées de changement visant à les aider à atteindre ces objectifs. Les progrès réalisés à l'égard de tous les indicateurs prioritaires examinés dans le présent rapport exigent un engagement pluriannuel soutenu par de multiples organismes dans différents secteurs afin d'intégrer leurs activités d'amélioration dans leur flux de travail quotidien en collaboration avec les partenaires du système.

Chaque chapitre dans ce rapport est consacré à des indicateurs prioritaires particuliers et comprend :

- un résumé des principales conclusions tirées des PAQ et, le cas échéant, les recommandations de Qualité des services de santé Ontario qui permettraient de renforcer les futurs PAQ;

- les objectifs de rendement établis par les organismes pour chaque indicateur prioritaire;
- un résumé des idées de changement que les organismes ont déjà mis en œuvre et d'autres idées qu'ils prévoient mettre en œuvre au cours de l'exercice 2015-2016.

Bien que le présent rapport soit principalement axé sur les indicateurs prioritaires dans les PAQ, [Qualité des services de santé Ontario](#) offre un large éventail de ressources pour soutenir les organismes de soins primaires à l'égard de leurs initiatives d'amélioration de la qualité :

- Ressources relatives aux [Plans d'amélioration de la qualité des soins primaires](#)
- [Sondage sur l'expérience des patients en matière de soins primaires et Guide de soutien connexe](#)
- [Qualité des soins primaires : Établissement de bases pour la surveillance et les rapports en Ontario](#)
- [Compas Qualité](#)
- [Accès ouvert et efficacité dans les soins primaires](#)
- [Maillons santé](#)
- [Production de rapports en ligne destinés au public sur des indicateurs de la qualité des soins primaires](#)
- [Rapports sur les pratiques de soins primaires](#)

Pour en apprendre davantage sur ces ressources et sur d'autres ressources, veuillez communiquer avec Qualité des services de santé Ontario à l'adresse [QIP@hqontario.ca](mailto:QIP@hqontario.ca).

# Chapitre 1

## Travailler au sein du secteur : Progrès propres au secteur réalisés à l'égard d'indicateurs prioritaires

Le présent chapitre se concentre sur l'amélioration qui nécessite des interventions réalisées par des organismes de soins primaires individuellement ou collectivement par l'ensemble du secteur. L'indicateur prioritaire utilisé pour mesurer les progrès du secteur est le nombre d'Ontariennes et d'Ontariens ayant un accès rapide aux soins primaires lorsqu'ils en ont besoin.

### Principales observations

- Les deux tiers des organismes (153/235) qui ont travaillé à améliorer l'accès le jour même ou le lendemain ont déclaré un progrès en 2014-2015, soit en dépassant, soit en atteignant leurs objectifs d'amélioration. Cependant, environ le tiers ont déclaré que leur rendement s'était détérioré en réalité. La mise en œuvre des [principes associés à l'accès ouvert](#) a été la stratégie la plus fréquemment utilisée par les organismes qui ont signalé des progrès.
- Pour renforcer les PAQ de l'année prochaine, Qualité des services de santé Ontario recommande que même les organismes qui ont démontré une amélioration continue constante :
  - o recueillent et analysent les résultats du sondage de manière cohérente;
  - o comparent la perception des patients de l'accès comme démontré dans le sondage et les données réelles de prise de rendez-vous provenant de leurs dossiers médicaux électroniques (DME) afin de définir les possibilités d'amélioration;
  - o établissent des objectifs de rendement progressivement plus élevés afin de mettre l'accent sur la façon de maintenir les gains.

### ACCÈS EN TEMPS VOULU À UN FOURNISSEUR DE SOINS PRIMAIRES

Cet indicateur mesure le pourcentage de patients qui peuvent consulter un médecin ou du personnel infirmier praticien le jour même ou le lendemain, au besoin. Les progrès pour cet indicateur sont mesurés à l'aide d'un sondage à l'intention des patients :

« La dernière fois que vous avez été malade ou craigniez avoir un problème de santé, combien de jours se sont écoulés entre le moment où vous avez sollicité les services de votre médecin ou de votre infirmière praticienne ou infirmier praticien et le moment où vous AVEZ EU UNE CONSULTATION avec cette personne ou avec quelqu'un d'autre de son cabinet?

- a) Le jour même
- b) Le lendemain
- c) Dans les 2 à 19 jours (indiquez le nombre de jours : \_\_\_\_\_)
- d) Dans les 20 jours ou plus
- e) Sans objet (je ne sais pas / je refuse de le dire) »<sup>4</sup>

### Comprendre cet indicateur

Le rapport de Qualité des services de santé Ontario récemment publié et intitulé *Qualité des soins primaires : Établir une fondation provinciale pour la surveillance et la reddition de comptes continues en Ontario (2015)*<sup>5</sup> démontre que la plupart des Ontariennes et des Ontariens ont un fournisseur de soins primaires qui agit comme le premier point de contact des personnes qui demandent des services médicaux. Cependant, moins de la moitié (44,3 %) sont en mesure de voir leur fournisseur dans les 24 à 48 heures lorsqu'ils sont malades. Les données internationales semblent indiquer que ce taux est le plus faible parmi les dix autres pays de statut social et économique analogue. En outre, seulement 28,4 % des Ontariennes et Ontariens qui vivent dans certaines régions du Nord et 34,6 % dans des régions rurales sont en mesure d'obtenir un rendez-vous en un jour lorsqu'ils sont malades. Ce résultat démontre que des écarts dans la pratique persistent au sein du secteur.

L'accès en temps voulu à un fournisseur de soins primaires peut :

- réduire les visites au service des urgences<sup>6</sup>;
- réduire le recours aux cliniques sans rendez-vous;
- améliorer la santé des patients<sup>6</sup>;
- améliorer la continuité des soins prodigués aux patients.

**Analyser cet indicateur** (voir l'annexe A pour obtenir plus de détails)

### Progrès réalisés sur les PAQ 2014-2015

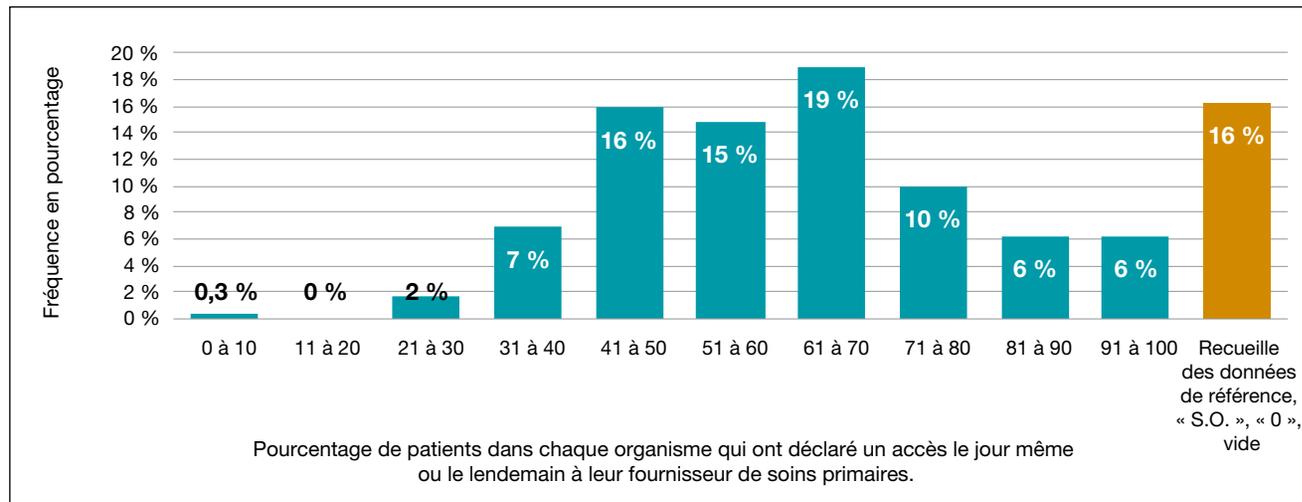
Parmi les 80 % (235/289) des organismes qui ont travaillé à cette priorité :

- 66 % (153/235) ont déclaré des progrès;
- 32 % (76/235) ont déclaré une détérioration du rendement.

### Rendement actuel tiré des PAQ 2015-2016

Pour les activités d'amélioration de cette année, les organismes ont déclaré un niveau élevé de variation de leurs valeurs du rendement. La plupart des organismes ont déclaré qu'entre 41 % et 80 % des patients ont été examinés le jour même ou le lendemain par leur fournisseur lorsqu'ils étaient malades ou qu'ils étaient préoccupés par un problème de santé (figure 3). De plus, les PAQ de cette année démontrent que 47 organismes planifient recueillir des données de référence ou n'ont déclaré aucune donnée en 2015-2016.

**Figure 3. Accès en temps opportun à un fournisseur de soins primaires selon les résultats des sondages 2014-2015 : Répartition en pourcentage du rendement actuel déclaré par les organismes (nombre total de soumissions : 289).**



**Remarque à propos de ce graphique :** Les organismes dans la catégorie « Recueil des données de référence » (qui représentent 16 % des organismes) comprennent ceux qui ont indiqué une valeur zéro, qui ont répondu « S.O. » ou « Recueil des données de référence ». La catégorie comprend également les organismes qui ont laissé le champ vide.

### Établissement d'objectifs dans les PAQ 2015-2016

Parmi les 80 % (232/289) des organismes qui ont inscrit cet indicateur défini comme une priorité :

- 88 % (203/232) ont établi un objectif supérieur au rendement actuel;
- 9 % (21/232) ont établi un objectif de maintien du rendement actuel.

Parmi les 21 organismes qui ont établi des objectifs égaux ou inférieurs au rendement actuel, les raisons les plus fréquemment utilisées pour justifier leur prise de décision comprennent ce qui suit :

- des préoccupations quant au maintien d'un niveau de rendement élevé;
- le recrutement et la rétention du personnel adéquat. Par exemple, **l'équipe de santé familiale Fort Frances** a déclaré qu'elle continuait de lutter pour recruter des médecins. Afin de répondre aux besoins des patients non inscrits dans la collectivité, l'organisme a élargi les heures de la clinique pendant lesquelles les soins sont prodigués par le personnel infirmier praticien pour répondre à la demande accrue de consultations sans rendez-vous;
- une demande prévue supérieure pour les consultations le jour même et le lendemain, ou des rendez-vous plus longs à la suite des plans visant à accroître le nombre de nouveaux patients ayant des besoins médicaux complexes qui sont inscrits auprès de l'organisme.

### Progrès réalisés à l'égard de cette priorité : Réflexions sur la dernière année

Les 153 organismes qui ont enregistré des progrès à l'égard de cet indicateur ont mis en œuvre une gamme semblable d'idées de changement. Les idées de changement les plus fréquemment mises en œuvre sont énumérées à la figure 4. Jusqu'à maintenant, les idées les plus couramment mises en œuvre étaient les [principes associés à l'accès ouvert](#) (qui ont été sélectionnés par 67 % des organismes qui ont déclaré des progrès à l'égard de cet indicateur). L'accès ouvert est un ensemble de principes et de pratiques qui permettent aux fournisseurs de « faire le travail d'aujourd'hui aujourd'hui ». Cela signifie que les patients qui appellent pour obtenir un rendez-vous devraient se voir offrir une consultation le même jour<sup>7</sup>.

Les éléments clés de l'accès ouvert sont les suivants :

- équilibrer l'offre et la demande;
- réduire les délais;
- réduire la diversité dans les types de rendez-vous;
- élaborer des plans d'urgence pour les circonstances inhabituelles;
- travailler afin de s'ajuster aux profils de la demande;
- augmenter la disponibilité des ressources en cas d'engorgement<sup>7</sup>.

L'adoption de ces principes exige un leadership solide, des investissements et du soutien.

