

Pleins feux sur l'amélioration de la qualité

Principales observations
Plans d'amélioration de la qualité 2014-2015
Soins primaires

Introduction

L'Ontario compte maintenant près de quatre années d'expérience à l'égard des plans d'amélioration de la qualité (PAQ) qui ont d'abord été mis en œuvre dans le secteur hospitalier et, au cours des dernières années, se sont étendus aux organismes de soins primaires interprofessionnels et aux centres d'accès aux soins communautaires (CASC). Ils seront bientôt mis en place dans les foyers de soins de longue durée (FSLD) (dont certains ont déjà volontairement soumis leur PAQ cette année).

Les PAQ jouent un rôle essentiel dans l'amélioration de la qualité des soins offerts dans la province. Ils permettent aux organismes d'officialiser leurs activités d'amélioration de la qualité, d'énoncer clairement leurs objectifs et de déterminer des moyens concrets pour les atteindre.

Dans le but de définir plus précisément les activités d'amélioration de la qualité qui seront menées en Ontario au cours de la prochaine année, les organismes de soins primaires devaient envisager cinq indicateurs prioritaires et aborder la plupart d'entre eux dans leur plan. Toutefois, il est entendu que les organismes ont leurs propres priorités et ils sont encouragés à les prendre en compte et à les aborder dans leur PAQ annuel. Pour tenir compte de la variation régionale, les organismes peuvent établir leurs propres objectifs d'amélioration.

Le présent rapport a pour objet de présenter des renseignements au sujet des éléments sur lesquels les fournisseurs de services en Ontario se concentrent pour améliorer la qualité des soins, les idées de changement qui peuvent donner lieu à des améliorations dans les années à venir et les occasions qui pourraient permettre de tirer des leçons des autres. Nous espérons que ce rapport stimulera de nouvelles façons de réfléchir à des moyens d'améliorer la qualité. Il vise à alimenter les conversations sur la qualité entre les membres des conseils, les membres de la haute direction, les dirigeants de services cliniques individuels et les équipes. Il jettera un regard sectoriel particulier sur les principaux indicateurs des PAQ 2014-2015. Dans les prochains rapports, nous nous efforcerons d'apporter des perspectives intersectorielles et de fournir une vision plus détaillée des enjeux touchant la qualité.

Qualité des services de santé Ontario (QSSO) s'engage à s'assurer que les PAQ font partie intégrante des efforts communs d'amélioration de la qualité déployés en Ontario. Nous espérons que le présent rapport permettra de maintenir l'élan en faveur de l'amélioration de la qualité et aidera les organismes à tirer parti de l'expérience des autres dans leur démarche d'amélioration de la qualité.

Coup d'œil en chiffres sur les plans d'amélioration de la qualité des organismes de soins primaires

C'est la deuxième année que les organismes de soins primaires interprofessionnels soumettent leur PAQ.



292 PAQ soumis

5 indicateurs prioritaires

424 indicateurs
autosélectionnés*

Ventilation des organismes de soins primaires

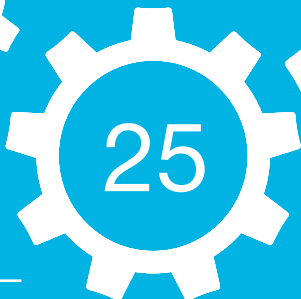
(qui ont soumis leur PAQ)

Centres d'accès
aux services de
santé pour les
Autochtones
(CASSA)



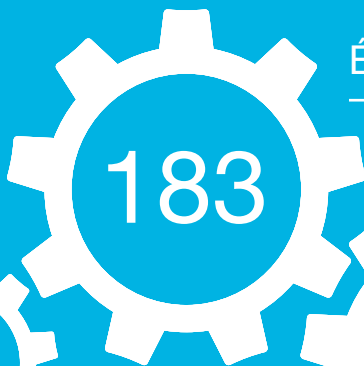
9

Cliniques dirigées par du
personnel infirmier praticien
(clinique DPIP)

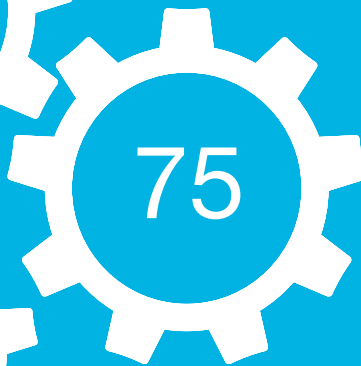


25

Équipes de santé familiale (ESF)



183



75

Centres
de santé
communautaire
(CSC)

Examen plus approfondi des priorités

Voici le nombre d'organismes de soins primaires qui ont inscrit chaque indicateur prioritaire dans leur PAQ

Accès rapide aux soins primaires, au besoin (données extraites d'un sondage à l'intention des patients)

- CASSA : 9 sur 9, soit une hausse par rapport à 8 l'an dernier
- CSC : 74 sur 75, soit une hausse par rapport à 67 l'an dernier
- ESF : 182 sur 183, soit une hausse par rapport à 160 l'an dernier
- Cliniques DPIP : 25 sur 25, soit une hausse par rapport à 19 l'an dernier
- Total : 290 sur 292 (99 %), soit une hausse par rapport à 88 % l'an dernier

Consultations pour soins primaires dans les sept jours suivant le congé de l'hôpital

- CASSA : 7 sur 9, soit une baisse par rapport à 8 l'an dernier
- CSC : 74 sur 75, soit une hausse par rapport à 72 l'an dernier
- ESF : 182 sur 183, soit une hausse par rapport à 167 l'an dernier
- Cliniques DPIP : 23 sur 25, soit une hausse par rapport à 20 l'an dernier
- Total : 286 sur 292 (98 %), soit une hausse par rapport à 92 % l'an dernier