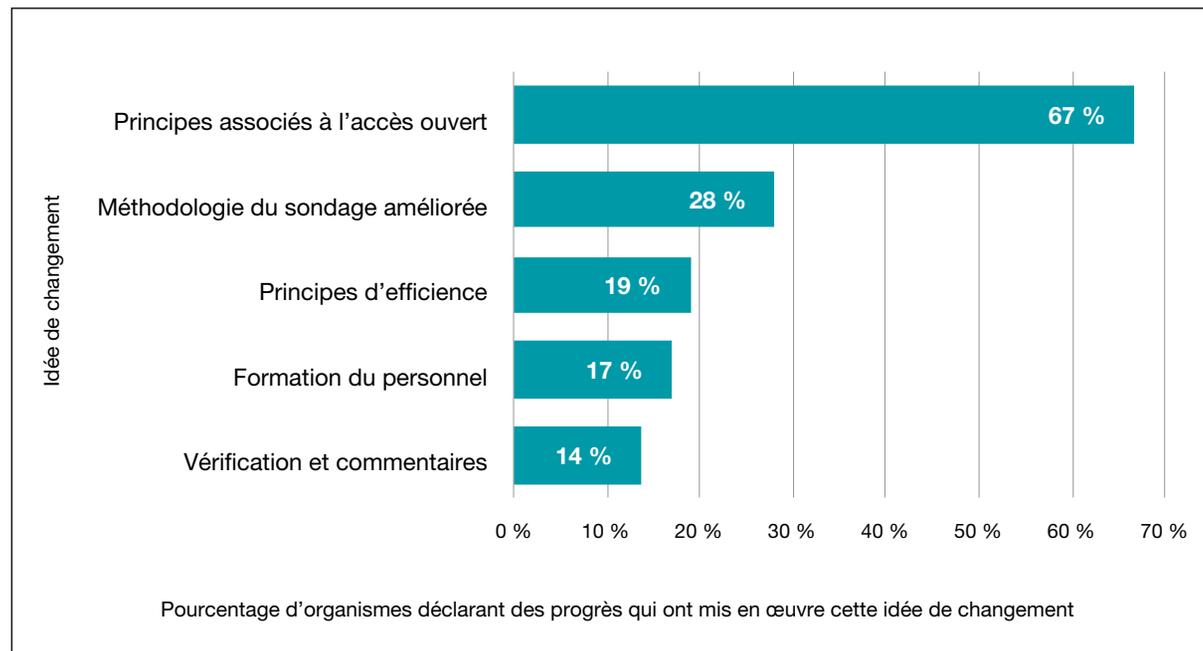
- **La clinique dirigée par du personnel infirmier de French River** a amélioré l'accès des patients le jour même ou le lendemain en le faisant passer de 39,5 % à 91,5 % au cours de l'exercice 2014-2015, en formant son personnel pour mettre en œuvre un système de rendez-vous fondé sur les principes associés à l'accès ouvert.

- **L'équipe de santé familiale Nord-Aski** a augmenté le nombre de rendez-vous que les médecins ont eus avec des patients par téléphone. Les diététiciens et les travailleurs de la santé mentale ont également fourni une assistance par téléphone. Ces rendez-vous téléphoniques ont permis aux organismes d'insérer davantage de consultations le jour même et le lendemain.
- **L'équipe de santé familiale du Harrow Health Centre** a découvert que, malgré le nombre plus que suffisant de rendez-vous le jour même ou le lendemain pour répondre à ses patients, bon nombre de patients n'étaient pas au courant que les membres de l'équipe étaient disponibles. Les données du sondage de l'organisme ont démontré que seulement 47 % des patients ont signalé avoir obtenu un rendez-vous urgent, même si les propres données de prise de rendez-vous de l'équipe de santé familiale laissent entendre que 92 % de l'horaire de la clinique était disponible pour des rendez-vous le jour même ou le lendemain.

Des 21 organismes qui ont mis en œuvre « la vérification et les commentaires », une stratégie fréquemment utilisée pour améliorer la pratique professionnelle, un grand nombre ont décrit la façon dont ils ont recueilli des données (vérification), mais n'ont pas fourni de détails sur la façon dont les données ont été partagées avec les membres du personnel (commentaires) pour que tous puissent en tirer parti. Afin d'améliorer les stratégies de vérification et de commentaires des organismes, Qualité des services de santé Ontario recommande que :

- les commentaires soient remis aux membres du personnel à intervalles réguliers, verbalement et par écrit;
- des objectifs de rendement explicites associés à un délai donné soient établis;
- un plan d'action soit élaboré et mis en œuvre<sup>8</sup>.

**Figure 4. Accès en temps opportun : Cinq idées de changement qui ont été mises en œuvre par 153 organismes qui ont déclaré des progrès à l'égard de cet indicateur en 2014-2015\*\***



\*\* Les organismes ont eu recours à plusieurs idées de changement.

### Faire progresser cette priorité : Plans pour l'année à venir

Parmi les 80 % (232/289) des organismes qui ont inscrit cet indicateur comme une priorité pour l'exercice 2015-2016 :

- 195 (84 %) prévoient mettre en œuvre les principes associés à l'accès ouvert, alors que 65 autres (28 %) prévoient mettre en œuvre les principes d'efficacité qui mettent l'accent sur l'optimisation des processus afin d'améliorer le flux des patients.
  - **La clinique dirigée par du personnel infirmier praticien VON 360 Degree** simplifie les processus de soins d'urgence et le triage en permettant aux patients de prendre rendez-vous le jour même ou le lendemain directement avec la réceptionniste au lieu de faire d'abord trier la demande par un membre du personnel infirmier. Cette démarche

répond aux besoins des patients en leur permettant de prendre des rendez-vous urgents directement.

- **Le Centre de santé communautaire de Belleville et de Quinte Ouest** prévoit remplacer les séances d'orientation personnalisées pour chaque patient récemment inscrit par des séances en groupe qui présentent à 20 nouveaux patients à la fois la manière dont la clinique fonctionne. Ce modèle qui a recours à des admissions par groupe simplifie la première visite, surtout pour les familles avec de jeunes enfants, et identifie ceux qui ont besoin de prendre des rendez-vous de suivi. Le regroupement des admissions des nouveaux patients libère plus de temps dans l'horaire quotidien pour les rendez-vous le jour même ou le lendemain.

- 102 organismes (44 %) prévoient travailler à l'ajustement de la méthodologie de leur sondage sur l'expérience des patients afin de s'assurer que les points de vue en matière d'accès opportun d'une population de patients plus diversifiée soient saisis. Pour aider à cette démarche, le [sondage sur l'expérience des patients en matière de soins primaires et le guide pratique connexe](#)<sup>9</sup> offrent un outil normalisé, publié dans plusieurs langues, et des conseils sur les méthodes de sondage.
  - o Certains organismes utilisent des kiosques, des sites Web, des tablettes et des bénévoles afin d'augmenter le nombre de patients sondés.
  - o Certains organismes, comme **l'équipe de santé familiale du centre médical Smithville**, envoient des sondages par courriel afin d'augmenter la taille de leur échantillon. Les organismes ont décrit le courriel comme un moyen moins coûteux pour atteindre un plus grand nombre de patients, y compris ceux qui n'ont pas consulté le cabinet régulièrement.
- Soixante-quinze organismes (32 %) prévoient mettre en œuvre des stratégies de vérification et de commentaires qui peuvent comprendre un examen des données sur l'accès le jour même ou le lendemain dans les dossiers médicaux électroniques. Certains organismes ont mentionné le partage d'un sommaire du rendement avec les cliniciens comme une façon de favoriser l'amélioration et de réduire les écarts.
- **L'équipe de santé familiale d'East Wellington** a déclaré : « *En partageant nos conclusions, l'un de nos médecins était convaincu qu'il fallait passer à l'accès ouvert et a remarqué des améliorations importantes dans ses résultats de troisième rendez-vous disponible.* »

Voici des conseils lorsque vous travaillez afin d'améliorer l'accès le jour même ou le lendemain :

- Utiliser des définitions de sondage normalisées, qui permettent aux organismes de surveiller leurs propres progrès et d'effectuer des comparaisons au niveau du système.
- Créer des paramètres de mesure des processus, comme l'utilisation d'un logiciel de prise de rendez-vous afin de mesurer la disponibilité réelle de rendez-vous le jour même et le lendemain.

Si des rendez-vous le jour même ou le lendemain sont disponibles, les patients perçoivent néanmoins, pour une raison quelconque, qu'ils ne le sont pas; les organismes doivent envisager des stratégies supplémentaires afin d'augmenter la sensibilisation du public. Le changement dans les perceptions des patients peut prendre du temps. Les sondages bien réalisés peuvent jouer un rôle dans la sensibilisation des patients quant à leurs options pour accéder à des soins primaires plus rapidement.

### ★ Pleins feux : Voici un exemple d'organisme qui décrit des idées de changement pouvant contribuer à l'amélioration de cet indicateur.

- Le **Centre de santé communautaire du Centre-Toronto** a amélioré l'accès aux soins primaires pour les populations qui sont les plus dans le besoin comme suit :
  - o en installant les cliniques dans des espaces communautaires, comme les refuges pour sans-abri et les centres d'accueil pour les jeunes à risque;
  - o en fournissant une clinique « pour soutenir les personnes dans le besoin » pour les patients qui ont besoin d'un soutien médical ou psychosocial, mais qui sont soit non inscrits auprès de l'organisme, soit incapables de respecter leurs rendez-vous;
  - o en travaillant avec ses partenaires des maillons santé afin de mieux fournir et coordonner les soins pour les patients ayant des besoins complexes. Entre autres choses, ce partenariat permet :
    1. la collaboration entre les centres de santé communautaire et les praticiens qui exercent seuls, qui peuvent avoir besoin de soutien et de ressources supplémentaires pour prendre en charge les patients ayant des besoins complexes;
    2. la collaboration entre les centres de santé communautaire et deux services des urgences afin de s'assurer que les patients vulnérables et ayant des besoins complexes sont rapidement mis en lien avec les soins primaires et les services communautaires.

## Chapitre 2

# Communiquer et travailler ensemble : Améliorations intersectorielles des indicateurs prioritaires

---

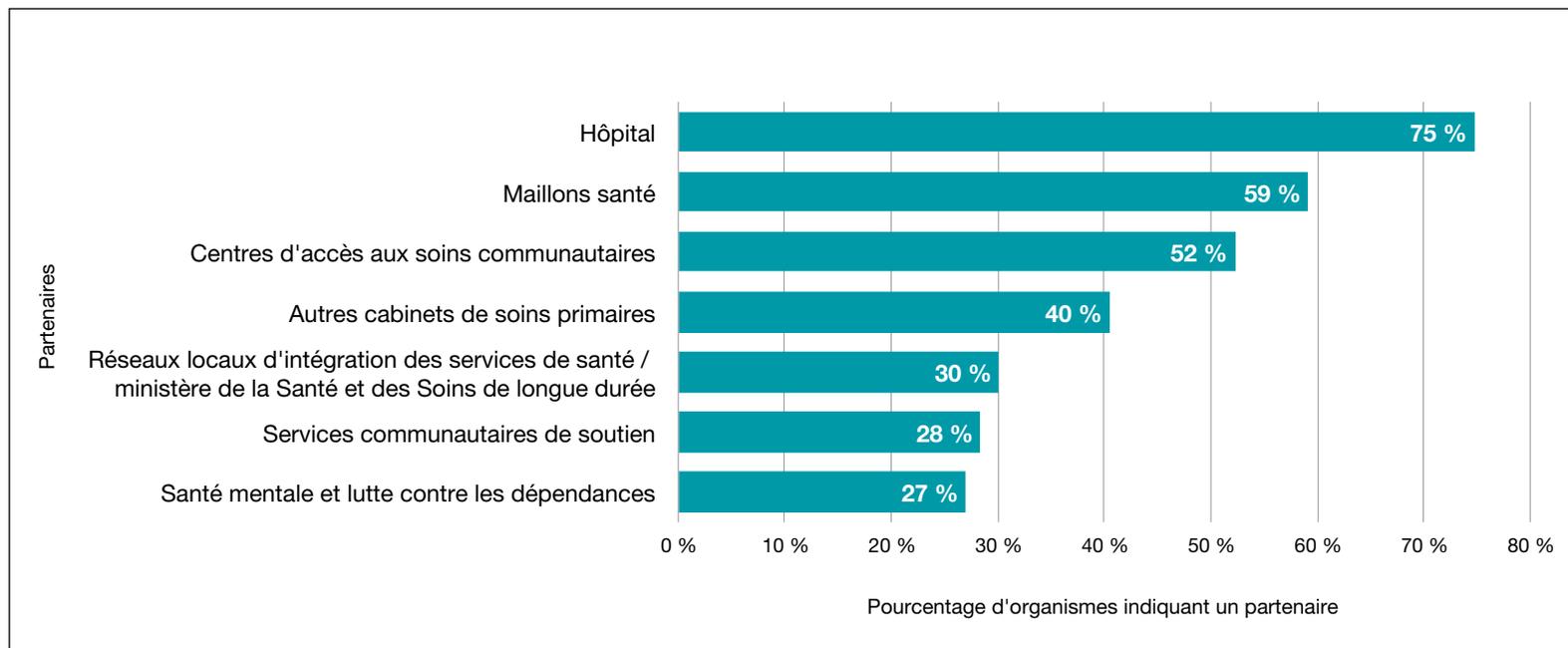
Le présent chapitre examine la manière dont les organismes de soins primaires de l'Ontario travaillent de concert avec d'autres partenaires afin d'améliorer la façon dont les patients se déplacent dans différents établissements de soins. Souvent, les personnes âgées et les patients ayant des besoins complexes sont ceux qui tirent le plus parti de la fluidité des transitions. L'indicateur actuel utilisé pour mesurer une transition de soins réussie est le nombre total de patients ayant un rendez-vous avec un fournisseur de soins primaires dans les sept jours suivant le congé de l'hôpital.

Un système de santé intégré, dans lequel les fournisseurs de tous les secteurs sont organisés et reliés et travaillent en collaboration, est la clé de la prestation de soins de qualité supérieure. Le progrès continu des consultations aux soins primaires après l'obtention du congé dépendra

de la force des partenariats entre les organismes de soins primaires ainsi que des partenariats intersectoriels, non seulement au sein du système de santé, mais également avec des organismes qui offrent des services sociaux, des services d'établissement et des services de soutien en santé mentale.

Comme l'indique la figure 5, les trois quarts des organismes ont déclaré avoir des relations actives avec au moins un autre organisme partenaire, les plus courants étant les hôpitaux, les maillons santé et les centres d'accès aux soins communautaires.

**Figure 5. Partenariats les plus couramment signalés entre les organismes de soins primaires qui soumettent des plans d'amélioration de la qualité**



### Principales observations

- Pour que les organismes de soins primaires fournissent des soins coordonnés, ils doivent établir des communications bilatérales efficaces avec d'autres hôpitaux. Bien que le fait de recevoir des sommaires de congé des patients provenant des hôpitaux en temps opportun demeure un défi, des collaborations intersectorielles sont en cours pour accélérer le flux de l'information.
- Sans accès en temps réel aux sommaires de congé, un nombre croissant d'organismes de soins primaires ont mis au point d'autres façons d'assurer le suivi des processus au moment du transfert des patients de l'hôpital à leur domicile.
- Les organismes devraient être félicités pour leur engagement à utiliser les données disponibles limitées afin d'orienter leurs activités d'amélioration, perfectionner leurs méthodes de mesure et fixer des objectifs d'amélioration clairs.
- Les organismes prévoient mettre en œuvre plusieurs idées de changement pour assurer le suivi du rendement à l'égard de cet indicateur en 2015-2016, la majorité étant axées sur la communication accrue entre les hôpitaux et les fournisseurs de soins de santé primaires.
- Qualité des services de santé Ontario recommande que les organismes consultent les sites Web des [maillons santé](#) et de [Compas Qualité](#) pour obtenir des renseignements sur les idées de changement qui sont conçues pour améliorer les transitions de soins.

## TAUX DE SUIVI DANS LES SEPT JOURS SUIVANT LE CONGÉ DE L'HÔPITAL POUR CERTAINES AFFECTIONS

Cet indicateur mesure le pourcentage de patients qui consultent leur fournisseur de soins primaires dans les sept jours suivant leur congé de l'hôpital pour certaines affections. La plupart des équipes de santé familiale ont accès à ces données à partir du portail Web de la Direction des données sur la santé du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Les rapports pour les centres de santé communautaire, les cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien et les centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones, qui sont encore en cours d'élaboration, mesurent l'indicateur de façon légèrement différente.

La mesure de cet indicateur suit son cours. Les limites actuelles de mesure et de surveillance du rendement à l'égard de cet indicateur comprennent les suivantes :

- décalage considérable pour que les données soient accessibles aux organismes de soins primaires;
- les données qui pourraient ne pas précisément refléter la portée du travail accompli par les organismes. Par exemple, la définition actuelle de cet indicateur ne comprend que les consultations au cabinet avec un médecin et exclut les consultations avec d'autres membres de l'équipe de soins interprofessionnelle. Sont également exclus les coups de fil aux patients, les visites à domicile par les membres de l'équipe de soins et les contacts des patients avec les médecins de famille à l'hôpital.

Cet indicateur est mesuré par les organismes de soins primaires ainsi que les maillons santé et les RLISS. Les données recueillies, bien qu'incomplètes, font partie d'un effort en évolution pour surveiller les répercussions des efforts d'intégration et favoriser l'amélioration sur plusieurs années.

### Comprendre cet indicateur :

La période qui suit immédiatement un séjour à l'hôpital peut faire en sorte que certains patients aient des problèmes de santé complexes, notamment l'insuffisance cardiaque congestive et la maladie pulmonaire obstructive

chronique, et les mettre à risque élevé d'être réadmis<sup>10</sup>. Une transition harmonieuse entre l'hôpital et le domicile peut :

- améliorer les résultats pour les patients;
- améliorer l'expérience des patients<sup>11</sup>;
- réduire les coûts totaux du système de santé.

**Analyser cet indicateur** (voir l'annexe A pour obtenir plus de détails)

### Progrès réalisés sur les PAQ 2014-2015

Parmi les 70 % (202/289) des organismes qui ont travaillé à cette priorité :

- 49 % (99/202) ont déclaré des progrès;
- 8 % (17/202) ont déclaré que le rendement était resté le même;
- 37 % (75/202) ont déclaré une détérioration du rendement.

### Rendement actuel tiré des PAQ 2015-2016

Comme point de départ pour les activités d'amélioration de cette année :

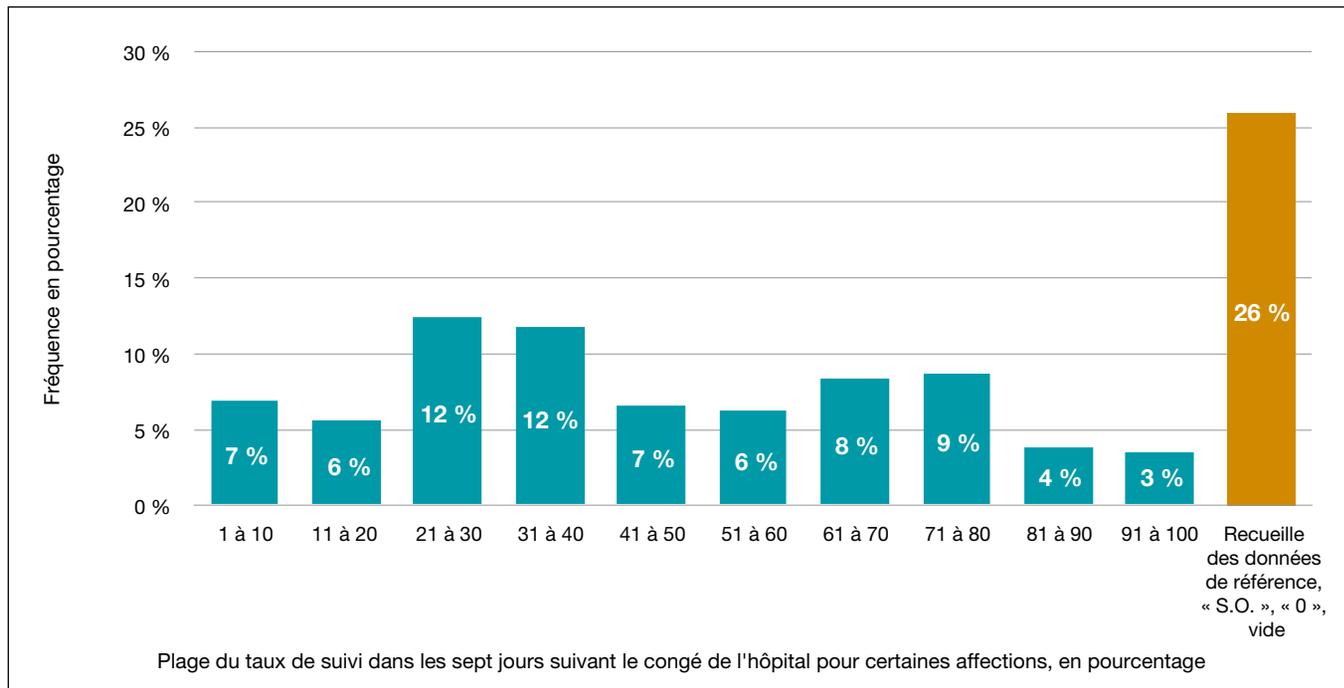
- 22 % (75/289) de l'ensemble des organismes sont soit en train de recueillir des données de référence soit, dans le cas des cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien et des centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones, ne disposent pas encore des données nécessaires pour rendre leurs rapports disponibles.
- 5 % (15/199) des organismes ont supprimé leurs résultats parce que la valeur de rendement était si faible qu'elle n'a pas pu être déclarée sans violer la protection des renseignements personnels des patients.

### Établissement d'objectifs dans les PAQ 2015-2016

Parmi les 69 % (199/289) des organismes qui ont inscrit cet indicateur défini comme une priorité :

- 80 % (160/199) ont établi un objectif d'amélioration du rendement;
- 15 % (30/199) prévoient maintenir leur rendement actuel;
- 5 % (9/199) ont établi un objectif inférieur au rendement actuel.

**Figure 6. Taux de suivi dans les sept jours suivant le congé de l'hôpital pour certaines affections : Distribution du rendement actuel, comme déclaré par les organismes en avril 2015 (total des soumissions : 289)**



**Remarque à propos de ce graphique :** Ce graphique décrit les répartitions des taux de suivi dans les sept jours suivant le congé de l'hôpital déclarés par les organismes; par exemple, 3 % des organismes ont déclaré un taux de suivi dans les sept jours suivant le congé de l'hôpital se situant entre 91 % et 100 %. Les organismes dans la catégorie « Recueil des données de référence » (qui représentent 26 % des organismes) comprennent ceux qui ont indiqué une valeur zéro, qui ont répondu S.O. ou « Recueil des données de référence ». La catégorie comprend également les organismes qui ont laissé le champ vide.

### Progrès réalisés à l'égard de cette priorité : Réflexions sur la dernière année

L'un des obstacles les plus importants à l'amélioration du rendement demeure la transmission fiable et en temps opportun des sommaires de congé des patients des hôpitaux aux organismes de soins primaires. Par conséquent, il y a une variation considérable dans la capacité des organismes à inscrire à l'horaire des consultations de suivi pour les patients dans les sept jours suivant le congé de l'hôpital (figure 6).

Les idées de changement les plus fréquentes – et de loin! – indiquées par 38 % des organismes (77/202), consistent à élaborer des systèmes normalisés de communication. Souvent, ce processus commence par l'élaboration d'accords de partage des données et des protocoles.

- **L'équipe de santé familiale de Halton Hills** travaille de concert avec l'hôpital de la région pour accélérer l'envoi des avis de mise en congé et améliorer le partage de données entre les deux organismes.

- **La clinique dirigée par du personnel infirmier praticien de Nord Muskoka** travaille avec le Maillon santé de Nord Muskoka afin de mettre sur pied une solution électronique qui permettrait le partage de données entre tous les partenaires du système de santé de la région, y compris le centre d'accès aux soins communautaires et Muskoka Algonquin Healthcare.

28 % (56/202) des organismes travaillent par ailleurs sur des sommaires de congé et des processus générés par ordinateur. De nombreux organismes ont décrit la mise en œuvre d'un logiciel appelé Système de gestion des rapports hospitaliers (SGRH) pour l'envoi par voie électronique de renseignements sur les congés par les hôpitaux aux organismes de soins primaires.

- **L'équipe de santé familiale de la vallée de l'Outaouais** a reçu les dossiers des patients en milieu hospitalier plus rapidement et plus précisément après l'essai du SGRH. Les dossiers ont été intégrés directement dans le système de dossiers médicaux électroniques de l'organisme, afin qu'il soit plus facile pour les médecins d'y effectuer des recherches et d'y accéder. L'organisme a l'intention de pleinement mettre en œuvre ce système en 2015-2016.
- Le **Centre de santé communautaire Chigamik** utilise le SGRH afin de recevoir des images diagnostiques et des rapports de plus de 56 établissements expéditeurs, y compris l'hôpital Royal Victoria et l'Hôpital général de la baie Georgienne. Le logiciel permet au centre Chigamik d'assurer avec succès le suivi des patients qui obtiennent leur congé de l'hôpital et de leur donner un rendez-vous de suivi en temps opportun.
- Dans le Sud-Ouest de l'Ontario, les organismes ont expliqué qu'ils se relient à un portail électronique sécurisé qui fournit aux médecins et aux cliniciens un accès en temps réel aux renseignements médicaux électroniques de leurs patients de l'ensemble des hôpitaux de soins actifs de la région, du centre d'accès aux soins communautaires, du programme régional de lutte contre le cancer et de deux répertoires de données provinciales.

En l'absence d'un système de santé électronique qui relie les hôpitaux avec les fournisseurs de soins primaires, 11 % (22/202) des organismes ont axé leurs efforts sur les moyens d'accélérer le flux de l'information.

- L'infirmière autorisée de **l'équipe de santé familiale de Manitoulin Centre** a un contact quotidien avec le planificateur de mise en congé de l'hôpital de la région pour déterminer les patients qui recevront bientôt leur congé et coordonner un plan de mise en congé. Cependant, le maintien de cette pratique quotidienne s'est avéré un défi en raison du manque de personnel à l'hôpital.
- **L'équipe de santé familiale de Trent Hills et celle du district de Kirkland** comptent des médecins de famille qui travaillent également dans les hôpitaux. Ces médecins discutent souvent des soins de suivi directement avec les patients qui attendent leur congé.

### Faire progresser cette priorité : Plans pour l'année à venir

Les organismes prévoient mettre en œuvre plusieurs idées de changement, dont la majorité sont axées sur la découverte de moyens normalisés pour les hôpitaux, les patients et leur famille d'aviser les organismes de soins primaires relativement à tout patient en attente de son congé de l'hôpital. Certaines des pratiques normalisées mises en œuvre, particulièrement pour les patients ayant des besoins complexes, comprennent les suivantes :

- appels quotidiens par le personnel de soins primaires à chaque unité médicale dans les hôpitaux pour déterminer les patients en attente de congé;
- envoi par télécopie par les hôpitaux aux organismes de soins primaires des listes de patients en attente de congé;
- émissions de directives par les organismes de soins primaires pour les patients, les encourageant à communiquer avec leur fournisseur de soins primaires s'ils sont hospitalisés.

D'autres idées de changement planifiées comprennent les suivantes :

- **Vérification et commentaires.** Les organismes ont décrit des plans afin d'assurer le suivi des processus internes clés tels que :
  - o la date de mise en congé du patient par l'hôpital;
  - o la date à laquelle le sommaire de congé de l'hôpital est reçu par le personnel de la clinique;
  - o le nombre de jours qu'il faut après le congé pour que les patients soient vus par un médecin ou un infirmier praticien.

Afin d'améliorer l'efficacité de cette stratégie, Qualité des services de santé Ontario recommande que les données soient regroupées à la fois à l'échelon organisationnel et pour chaque médecin ou infirmier praticien. Les données devraient alors être partagées avec l'ensemble des fournisseurs de première ligne pour accroître la transparence, réduire les variations dans la pratique et favoriser l'amélioration.

- **Sommaires de congé générés par ordinateur :**

- o Un nouveau portail Web, connu sous le nom de **portail de l'information intégrée sur la santé du Sud-Est (SHIIP)** a été lancé dans le RLSS du Sud-Est, et un grand nombre d'organismes de soins primaires y sont reliés. Ce portail est doté d'un système d'alerte qui avertit l'organisme lorsqu'un de ses patients ayant des besoins complexes obtient son congé de l'hôpital. Les organismes, comme **l'équipe de santé familiale de Lakelands, le Centre de santé communautaire de Belleville et Quinte Ouest, le Centre de santé communautaire Gateway, le Centre de santé communautaire de Kingston et le Centre de santé communautaire Country Roads** sont reliés au portail.

- o 22 % (43/199) des organismes travaillent avec le maillon santé de leur secteur afin d'établir des processus qui leur fournissent en temps réel l'accès électronique aux sommaires de congé de l'hôpital.
- o 11 % (21/199) des organismes travaillent avec le maillon santé de leur secteur à créer des plans de soins coordonnés, qui sont des documents qui exposent les objectifs des patients ayant des besoins complexes et leur fournissent des directives pour naviguer dans divers milieux de soins. Les plans de soins coordonnés se déplacent avec les patients en leur fournissant à eux, à leur famille et aux fournisseurs de services un accès rapide à des renseignements pertinents et une compréhension commune de ce qui est important pour les patients et leurs personnes soignantes.

Pour renforcer les PAQ de l'année prochaine, Qualité des services de santé Ontario recommande que les organismes consultent sa [Trousse d'amélioration fondée sur des données probantes](#)<sup>12</sup>, les [maillons santé](#) et les sites Web de [Compas Qualité](#) pour obtenir des renseignements à propos des idées de changement qui sont conçues pour améliorer les transitions de soins.

★ **Pleins feux** : Voici plusieurs exemples d'organismes décrivant des idées de changement qui, selon eux, ont contribué ou peuvent avoir contribué à l'amélioration de cet indicateur.

- **L'équipe de santé familiale Upper Canada** va maintenant au-delà du simple fait de fournir aux patients récemment sortis de l'hôpital un rendez-vous en temps opportun aux soins primaires. Le personnel infirmier pivot et le pharmacien de l'organisme collaborent pour s'assurer que tous les patients sont suivis de l'admission à leur congé. Leurs interventions comprennent le bilan comparatif des médicaments, la mise à jour des dossiers des patients et la planification des rendez-vous avec leur fournisseur de soins primaires après l'obtention du congé. Ces efforts ont mené à la création d'une politique qui déclenche un aiguillage vers le pharmacien pour obtenir un suivi plus rigoureux lorsque certains critères sont satisfaits. Cette pratique veille à ce que les patients et leurs personnes soignantes obtiennent l'aide dont ils ont besoin afin de prendre leurs médicaments comme prescrits, surtout si leurs médicaments ont changé depuis une hospitalisation.
- **L'équipe de santé familiale de Southlake** utilise un portail et un outil logiciel fondé sur des documents Excel pour compiler une liste quotidienne de patients qui ont obtenu leur congé de l'hôpital de la région. Des infirmières et infirmiers et des travailleurs sociaux communiquent avec chaque patient ayant obtenu son congé et prennent des dispositions relatives aux soins de suivi. En utilisant ces processus, la clinique de Newmarket de l'organisme a amélioré son taux de suivi après le congé et l'a fait passer à 56 %, comparativement au taux de référence de 18 %. L'organisme prévoit élargir l'utilisation de ces processus à ses autres cliniques en 2015-2016.
- **L'équipe de santé familiale de la municipalité d'Assinack**, qui est l'une des équipes de santé familiale les plus petites de la province, envoie des travailleurs sociaux visiter les patients avant qu'ils obtiennent leur congé de l'hôpital. Les patients discutent de toute préoccupation avec les travailleurs sociaux, qui ont mis en place des consultations de suivi à domicile. Cette stratégie démontre l'efficacité de l'utilisation des équipes interprofessionnelles.
- Le **Centre de santé communautaire de North Lambton** prévoit élaborer et mettre en œuvre une campagne d'éducation des clients, « Prendre votre congé en charge », afin d'encourager les clients à communiquer avec le CSC une fois qu'ils ont obtenu leur congé de l'hôpital. Les clients participeront au processus de planification.

## Chapitre 3

# Comprendre les points de vue des patients : Participation et expérience des patients

Les soins prodigués par le système de santé devraient répondre aux besoins de la population ontarienne et être fondés sur ceux-ci. Un élément clé de l'amélioration continue de la qualité est l'écoute du point de vue des patients afin de comprendre quels processus fonctionnent bien pour eux et lesquels pourraient être améliorés. Leurs commentaires servent ensuite à restructurer les services.

Ces indicateurs sont collectivement reliés à l'expérience des patients, mais chacun est unique et, par conséquent, exigera des approches distinctes pour l'amélioration de la qualité.

### Principales observations

- Au cours de la dernière année, plus de 70 000 patients – un nombre sans précédent – ont répondu aux sondages à propos de leurs expériences en matière de soins. Il y a une variation importante de la taille de l'échantillon, soit de 12 à 2 330 réponses, en fonction de l'organisme qui a mené le sondage.
- La majorité des organismes ont commencé à assurer le suivi et à partager des données sur l'expérience des patients d'une manière commune et cohérente, mais une minorité importante (15 %) en est toujours à la première année de la collecte de données de référence.

Trois types d'indicateurs discrets sont utilisés pour mesurer l'expérience des patients :

- **Occasion de poser des questions** : Cet indicateur mesure le pourcentage des patients qui ont répondu de façon positive (toujours ou souvent) à la question suivante : *Lorsque vous consultez votre médecin ou votre infirmière praticienne ou infirmier praticien, à quelle fréquence cette personne ou une autre personne du cabinet vous donne la possibilité de poser des questions sur le traitement recommandé?*
- **Participation des patients à la prise de décisions au sujet de leurs soins** : Cet indicateur mesure le pourcentage des patients qui ont répondu de façon positive à la question suivante : *Lorsque vous consultez votre médecin ou votre infirmière praticienne ou infirmier praticien, à quelle fréquence cette personne ou une autre personne du cabinet vous inclut autant que vous le souhaitez dans les décisions touchant vos soins et votre traitement?*
- **Temps de consultation suffisant** : Cet indicateur mesure le pourcentage des patients qui ont répondu de façon positive à la question suivante : *Lorsque vous consultez votre médecin ou votre infirmière praticienne ou infirmier praticien, à quelle fréquence cette personne ou une autre personne du cabinet passe suffisamment de temps avec vous?*

- Les organismes déclarent des niveaux élevés de rendement de l'expérience des patients, entre 50 et 55 % d'entre eux déclarant des résultats positifs dans le 90<sup>e</sup> percentile. Toutefois, certains organismes n'ont pas établi d'objectifs relativement au maintien du même niveau de rendement en 2015-2016.
- L'objectif principal des idées de changement pour 2015-2016 est d'ajuster la méthode de réalisation des sondages des patients. Cependant, peu d'organismes ont décrit des stratégies afin de faire face aux secteurs spécifiques de l'expérience des patients qui doivent être améliorés.

### Observations globales

Vous trouverez ci-dessous des observations qui ont émergé de l'analyse des trois indicateurs prioritaires effectuée par Qualité des services de santé Ontario – occasion de poser des questions, participer aux décisions relatives aux soins, suffisamment de temps avec votre fournisseur – liés à l'expérience des patients.

- **Faire participer les patients à leurs soins :** Au cours de la dernière année, quelque 70 000 patients – un record – ont répondu aux sondages à propos de leurs expériences en matière de soins. Ce niveau de réponse laisse entendre que les patients désirent formuler des commentaires à propos de leurs expériences de soins. Il existe encore un écart entre le type de soins prodigués aux patients et le type de soins qu'ils devraient recevoir. Le document [Priorité aux patients : Plan d'action de l'Ontario en matière de soins de santé](#)<sup>13</sup> met l'accent sur l'importance de placer les besoins des patients au centre de tout ce que font les fournisseurs de soins de santé.

3. **Utiliser les questions de sondage normalisées :** Depuis que les sondages sur l'expérience des patients ont été lancés il y a trois ans, bon nombre d'organismes ont découvert qu'il est difficile de procéder à un sondage régulier. Il est encourageant de constater qu'au cours de la dernière année, la majorité des organismes de soins primaires ont commencé à utiliser des questions normalisées dans les sondages réalisés auprès des patients.

Les organismes commencent à comparer leur rendement à celui de leurs pairs régionaux et à des comparateurs internationaux, ce qui entraîne des cibles et des objectifs plus ambitieux. Le [Sondage 2014 du Fonds du Commonwealth](#) réalisé auprès de onze pays utilise également les indicateurs prioritaires du PAQ pour mesurer l'expérience des patients. L'utilisation à grande échelle de ces indicateurs souligne l'importance d'avoir des questions de sondage normalisées, ce qui permet aux organismes de comparer leur rendement à des points de référence international<sup>14</sup>.

Cette initiative visant à surveiller, suivre et partager des données d'une manière commune et cohérente est une évolution encourageante. Cependant, une minorité importante d'organismes (15 %) en sont encore à la collecte de données de référence, même s'ils soumettent leur PAQ pour la troisième année. En mai 2015, la publication du [Sondage sur l'expérience des patients en matière de soins primaires et du Guide de soutien connexe](#) – le premier outil normalisé de la province pour mesurer et surveiller les expériences des patients – devrait aider les organismes à agir plus rapidement pour peaufiner la façon dont ils mènent des sondages.

4. **Viser des objectifs plus élevés :** Parmi les organismes qui mènent déjà des sondages et produisent un rendement de niveau élevé à l'égard d'indicateurs prioritaires, certains ont établi des objectifs pour 2015-2016 qui sont soit au même niveau, soit inférieurs à leur rendement actuel. Certains de ces organismes ont déclaré qu'ils s'attendent à une incidence négative sur leur rendement à mesure qu'ils ajustent leur méthodologie de sondage pour accroître le nombre de patients interrogés.

Il est important pour les organismes d'élaborer un ensemble de données plus fiables en sollicitant les commentaires d'un échantillon plus vaste et plus diversifié, représentatif de l'ensemble de la population. En outre, tous les organismes, y compris ceux dont le rendement est parfait, devraient envisager ce qui suit :

- o établir des objectifs de rendement progressivement plus élevés, dans le but de maintenir les gains sur plusieurs années;
- o concentrer les améliorations afin d'augmenter le pourcentage de patients qui ne répondent que « toujours » plutôt que « toujours et souvent » lorsqu'on leur demande si l'équipe de soins a passé suffisamment de temps avec eux.

Un engagement à l'égard de l'établissement d'objectifs élargis – avant-gardistes, mais atteignables qui surpassent le rendement antérieur – est un principe fondamental de l'amélioration continue de la qualité.

**5. Réagir aux résultats du sondage afin d'améliorer l'expérience :** Bien que le perfectionnement de la méthodologie du sondage soit important, l'objectif final consiste à utiliser les commentaires des patients pour cibler les faiblesses et les points forts individuels, à comprendre leurs causes et à apporter des améliorations à l'expérience des patients. Les organismes ont une excellente occasion de s'améliorer à cet égard.

L'examen des PAQ 2015-2016 indique qu'un grand nombre d'organismes de soins primaires traitent les trois indicateurs de l'expérience des patients comme un seul indicateur. Bien que ces indicateurs soient tous liés à l'expérience des patients, ils ont trait à trois aspects distincts des idées de changement. Plus de 100 organismes ont utilisé les mêmes idées de changement afin de favoriser l'amélioration pour les trois indicateurs. De plus, les organismes qui ont déclaré une détérioration du rendement étaient plus susceptibles d'utiliser la même idée de changement pour s'attaquer aux trois indicateurs. Qualité des services de santé Ontario recommande que les organismes prennent des mesures concrètes afin de tenir compte des points de vue et des opinions des patients au sujet de leurs soins. À cette

fin, les organismes doivent envisager de cerner des idées de changement spécifiques pour chacun des indicateurs prioritaires relatifs à l'expérience des patients, plutôt que d'avoir recours aux mêmes stratégies pour chacun d'entre eux.

## EXPÉRIENCE DES PATIENTS : OCCASION DE POSER DES QUESTIONS

### Progrès réalisés à l'égard de cette priorité : Réflexions sur la dernière année

- 67 % (161/240) des organismes ont modifié la manière dont ils recueillent des données.
  - o **L'équipe de santé familiale Wise Elephant** utilisait les messages textes pour envoyer aux patients ses questions du sondage immédiatement après leurs rendez-vous. L'organisme a également mis en œuvre un logiciel de télésanté appelé eVisit, qui permet aux cliniciens d'effectuer des vidéoconférences sécurisées et d'envoyer des messages textes à leurs patients.
- 16 % (38/240) du personnel formé sur les façons d'intégrer pendant chaque rendez-vous des occasions pour les patients de poser des questions.
  - o **L'équipe de santé familiale de Stratford** comprend un médecin qui utilise un portail sur le Web pour communiquer en ligne avec les patients, ce qui leur permet de poser des questions sur leur santé (Myhealth).
- 15 % (35/240) des organismes ont axé leurs efforts sur la vérification et les commentaires, ce qui signifie que les organismes se sont appuyés sur les dossiers médicaux électroniques et les vérifications manuelles des dossiers des patients pour surveiller la fréquence à laquelle les médecins et les infirmières praticiennes et infirmiers praticiens documentaient les occasions lors desquelles ils offraient aux patients la possibilité de poser des questions. Ces renseignements ont ensuite été partagés avec chaque fournisseur afin de favoriser l'amélioration.

- 7 % (17/240) des organismes ont indiqué qu'ils intègrent cet indicateur dans leurs dossiers médicaux électroniques. Par exemple, **l'équipe de santé familiale de Sherbourne** a ajouté une section standard dans son dossier médical électronique intitulée « questions des clients découlant de cette visite ».

### Faire progresser cette priorité : Plans pour l'année à venir

L'idée de changement la plus courante, citée par 70 % (167/238) des organismes, était axée sur la façon de modifier les méthodes auxquelles ils avaient recours pour mener et distribuer le sondage. Un moyen d'accroître la taille de l'échantillon pour un assez faible coût consiste à envoyer par courriel les questions du sondage aux patients. Par exemple, **l'équipe de santé familiale du centre médical de Smithville** prévoit mettre en œuvre un système de courriel, appelé WELLx, qui permet aux patients de soumettre des questions écrites au moment qui leur convient. Elle travaille également à l'aménagement d'un « Coin AQ » dans la salle d'attente afin de recueillir les réponses des patients concernant les services qu'ils aimeraient pouvoir recevoir. L'équipe tâche de maintenir les communications à un niveau approprié de littératie, et prendra le temps d'écouter et les patients et de leur permettre de poser des questions.

Une autre idée de changement courante, citée par 16 % (56/238) des organismes, est la vérification et les commentaires, ce qui signifie que les organismes prévoient faire le suivi et mesurer la fréquence à laquelle les médecins et les infirmières praticiennes et infirmiers praticiens documentent les occasions qu'ils donnent à chaque patient de poser des questions à chaque visite. Cependant, les organismes négligent fréquemment de décrire dans leur PAQ comment ils ont partagé cette information avec le personnel de première ligne, ce qui constitue une étape cruciale de la rétroaction.

### ★ Pleins feux : Voici plusieurs exemples d'organismes qui décrivent des idées de changement pouvant contribuer à l'amélioration de cet indicateur.

- **L'équipe de santé familiale de Guelph** a élaboré un modèle de soins fondé sur les « événements fortement souhaitables ». Chaque membre de l'équipe de soins est tenu de donner à chaque patient une occasion par visite de poser des questions. Par exemple, les membres de l'équipe s'efforcent de toujours demander à chaque patient :
  - o « Comment puis-je vous aider aujourd'hui? »
  - o « Quelles questions avez-vous quant à ce dont nous avons parlé aujourd'hui? »
- Le **Wabano Centre for Aboriginal Health** a piloté le projet d'orientation des patients dans le cadre duquel les patients ayant les besoins les plus complexes rencontrent un membre de l'équipe de soins avant de voir leur médecin. Cette rencontre initiale aide les patients à mettre l'accent sur les principales préoccupations dont ils aimeraient discuter avec leur médecin, ce qui permet aux rendez-vous d'être plus efficaces et efficients.

### EXPÉRIENCE DES PATIENTS : PARTICIPATION DES PATIENTS À LA PRISE DE DÉCISIONS AU SUJET DE LEURS SOINS

#### Progress réalisés à l'égard de cette priorité : Réflexions sur la dernière année

La majorité des idées de changement mettaient l'accent sur la méthodologie du sondage. Parmi le nombre limité d'organismes qui ont indiqué utiliser des stratégies de prise de décisions communes afin d'améliorer l'expérience des patients dans leur PAQ :

- six ont mentionné des plans de soins partagés;
- cinq ont décrit des stratégies d'autoprise en charge;
- trois ont mentionné la planification des soins avancés.

### Faire progresser cette priorité : Plans pour l'année à venir

Une masse croissante de connaissances démontre que l'amélioration de l'expérience des patients et de la participation des patients dans les décisions relatives à leurs soins diminue leur stress, raccourcit le délai de rétablissement et améliore leurs résultats en matière de santé<sup>14</sup>. Parmi les 239 organismes qui ont inscrit cet indicateur précis comme une priorité, 31 % (73/239) prévoient peaufiner leurs méthodes de collecte des données par l'échantillonnage d'un groupe de patients plus vaste et plus randomisé. Certains de ces organismes ont déclaré qu'ils s'attendent à une incidence négative sur leur rendement à mesure qu'ils accroissent le nombre de patients interrogés.

Pour renforcer les PAQ de l'année prochaine, Qualité des services de santé Ontario recommande que davantage d'organismes mettent en œuvre des stratégies fondées sur les données probantes ci-dessous pour faire participer les patients à la prise de décisions sur leurs soins :

- **Favoriser l'autoprise en charge** : aider les patients souffrant d'affections chroniques et leur famille à comprendre le rôle central qu'ils jouent dans la prise en charge de la maladie et leur adoption de comportements sains<sup>15</sup>;
- **Avoir recours à la prise de décision partagée avec des outils d'aide à la décision** : rendre explicites les décisions qui doivent être prises par les patients et leur famille et les orienter vers l'information sur les options et les résultats<sup>16,17</sup>;
- **Faire participer les patients et leur famille** à des activités d'amélioration de la qualité.

Par exemple, **l'équipe de Santé familiale du Réseau universitaire de santé (Toronto Western)** prévoit présenter des outils de prise de décisions partagées fondés sur des données probantes qui encouragent les patients à adopter l'autoprise en charge et à établir des objectifs. Ces outils, qui seront intégrés dans les dossiers médicaux électroniques, sont conçus pour donner aux patients ayant des besoins médicaux complexes, comme ceux atteints d'insuffisance cardiaque congestive ou de diabète, un rôle plus actif pour contribuer à leurs propres objectifs de traitement tout en soutenant des soins fondés sur les données probantes.

### ★ Pleins feux : Voici un exemple d'organisme qui décrit des idées de changement pouvant contribuer à l'amélioration de cet indicateur.

- **L'équipe de santé familiale d'Owen Sound** axe ses efforts sur l'augmentation de la littératie en matière de santé et l'autoprise en charge. Elle a mis au point un cadre de travail afin de faire participer les patients des soins primaires. Cette démarche comporte des données probantes et des stratégies visant à améliorer les résultats en matière de santé en permettant au patient de participer au processus de prise de décisions et de devenir habilité à jouer un rôle actif dans son autoprise en charge.

### EXPÉRIENCE DES PATIENTS : LES FOURNISSEURS DE SOINS PRIMAIRES CONSACRENT SUFFISAMMENT DE TEMPS À LEURS PATIENTS

#### Progrès réalisés à l'égard de cette priorité : Réflexions sur la dernière année

Très peu d'organismes décrivent vraiment les efforts qu'ils ont entrepris dans le but d'améliorer les processus de soins de manière à offrir une meilleure expérience pour les patients. Une exception est **la clinique dirigée par du personnel infirmier praticien du comté d'Essex**, qui a mené auprès des patients un sondage au sujet de la durée totale du temps passé dans la clinique, appelée communément temps de cycle. L'organisme a appris qu'on aurait pu communiquer par téléphone avec bon nombre de patients qui avaient rendez-vous à la clinique afin de discuter des résultats de leurs tests de diagnostic, ce qui aurait pu leur éviter un déplacement supplémentaire à la clinique et une perte de temps. En outre, les réunions flash du matin ont été organisées avec tout le personnel clinique et administratif au début de chaque journée afin de déterminer les processus les plus efficaces pour la gestion du flux. Ces deux pratiques ont permis à l'organisme de libérer plus de temps tout au long de la journée de travail, donnant aux infirmières praticiennes et infirmiers praticiens les minutes supplémentaires requises pendant chaque rendez-vous pour répondre aux questions des patients.

### Faire progresser cette priorité : Plans pour l'année à venir

Passer un temps raisonnable avec les patients améliore leur expérience en matière de soins<sup>18</sup>. Les patients veulent s'assurer que les fournisseurs :

- connaissent leur nom;
- peuvent expliquer ce qui se passe dans un langage simple;
- peuvent répondre à leurs questions et à leurs préoccupations;
- les aiguilleront vers le bon professionnel de la santé et au bon moment.

Peut-être parce que le rendement actuel est déjà à un niveau élevé, 27 % des organismes ont établi des objectifs inférieurs au rendement actuel, tandis que 16 % des organismes visent le maintien de leur rendement actuel.

Afin de favoriser l'amélioration future, Qualité des services de santé Ontario recommande que les organismes emploient des stratégies personnalisées et significatives. Pour cet indicateur, les organismes sont encouragés à utiliser [les principes d'accès ouvert et d'efficacité](#), qui mettent l'accent sur la simplification des systèmes de prise de rendez-vous des patients ainsi que sur la normalisation des temps d'attente et des processus afin de donner aux patients suffisamment de temps pour poser des questions.

### ★ Pleins feux : Voici un exemple d'organisme qui décrit une idée de changement pouvant contribuer à l'amélioration de cet indicateur.

- **L'équipe de santé familiale d'East Wellington** inclura une question supplémentaire à son sondage sur l'expérience des patients pour évaluer si les patients peuvent passer suffisamment de temps avec leur équipe de soins non seulement au cours des visites à la clinique, mais également pendant les rendez-vous téléphoniques ou les visites à domicile.

### TABLEAU D'ENSEMBLE : PARTICIPATION DES PATIENTS

Bien que le fait de sonder les patients pour obtenir des commentaires constitue une excellente première étape, le véritable objectif est de les faire participer à l'amélioration de la qualité. La véritable participation des patients dans leurs soins exige que les fournisseurs s'engagent de façon continue à :

- écouter ce que les patients ont à dire;
- tenir compte de leurs valeurs, croyances, culture et sentiments;
- les faire participer à la structure et à l'orientation des changements.

La recherche a découvert une amélioration considérable des résultats en matière de santé des patients lorsqu'ils agissent à titre de partenaires de leurs propres soins<sup>19</sup>.

Le PAQ 2015-2016 incluait une nouvelle section narrative qui, pour la première fois, demandait aux organismes de décrire comment ils font participer les patients à la conception, à la prestation et à l'évaluation des services. Parmi les 289 organismes qui ont répondu :

- 82 % (237/289) des organismes ont mentionné le sondage auprès des patients;
- 23 % (67/289) ont mis sur pied des groupes de discussion ou des réunions communautaires auxquels participent leurs patients;
- 18 % (52/289) ont lancé des processus de consignation des plaintes et des compliments des patients;
- 17 % (49/289) comptent des patients conseillers au sein des comités axés sur la qualité :
  - o **l'équipe de santé familiale de Guelph** a fait participer des patients atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique à la cartographie du processus de leurs soins et a commencé à faire participer les patients à la conception de la prestation de services;

- 13 % (39/289), y compris **l'équipe de santé familiale de Taddle Creek et la clinique dirigée par du personnel infirmier praticien du district de Sudbury**, ont établi des conseils consultatifs composés de représentants des patients.

Démontrant davantage un modèle de partenariat avec ses patients, le **Centre de santé communautaire Quest** a même fait participer les patients aux comités de sélection qui embauchent du personnel clinique.

Il est possible que plus d'organismes élargissent leurs activités de participation des patients au-delà de la sollicitation de leurs commentaires au moyen de sondages. Pour obtenir plus d'idées sur la participation des patients, vous pouvez consulter :

- [les outils et ressources sur la participation des patients de Qualité des services de santé Ontario](#) : des moyens pratiques pour les professionnels de la santé de favoriser la participation active des patients, des familles et des membres du public à l'amélioration du système de santé de l'Ontario.
- [Choisir avec soins](#) : Une campagne qui vise à aider les médecins et les patients à engager un dialogue au sujet des examens, des traitements et des interventions qui ne sont pas nécessaires.

★ **Pleins feux** : Voici un exemple d'organisme qui décrit une idée de changement pouvant contribuer à l'amélioration de cet indicateur.

- **L'équipe de santé familiale du centre médical Grandview** encourage ses patients à jouer un rôle actif dans la prise en charge de leurs propres soins en leur offrant un portail sécurisé en ligne qui leur permet :
  - o de consulter les résultats de leurs tests diagnostiques;
  - o de communiquer directement avec leur médecin de famille;
  - o d'accéder à leurs renseignements médicaux en ligne.

L'organisme utilise également les plateformes des réseaux sociaux, comme Twitter et Facebook, afin de fournir aux patients des conseils sur la promotion de la santé. L'ajout de faits biographiques au sujet des fournisseurs qui exercent au sein de l'organisme est un moyen naturel pour les patients de mieux connaître leurs cliniciens.

## Conclusion :

### Aller de l'avant

Comme c'est le cas dans d'autres parties du système de santé, le secteur des soins primaires est de plus en plus axé sur la prestation de services de qualité supérieure pour les patients, tout particulièrement durant leur transition d'un secteur à l'autre.

Étant donné qu'une manière plus complète de produire des rapports sur le rendement des soins primaires est toujours en évolution, 25 % des organismes de soins primaires qui prennent des engagements annuels dans le but d'améliorer leur rendement grâce à leur PAQ devraient être reconnus pour leurs efforts visant à :

- Utiliser l'indicateur standard inclus dans le [cadre de mesure du rendement des soins primaires](#);
- peaufiner leurs méthodes de collecte et d'analyse des données afin de mieux refléter la diversité de leur population de patients;
- utiliser les données disponibles limitées afin de fixer des objectifs d'amélioration clairs;
- partager des données par l'élaboration de tableau de bord du rendement au niveau du système, comme les [tableaux de bord D2D \(des données aux décisions\)](#) de l'Association of Family Health Teams of Ontario et les tableaux en évolution de l'Association des centres de santé de l'Ontario;
- miser sur le pouvoir des données régionales et provinciales comparables par l'accès aux [rapports sur les cabinets de soins primaires de Qualité des services de santé Ontario](#), maintenant disponibles pour les médecins et les organismes, comme les équipes de santé familiale et les centres de santé communautaire.

Ces efforts ont permis à certains organismes de comparer leur rendement à celui de leurs pairs régionaux et internationaux. Dans certains cas, les organismes ont réussi à définir des idées de changement qui fonctionnent dans de multiples milieux de pratique.

Au cours des prochaines années, le secteur continuera de se concentrer sur l'amélioration de son rendement dans les six dimensions de la qualité pour que la population de l'Ontario ait accès à un système de santé sécuritaire, efficace, axé sur les patients, efficient, rapide et équitable. En outre, une plus grande priorité sera accordée à l'amélioration de l'intégration du système et de la santé de la population. Voici certains secteurs particuliers qui exigent une amélioration continue :

- Accès : Un grand nombre d'Ontariennes et d'Ontariens déclarent encore éprouver de la difficulté à avoir accès à leurs fournisseurs de soins primaires après les heures ouvrables. Pour renforcer les PAQ de l'année prochaine, Qualité des services de santé Ontario recommande que même les organismes qui ont démontré une amélioration continue constante :
  - o recueillent et analysent les résultats du sondage de manière cohérente;
  - o comparent la perception des patients de l'accès comme démontré dans le sondage et les données réelles de prise de rendez-vous provenant de leurs dossiers médicaux électroniques (DME) afin de définir les possibilités d'amélioration;
  - o établissent des objectifs de rendement progressivement plus élevés afin de mettre l'accent sur la façon de maintenir les gains.

- Égalité : Les Autochtones, les Franco-Ontariens, les immigrants et les personnes relevant des défis de maladie mentale et de toxicomanie ne sont pas toujours bien servis par le système de santé.
- Fragmentation des soins : Les services de santé qui ne sont pas bien intégrés peuvent influencer les expériences de soins des patients ainsi que leurs résultats en matière de santé.
- Une meilleure intégration des soins lorsque les patients passent d'un secteur à l'autre, avec une attention particulière accordée à l'amélioration des échanges avec le secteur des soins à domicile et en milieu communautaire.

Les organismes de soins primaires ont fait des progrès importants en matière d'amélioration de la qualité et sont encouragés à continuer de tracer la voie de l'amélioration en 2016.

## NOTES

1. Qualité des services de santé Ontario. *À la hauteur 2015 : Rapport annuel sur le rendement du système de santé de l'Ontario*, Toronto, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2013. Accessible à l'adresse : <http://www.hqontario.ca/Rapports/Rapport-Annuel>.
2. Unité des programmes de collaboration interprofessionnelle, ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (1<sup>er</sup> mars 2016) Communication personnelle.
3. Qualité des services de santé Ontario. *Plan d'amélioration de la qualité (PAQ) – Document d'orientation pour les organismes de soins de santé de l'Ontario*, novembre 2015. Accessible à l'adresse : <http://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/qi/qip-guidance-document-1511-fr.pdf>.
4. Qualité des services de santé Ontario. *Caractéristiques techniques des indicateurs : plan d'amélioration de la qualité 2016-2017*. Accessible à l'adresse : <http://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/AQ/PAQ-indicateur-caractéristiques-1511-fr.pdf>.
5. 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*, Toronto, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2013. Accessible à l'adresse : <http://www.hqontario.ca/Portals/0/Documents/pr/theme-report-quality-in-primary-care-fr.pdf>.
6. STARFIELD, B., L. Shi et J. Macinko. « Contribution of Primary Care to Health Systems and Health », *The Milbank Quarterly*, volume 83, numéro 3, (2005), pp. 457 à 502.
7. MURRAY, M. et D. M. Berwick. « Advanced access: reducing waiting and delays in primary care », *JAMA*, volume 289, numéro 8 (2003), pp. 1035 à 1040.
8. IVERS, N., G. Jamtvedt, S. Flottorp, J. M. Young, J. Odgaard-Jensen, S. D. French (...) et A. D. Oxman. « Audit and feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes », *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, volume 6, numéro 7 (2012), CD000259.
9. Qualité des services de santé Ontario. *Sondage sur l'expérience des patients en matière de soins primaires : Guide pratique*. Tiré de <http://www.hqontario.ca/Pour-%C3%A9quipes-dAQ/Soins-primaires/Sondage-sur-lexp%C3%A9rience-des-patients-en-mati%C3%A8re-de-soins-primaires>.
10. Institut canadien d'information sur la santé. *Réadmission en soins de courte durée et retour au service d'urgence, toutes causes confondues*. Tiré de [https://secure.cihi.ca/free\\_products/Readmission\\_to\\_acutecare\\_fr.pdf](https://secure.cihi.ca/free_products/Readmission_to_acutecare_fr.pdf).
11. SHEPPERD, S., N. A. Lannin, L. M. Clemson, A. McCluskey, I. D. Cameron et S. L. Barras. « Discharge planning from hospital to home », *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, numéro 1 (2013), CD000313.
12. Qualité des services de santé Ontario. *Trousse d'amélioration fondée sur des données probantes : Transitions en matière de soins*, Toronto, Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2013. Accessible à l'adresse : <http://www.hqontario.ca/portals/0/documents/bp/bp-improve-pkg-transitions-interactive-fr.pdf>.
13. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. *Priorité aux patients : Plan d'action en matière de soins de santé*, février 2015. Consulté à l'adresse : [http://www.health.gov.on.ca/fr/ms/ecfa/healthy\\_change/docs/rep\\_patientsfirst.pdf](http://www.health.gov.on.ca/fr/ms/ecfa/healthy_change/docs/rep_patientsfirst.pdf).

14. Institut canadien d'information sur la santé. *Résultats du Canada : Enquête internationale de 2014 auprès des adultes âgés sur les politiques de santé du Fonds du Commonwealth*. Tiré de <https://www.cihi.ca/fr/performance-du-systeme-de-sante/rapports-sur-la-performance/international/enquete-du-commonwealth-1>.
15. BATTERSBY, M., M. Von Korf, J. Schaefer, C., E. Ludman, S. M. Greene (...) et E. H. Wagner. « Twelve evidence-based principles for implementing self-management support in primary care », *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, volume 36, numéro 12 (2010), pp. 561 à 570.
16. LÉGARÉ, F., S. Turcotte, D. Stacey, S. Ratté, J. Kryworuchko, et I. D. Graham . « Patients' perceptions of sharing in decisions: a systematic review of interventions to enhance shared decision making in routine clinical practice », *Patients*, volume 5, numéro 1 (2012), pp. 1 à 19.
17. BARRY, M. J. et S. Edgman-Levitan. « Shared decision making—the pinnacle of patient-centered care », *New England Journal of Medicine*, volume 366, numéro 9 (2012), pp. 780 et 781.
18. KRIPALANI, S., A. T. Jackson, J. L. Schnipper et E. A. Coleman . « Promoting Effective Transitions of Care at Hospital Discharge: A Review of Key Issues for Hospitalists », *Journal Of Hospital Medicine*, volume 2, numéro 5 (2007), pp. 314 à 323.
19. OLSSON, L. E., E. Jakobsson Ung, K. Swedberg et I. Ekman. « Efficacy of person-centred care as an intervention in controlled trials—a systematic review », *Journal of Clinical Nursing*, volume 22, numéros 3 et 4 (2013), pp. 456 à 465.

## Annexe A : Table des matières

---

Accès en temps voulu à un fournisseur de soins primaires .....	35
Taux de suivi dans les sept jours suivant le congé de l'hôpital pour certaines affections .....	36
Expérience des patients : Occasion de poser des questions.....	37
Expérience des patients : Participation des patients à la prise de décisions au sujet de leurs soins .....	38
Expérience des patients : Les fournisseurs de soins primaires consacrent suffisamment de temps à leurs patients .....	39
Consultations aux urgences liées à des troubles qui peuvent être mieux pris en charge ailleurs .....	40
Taux de réadmission à l'hôpital des patients en soins primaires.....	41
Dépistage de la grippe .....	42
Dépistage du cancer du sein .....	43
Dépistage du cancer colorectal .....	44
Dépistage du cancer du col de l'utérus.....	45

## Accès en temps voulu à un fournisseur de soins primaires

INDICATEUR PRIORITAIRE : L'ACCÈS EN TEMPS OPPORTUN AUX SOINS PRIMAIRE (DONNÉES EXTRAITES D'UN SONDAGE)	OBJECTIFS	TYPE D'ORGANISME DE SOINS PRIMAIRE				TOUS LES TYPES (N = 289)
			CSC (N = 75)	EST (N = 181)	Cliniques DPIP (N = 23)	
PLAN DE TRAVAIL DU PAQ : OBJECTIFS POUR 2015-2016	AMÉLIORATION	5	50	129	19	203
			85 %	88 %	86 %	88 %
	MAINTIEN	0	3	5	0	8
		0 %	5 %	3 %	0 %	3 %
	DÉTÉRIORATION	0	6	12	3	21
		0 %	10 %	8 %	14 %	9 %
<b>Nombre total d'objectifs sélectionnés par type</b>	<b>5</b>	<b>59</b>	<b>146</b>	<b>22</b>	<b>232</b>	
<b>Pourcentage total d'objectifs sélectionnés par type</b>	<b>50 %</b>	<b>79 %</b>	<b>81 %</b>	<b>96 %</b>	<b>80 %</b>	
RAPPORT D'ÉTAPE : PROGRÈS RÉALISÉS ET OBJECTIF ATTEINT POUR L'EXERCICE 2014-2015	PROGRÈS – OBJECTIF ATTEINT/DÉPASSÉ	2	20	43	4	69
		40 %	33 %	29 %	18 %	29 %
	PROGRÈS – OBJECTIF NON ATTEINT	2	19	51	12	84
		40 %	32 %	34 %	55 %	36 %
	PROGRÈS – OBJECTIF NON DISPONIBLE	0	1	4	0	5
		0 %	2 %	3 %	0 %	2 %
	MAINTIEN	0	1	0	0	1
		0 %	2 %	0 %	0 %	0 %
	DÉTÉRIORATION	1	19	50	6	76
		20 %	32 %	34 %	27 %	32 %
<b>Nombre total d'objectifs sélectionnés par type</b>	<b>5</b>	<b>60</b>	<b>148</b>	<b>22</b>	<b>235</b>	
<b>Pourcentage total d'objectifs sélectionnés par type</b>	<b>50 %</b>	<b>80 %</b>	<b>82 %</b>	<b>96 %</b>	<b>81 %</b>	

### Taux de suivi dans les sept jours suivant le congé de l'hôpital pour certaines affections

INDICATEUR PRIORITAIRE : CONSULTATIONS POUR SOINS PRIMAIRES APRÈS UN CONGÉ DE L'HÔPITAL	OBJECTIFS	TYPE D'ORGANISME DE SOINS PRIMAIRES				TOUS LES TYPES (N = 289)
			CSC (N = 75)	EST (N = 181)	Cliniques DPIP (N = 23)	
PLAN DE TRAVAIL DU PAQ : OBJECTIFS POUR 2015-2016	AMÉLIORATION	0	31	123	6	160
		0 %	79 %	82 %	67 %	80 %
	MAINTIEN	1	4	22	3	30
			10 %	15 %	33 %	15 %
	DÉTÉRIORATION	0	4	5	0	9
		0 %	10 %	3 %	0 %	5 %
	Nombre total d'objectifs sélectionnés par type		<b>1</b>	<b>39</b>	<b>150</b>	<b>9</b>
Pourcentage total d'objectifs sélectionnés par type		<b>10 %</b>	<b>52 %</b>	<b>83 %</b>	<b>39 %</b>	<b>69 %</b>
RAPPORT D'ÉTAPE : PROGRÈS RÉALISÉS ET OBJECTIF ATTEINT POUR L'EXERCICE 2014-2015	PROGRÈS – OBJECTIF ATTEINT/DÉPASSÉ	1	11	23	2	37
			28 %	15 %	22 %	18 %
	PROGRÈS – OBJECTIF NON ATTEINT	0	14	42	6	62
		0 %	35 %	28 %	67 %	31 %
	PROGRÈS – OBJECTIF NON DISPONIBLE	0	4	7	0	11
		0 %	10 %	5 %	0 %	5 %
	MAINTIEN	0	5	12	0	17
		0 %	13 %	8 %	0 %	8 %
	DÉTÉRIORATION	0	6	68	1	75
		0 %	15 %	45 %	11 %	37 %
Nombre total d'objectifs sélectionnés par type		<b>1</b>	<b>40</b>	<b>152</b>	<b>9</b>	<b>202</b>
Pourcentage total d'objectifs sélectionnés par type		<b>10 %</b>	<b>53 %</b>	<b>84 %</b>	<b>39 %</b>	<b>70 %</b>

## Expérience des patients : Occasion de poser des questions

INDICATEUR PRIORITAIRE : « OCCASION DE POSER DES QUESTIONS » (DONNÉES EXTRAITES D'UN SONDAGE)	OBJECTIFS	TYPE D'ORGANISME DE SOINS PRIMAIRE				TOUS LES TYPES (N = 289)
			CSC (N = 75)	EST (N = 181)	Cliniques DPIP (N = 23)	
PLAN DE TRAVAIL DU PAQ : OBJECTIFS POUR 2015-2016	AMÉLIORATION	4	44	90	6	144
			69 %	61 %	26 %	61 %
	MAINTIEN	0	10	18	7	35
		0 %	16 %	12 %	30 %	15 %
	DÉTÉRIORATION	0	10	39	10	59
		0 %	16 %	27 %	43 %	25 %
	Nombre total d'objectifs sélectionnés par type	4	64	147	23	238
Pourcentage total d'objectifs sélectionnés par type	40 %	85 %	81 %	100 %	82 %	
RAPPORT D'ÉTAPE : PROGRÈS RÉALISÉS ET OBJECTIF ATTEINT POUR L'EXERCICE 2014-2015	PROGRÈS – OBJECTIF ATTEINT/DÉPASSÉ	0	30	71	17	118
		0 %	47 %	48 %	74 %	49 %
	PROGRÈS – OBJECTIF NON ATTEINT	1	10	26	3	40
		25 %	16 %	17 %	13 %	17 %
	PROGRÈS – OBJECTIF NON DISPONIBLE	0	1	5	0	6
		0 %	2 %	3 %	0 %	3 %
	MAINTIEN	0	0	1	0	1
		0 %	0 %	1 %	0 %	0 %
	DÉTÉRIORATION	3	23	46	3	75
		75 %	36 %	31 %	13 %	31 %
Nombre total d'objectifs sélectionnés par type	4	64	149	23	240	
Pourcentage total d'objectifs sélectionnés par type	40 %	85 %	82 %	100 %	83 %	

## Expérience des patients : Participation des patients à la prise de décisions au sujet de leurs soins

INDICATEUR PRIORITAIRE : « PARTICIPATION À LA PRISE DE DÉCISIONS AU SUJET DE LEURS SOINS » (DONNÉES EXTRAITES D'UN SONDAGE).	OBJECTIFS	TYPE D'ORGANISME DE SOINS PRIMAIRES				TOUS LES TYPES (N = 289)
			CSC (N = 75)	EST (N = 181)	Cliniques DPIP (N = 23)	
PLAN DE TRAVAIL DU PAQ : OBJECTIFS POUR 2015-2016	AMÉLIORATION	3	40	96	9	148
		75 %	63 %	64 %	39 %	62 %
	MAINTIEN	0	7	17	6	30
		0 %	11 %	11 %	26 %	13 %
	DÉTÉRIORATION	1	16	36	8	61
		25 %	25 %	24 %	35 %	26 %
	Nombre total d'objectifs sélectionnés par type	4	63	149	23	239
Pourcentage total d'objectifs sélectionnés par type	40 %	84 %	82 %	100 %	83 %	
RAPPORT D'ÉTAPE : PROGRÈS RÉALISÉS ET OBJECTIF ATTEINT POUR L'EXERCICE 2014-2015	PROGRÈS – OBJECTIF ATTEINT/DÉPASSÉ	1	33	66	15	115
		25 %	52 %	44 %	65 %	48 %
	PROGRÈS – OBJECTIF NON ATTEINT	1	7	34	3	45
		25 %	11 %	23 %	13 %	19 %
	PROGRÈS – OBJECTIF NON DISPONIBLE	0	1	7	0	8
		0 %	2 %	5 %	0 %	3 %
	MAINTIEN	0	1	1	0	2
		0 %	2 %	1 %	0 %	1 %
	DÉTÉRIORATION	2	21	43	5	71
		50 %	33 %	28 %	22 %	29 %
Nombre total d'objectifs sélectionnés par type	4	63	151	23	241	
Pourcentage total d'objectifs sélectionnés par type	40 %	84 %	83 %	100 %	83 %	

## Expérience des patients : Les fournisseurs de soins primaires consacrent suffisamment de temps à leurs patients

INDICATEUR PRIORITAIRE DANS LES SOINS PRIMAIRES : « TEMPS DE CONSULTATION SUFFISANT » (DONNÉES EXTRAITES D'UN SONDAGE)	OBJECTIFS	TYPE D'ORGANISME DE SOINS PRIMAIRES				TOUS LES TYPES (N = 289)
			CSC (N = 75)	EST (N = 181)	Cliniques DPIP (N = 23)	
PLAN DE TRAVAIL DU PAQ : OBJECTIFS POUR 2015-2016	AMÉLIORATION	3	36	88	9	136
		75 %	58 %	59 %	39 %	57 %
	MAINTIEN	0	11	21	6	38
		0 %	18 %	14 %	26 %	16 %
	DÉTÉRIORATION	1	15	40	8	64
		25 %	24 %	27 %	35 %	27 %
Nombre total d'objectifs sélectionnés par type	4	62	149	23	238	
Pourcentage total d'objectifs sélectionnés par type	40 %	83 %	82 %	100 %	82 %	
RAPPORT D'ÉTAPE : PROGRÈS RÉALISÉS ET OBJECTIF ATTEINT POUR L'EXERCICE 2014-2015	PROGRÈS – OBJECTIF ATTEINT/DÉPASSÉ	1	34	74	16	125
		25 %	55 %	49 %	70 %	52 %
	PROGRÈS – OBJECTIF NON ATTEINT	1	5	30	4	40
		25 %	8 %	20 %	17 %	17 %
	PROGRÈS – OBJECTIF NON DISPONIBLE	0	0	7	0	7
		0 %	0 %	5 %	0 %	3 %
	MAINTIEN	0	0	1	0	1
		0 %	0 %	1 %	0 %	0 %
DÉTÉRIORATION	2	23	39	3	67	
	50 %	37 %	26 %	13 %	28 %	
Nombre total d'objectifs sélectionnés par type	4	62	151	23	240	
Pourcentage total d'objectifs sélectionnés par type	40 %	83 %	83 %	100 %	83 %	

## Consultations aux urgences liées à des troubles qui peuvent être mieux pris en charge ailleurs

INDICATEUR SUPPLÉMENTAIRE : CONSULTATIONS AUX SU	OBJECTIFS	TYPE D'ORGANISME DE SOINS PRIMAIRES				TOUS LES TYPES (N = 289)
			CSC (N = 75)	EST (N = 181)	Cliniques DPIP (N = 23)	
PLAN DE TRAVAIL DU PAQ : OBJECTIFS POUR 2015-2016	AMÉLIORATION	0	17	66	1	84
		0 %	65 %	69 %	20 %	66 %
	MAINTIEN	1	5	17	1	24
			19 %	18 %	20 %	19 %
	DÉTÉRIORATION	0	4	13	3	20
		0 %	15 %	14 %	60 %	16 %
	Nombre total d'objectifs sélectionnés par type		1	26	96	5
Pourcentage total d'objectifs sélectionnés par type		10 %	35 %	53 %	22 %	44 %
RAPPORT D'ÉTAPE : PROGRÈS RÉALISÉS ET OBJECTIF ATTEINT POUR L'EXERCICE 2014-2015	PROGRÈS – OBJECTIF ATTEINT/DÉPASSÉ	0	9	37	1	47
		0 %	33 %	36 %	20 %	35 %
	PROGRÈS – OBJECTIF NON ATTEINT	0	3	26	2	31
		0 %	11 %	25 %	40 %	23 %
	PROGRÈS – OBJECTIF NON DISPONIBLE	1	4	24	0	29
			15 %	23 %	0 %	21 %
	MAINTIEN	0	5	2	0	7
		0 %	19 %	2 %	0 %	5 %
	DÉTÉRIORATION	0	6	14	2	22
		0 %	22 %	14 %	40 %	16 %
	Nombre total d'objectifs sélectionnés par type		1	27	103	5
Pourcentage total d'objectifs sélectionnés par type		10 %	36 %	57 %	22 %	47 %

## Taux de réadmission à l'hôpital des patients en soins primaires

INDICATEUR SUPPLÉMENTAIRE : RÉADMISSIONS DANS LES 30 JOURS	OBJECTIFS	TYPE D'ORGANISME DE SOINS PRIMAIRES				TOUS LES TYPES (N = 289)
			CSC (N = 75)	EST (N = 181)	Cliniques DPIP (N = 23)	
PLAN DE TRAVAIL DU PAQ : OBJECTIFS POUR 2015-2016	AMÉLIORATION	0	6	60	0	66
		0	40 %	73 %	0 %	66 %
	MAINTIEN	0	6	14	0	20
		0	40 %	17 %	0 %	20 %
	DÉTÉRIORATION	0	3	8	3	14
		0	20 %	10 %	100 %	14 %
	Nombre total d'objectifs sélectionnés par type		0	15	82	3
Pourcentage total d'objectifs sélectionnés par type		0 %	20 %	45 %	13 %	35 %
RAPPORT D'ÉTAPE : PROGRÈS RÉALISÉS ET OBJECTIF ATTEINT POUR L'EXERCICE 2014-2015	PROGRÈS – OBJECTIF ATTEINT/DÉPASSÉ	0	8	21	3	32
		0	50 %	25 %	100 %	31 %
	PROGRÈS – OBJECTIF NON ATTEINT	0	1	11	0	12
		0	6 %	13 %	0 %	12 %
	PROGRÈS – OBJECTIF NON DISPONIBLE	0	3	18	0	21
		0	19 %	21 %	0 %	20 %
	MAINTIEN	0	4	6	0	10
		0	25 %	7 %	0 %	10 %
	DÉTÉRIORATION	0	0	29	0	29
		0	0 %	34 %	0 %	28 %
	Nombre total d'objectifs sélectionnés par type		0	16	85	3
Pourcentage total d'objectifs sélectionnés par type		0 %	21 %	47 %	13 %	36 %

## Dépistage de la grippe

INDICATEUR SUPPLÉMENTAIRE : VACCINATION ANTIGRIPPALE	OBJECTIFS	TYPE D'ORGANISME DE SOINS PRIMAIRES				TOUS LES TYPES (N = 289)	
			CSC (N = 75)	EST (N = 181)	Cliniques DPIP (N = 23)		
PLAN DE TRAVAIL DU PAQ : OBJECTIFS POUR 2015-2016	AMÉLIORATION	1	24	81	13	119	
		50 %	65 %	86 %	100 %	82 %	
	MAINTIEN	1	3	11	0	15	
		50 %	8 %	12 %	0 %	10 %	
	DÉTÉRIORATION	0	10	2	0	12	
		0 %	27 %	2 %	0 %	8 %	
	Nombre total d'objectifs sélectionnés par type		2	37	94	13	146
	Pourcentage total d'objectifs sélectionnés par type		20 %	49 %	52 %	57 %	51 %
RAPPORT D'ÉTAPE : PROGRÈS RÉALISÉS ET OBJECTIF ATTEINT POUR L'EXERCICE 2014-2015	PROGRÈS – OBJECTIF ATTEINT/DÉPASSÉ	1	23	14	1	39	
		50 %	59 %	15 %	8 %	26 %	
	PROGRÈS – OBJECTIF NON ATTEINT	0	2	29	8	39	
		0 %	5 %	30 %	62 %	26 %	
	PROGRÈS – OBJECTIF NON DISPONIBLE	0	6	17	0	23	
		0 %	15 %	18 %	0 %	15 %	
	MAINTIEN	1	1	3	0	5	
		50 %	3 %	3 %	0 %	3 %	
	DÉTÉRIORATION	0	7	33	4	44	
		0 %	18 %	34 %	31 %	29 %	
	Nombre total d'objectifs sélectionnés par type		2	39	96	13	150
Pourcentage total d'objectifs sélectionnés par type		20 %	52 %	53 %	57 %	52 %	

## Dépistage du cancer du sein

INDICATEUR SUPPLÉMENTAIRE : DÉPISTAGE DU CANCER DU SEIN	OBJECTIFS	TYPE D'ORGANISME DE SOINS PRIMAIRES				TOUS LES TYPES (N = 289)
			CSC (N = 75)	EST (N = 181)	Cliniques DPIP (N = 23)	
PLAN DE TRAVAIL DU PAQ : OBJECTIFS POUR 2015-2016	AMÉLIORATION	1	27	86	13	127
		50 %	64 %	80 %	100 %	77 %
	MAINTIEN	1	4	9	0	14
		50 %	10 %	8 %	0 %	9 %
	DÉTÉRIORATION	0	11	12	0	23
		0 %	26 %	11 %	0 %	14 %
	Nombre total d'objectifs sélectionnés par type		2	42	107	13
Pourcentage total d'objectifs sélectionnés par type		20 %	56 %	59 %	57 %	57 %
RAPPORT D'ÉTAPE : PROGRÈS RÉALISÉS ET OBJECTIF ATTEINT POUR L'EXERCICE 2014-2015	PROGRÈS – OBJECTIF ATTEINT/DÉPASSÉ	1	25	32	0	58
		50 %	58 %	29 %	0 %	35 %
	PROGRÈS – OBJECTIF NON ATTEINT	0	7	21	11	39
		0 %	16 %	19 %	85 %	23 %
	PROGRÈS – OBJECTIF NON DISPONIBLE	0	5	25	1	31
		0 %	12 %	23 %	8 %	19 %
	MAINTIEN	1	1	5	0	7
		50 %	2 %	5 %	0 %	4 %
	DÉTÉRIORATION	0	5	26	1	32
		0 %	12 %	24 %	8 %	19 %
Nombre total d'objectifs sélectionnés par type		2	43	109	13	167
Pourcentage total d'objectifs sélectionnés par type		20 %	57 %	60 %	57 %	58 %

## Dépistage du cancer colorectal

INDICATEUR SUPPLÉMENTAIRE : DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL	OBJECTIFS	TYPE D'ORGANISME DE SOINS PRIMAIRES				TOUS LES TYPES (N = 289)
			CSC (N = 75)	EST (N = 181)	Cliniques DPIP (N = 23)	
PLAN DE TRAVAIL DU PAQ : OBJECTIFS POUR 2015-2016	AMÉLIORATION	1	29	95	13	138
		50 %	69 %	83 %	93 %	80 %
	MAINTIEN	1	3	9	1	14
		50 %	7 %	8 %	7 %	8 %
	DÉTÉRIORATION	0	10	10	0	20
		0 %	24 %	9 %	0 %	12 %
	Nombre total d'objectifs sélectionnés par type	2	42	114	14	172
Pourcentage total d'objectifs sélectionnés par type	20 %	56 %	63 %	61 %	60 %	
RAPPORT D'ÉTAPE : PROGRÈS RÉALISÉS ET OBJECTIF ATTEINT POUR L'EXERCICE 2014-2015	PROGRÈS – OBJECTIF ATTEINT/DÉPASSÉ	1	26	32	0	59
		50 %	60 %	28 %	0 %	34 %
	PROGRÈS – OBJECTIF NON ATTEINT	0	3	32	12	47
		0 %	7 %	28 %	86 %	27 %
	PROGRÈS – OBJECTIF NON DISPONIBLE	0	7	21	1	29
		0 %	16 %	18 %	7 %	17 %
	MAINTIEN	1	2	6	0	9
		50 %	5 %	5 %	0 %	5 %
	DÉTÉRIORATION	0	5	25	1	31
		0 %	12 %	22 %	7 %	18 %
Nombre total d'objectifs sélectionnés par type	2	43	116	14	175	
Pourcentage total d'objectifs sélectionnés par type	20 %	57 %	64 %	61 %	61 %	

## Dépistage du cancer du col de l'utérus

INDICATEUR SUPPLÉMENTAIRE : DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS	OBJECTIFS	TYPE D'ORGANISME DE SOINS PRIMAIRES				TOUS LES TYPES (N = 289)	
			CSC (N = 75)	EST (N = 181)	Cliniques DPIP (N = 23)		
PLAN DE TRAVAIL DU PAQ : OBJECTIFS POUR 2015-2016	AMÉLIORATION	1	35	84	11	131	
		50 %	81 %	79 %	85 %	80 %	
	MAINTIEN	1	2	9	0	12	
		50 %	5 %	8 %	0 %	7 %	
	DÉTÉRIORATION	0	6	13	2	21	
		0 %	14 %	12 %	15 %	13 %	
	Nombre total d'objectifs sélectionnés par type		2	43	106	13	164
	Pourcentage total d'objectifs sélectionnés par type		20 %	67 %	59 %	57 %	57 %
	RAPPORT D'ÉTAPE : PROGRÈS RÉALISÉS ET OBJECTIF ATTEINT POUR L'EXERCICE 2014-2015	PROGRÈS – OBJECTIF ATTEINT/DÉPASSÉ	1	10	30	3	44
			50 %	22 %	28 %	23 %	26 %
PROGRÈS – OBJECTIF NON ATTEINT		0	11	27	9	47	
		0 %	24 %	25 %	69 %	28 %	
PROGRÈS – OBJECTIF NON DISPONIBLE		0	7	26	1	34	
		0 %	16 %	24 %	8 %	20 %	
MAINTIEN		1	3	2	0	6	
		50 %	7 %	2 %	0 %	4 %	
DÉTÉRIORATION		0	14	22	0	36	
		0 %	31 %	21 %	0 %	22 %	
Nombre total d'objectifs sélectionnés par type		2	45	107	13	167	
Pourcentage total d'objectifs sélectionnés par type		20 %	60 %	59 %	57 %	58 %	

## Engagement envers l'amélioration de la qualité

Nous promouvons l'amélioration continue de la qualité afin de mettre en œuvre des changements positifs importants et durables au sein des soins de santé, en tirant pleinement parti des données probantes émergentes et des rapports du public pour aider à cerner les possibilités d'amélioration. Nous pourrions ensuite bâtir la capacité en matière d'amélioration du système de santé en appuyant la collecte et l'utilisation de données relatives à l'amélioration, en partageant des observations sur des innovations qui contribuent à l'amélioration et en faisant la promotion du perfectionnement des compétences en amélioration de la qualité. Nous soutenons de manière active la création d'une culture de la qualité et l'établissement de liens au sein de la communauté d'amélioration de la qualité afin d'apprendre les uns des autres.

## La qualité ça compte

[La qualité ça compte](#) est une initiative de Qualité des services de santé Ontario conçue pour réunir tous les intervenants du système de santé autour d'une même compréhension des soins de santé de qualité et d'un engagement mutuel afin de prendre des mesures concernant des objectifs communs.

La qualité ça compte prend une approche à deux volets. Le premier comprend un processus de participation des patients, appelé *La qualité c'est...* qui permet aux patients, aux personnes soignantes et au public de formuler des commentaires sur ce que signifie la qualité pour eux.

Le deuxième consiste en un approfondissement par un comité d'experts de la compréhension de la qualité des services de la santé, de la prestation de soins de qualité dans l'ensemble du système et de l'établissement d'une culture axée sur la qualité. Le premier rapport du comité, [Réaliser l'excellence des soins pour tous](#), fournit un cadre de qualité provincial et expose des facteurs essentiels dont il faut tenir compte. Nous espérons qu'il servira de pierre d'assise pour les organismes à mesure qu'ils entreprennent des efforts d'amélioration de la qualité, comme ceux qui ont été identifiés dans leur PAQ, et qu'il appuiera un système de santé en perpétuelle amélioration.

Ce n'est là que le début. Au cours des prochains mois, nous continuerons à interagir avec les patients, les experts et les intervenants de l'ensemble du système. *La qualité ça compte* se traduira par l'élaboration d'une feuille

de route, éclairée par les patients et le public, pour aider les décideurs, les cliniciens et les dirigeants du système de santé à bâtir un système de santé d'abord fondé sur la qualité en Ontario.

Pour en apprendre davantage sur *La qualité ça compte*, visitez le site Web <http://www.hqontario.ca/Accueil>.

## Programme commun d'amélioration de la qualité

Le programme commun d'amélioration de la qualité est un ensemble de mesures ou d'indicateurs sélectionnés par Qualité des services de santé Ontario en collaboration avec les partenaires du système de santé afin d'orienter les rapports sur le rendement. Qualité des services de santé Ontario utilise le programme commun d'amélioration de la qualité pour concentrer ses efforts d'amélioration et pour faire le suivi des progrès à long terme en ce qui a trait à l'atteinte des objectifs du système de santé et rendre le système de santé plus transparent et plus responsable. Les indicateurs promeuvent des soins intégrés axés sur le patient et constituent le fondement de notre rapport annuel intitulé *À la hauteur*. À mesure que nos rapports publics sur le rendement du système de santé prendront de l'ampleur, le programme commun d'amélioration de la qualité évoluera et servira de pierre angulaire à tous nos rapports publics. Qualité des services de santé Ontario est le nom commercial du Conseil ontarien de la qualité des services de santé, un organisme du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

## Remerciements

Le présent rapport n'aurait pu être rédigé sans l'aide des partenaires de Qualité des services de santé Ontario, l'Association of Family Health Teams of Ontario (AFHTO), l'Association des centres de santé de l'Ontario (ACSO) et les 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé, et du groupe consultatif intersectoriel des PAQ de Qualité des services de santé Ontario. Les membres du groupe consultatif incluent notamment le Dr Richard McLean, Jillian Paul, Joanne Iacono, Karen Lu, Kelly Gillis, la Dre Cathy Faulds, Marsha Stephen, Sonja Glass, Anne Wojtak, Leah Levesque, le Dr G. Ross Baker et le Dr Jeffrey Turnbull.



Qualité des services de santé Ontario  
130, rue Bloor Ouest, 10<sup>e</sup> étage  
Toronto (Ontario) M5S 1N5  
Tél. : 416 323-6868 | 1 866 623-6868  
Télec. : 416 323-9261

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2016

ISBN 978-1-4606-7521-2 (Imprimé)  
ISSN 2369-9132 (Imprimé)  
ISBN 978-1-4606-7522-9 (PDF)  
ISSN 2369-9140 (En ligne)

[www.hqontario.ca](http://www.hqontario.ca)