Expérience des patients – « Occasion de poser des questions » (données extraites d'un sondage à l'intention des patients)

- CASSA : 9 sur 9, soit une hausse par rapport à 7 l'an dernier
- CSC : 73 sur 75, soit une hausse par rapport à 60 l'an dernier
- ESF : 179 sur 183, soit une hausse par rapport à 137 l'an dernier
- Cliniques DPIP : 25 sur 25, soit une hausse par rapport à 18 l'an dernier
- Total : 286 sur 292 (98 %), soit une hausse par rapport à 77 % l'an dernier

Expérience des patients – « Temps de consultation suffisant » (données extraites d'un sondage à l'intention des patients)

- CASSA : 8 sur 9, soit une hausse par rapport à 7 l'an dernier
- CSC : 72 sur 75, soit une hausse par rapport à 60 l'an dernier
- ESF : 176 sur 183, soit une hausse par rapport à 134 l'an dernier
- Cliniques DPIP : 25 sur 25, soit une hausse par rapport à 18 l'an dernier
- Total : 281 sur 292 (96 %), soit une hausse par rapport à 76 % l'an dernier

Expérience des patients – « Participation des patients ou clients » (données extraites d'un sondage à l'intention des patients)

- CASSA : 8 sur 9, soit une hausse par rapport à 7 l'an dernier
- CSC : 72 sur 75, soit une hausse par rapport à 63 l'an dernier
- ESF : 177 sur 183, soit une hausse par rapport à 140 l'an dernier
- Cliniques DPIP : 25 sur 25, soit une hausse par rapport à 19 l'an dernier
- Total : 282 sur 292 (97 %), soit une hausse par rapport à 79 % l'an dernier

* Nombre total d'indicateurs autosélectionnés soumis par les organismes de soins primaires. Les indicateurs personnalisés visent à concentrer les efforts sur l'accès et l'expérience des patients, le diabète, l'abandon du tabagisme, la vaccination, les dossiers médicaux électroniques, le bilan comparatif des médicaments et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).

Les thèmes ci-dessous se sont dégagés des PAQ soumis

1

Les organismes de soins primaires resserrent leurs relations avec d'autres secteurs du système de santé.

Par rapport à l'an dernier, il y a eu une augmentation de 91 % du nombre de références visant une collaboration avec les centres d'accès aux soins communautaires (CASC) en vue d'offrir aux patients des soins continus de haute qualité. Il y a eu une augmentation de 50 % du nombre de références visant un travail en partenariat avec les maillons santé ou à faire appel aux services communautaires de soutien pour offrir de meilleurs soins à leurs patients.

2

Les organismes de soins primaires ont recours aux dossiers médicaux électroniques (DME) pour définir et satisfaire les besoins des patients.

Tous les organismes de soins primaires ont mentionné l'utilisation des DME dans la section narrative de leur PAQ. Il s'agit d'un exemple de la façon dont la technologie peut être utilisée pour surveiller les besoins des patients et appuyer une meilleure prestation des soins. Environ 38 % des organismes de soins primaires ont décrit l'utilisation des DME pour déceler des affections particulières.

3

Les organismes de soins primaires tirent avantage d'un plus grand accès aux données et aux données probantes pour soutenir les initiatives d'amélioration de la qualité.

Plus de 260 médecins de famille participent à l'initiative Rapport sur les cabinets de soins primaires de Qualité des services de santé Ontario, qui repose sur des bases de données administratives sur la santé pour fournir aux médecins des données personnalisées sur leur cabinet. L'accès à des données sur les cabinets permet aux fournisseurs de comparer leur rendement à celui des autres cabinets et de mieux cerner les forces et les possibilités d'amélioration.

4

Les organismes de soins primaires harmonisent de plus en plus leur PAQ avec les priorités organisationnelles.

Parmi les organismes ayant soumis leur PAQ, 98 % ont mentionné l'harmonisation de leur PAQ avec d'autres documents de planification, y compris, la mission, la vision et les plans stratégiques. De ces organismes, 46 % ont fourni des renseignements détaillés sur la façon dont leur PAQ est conforme à d'autres documents de planification internes et (ou) aux ententes contractuelles ou de responsabilisation. Il s'agit d'un très bon signe, car cela indique que les organismes intègrent les pratiques exemplaires en matière d'amélioration de la qualité et leur PAQ aux activités quotidiennes afin d'améliorer les soins prodigués à leurs patients.

5

Les organismes de soins primaires demandent aux cliniciens et aux membres de la haute direction de participer à l'élaboration de la section narrative de leur PAQ.

Parmi les organismes ayant soumis leur PAQ, 98 % ont documenté la participation directe des cliniciens et des dirigeants à l'élaboration de leur PAQ. De ces organismes, 33 % ont fait remarquer comment les cliniciens et les dirigeants participent de façon stratégique à la planification et à la surveillance du PAQ, et 11 % ont déclaré qu'ils pouvaient faire preuve de responsabilité et servir de modèles pour leurs pairs en élaborant leur PAQ (en faisant référence aux avantages du suivi régulier, de la surveillance et du partage tous les trimestres).

Accès rapide aux soins primaires, au besoin

Cet indicateur mesure le pourcentage de patients ou de clients qui peuvent consulter un médecin ou du personnel infirmier praticien le jour même ou le lendemain, au besoin.

POURQUOI EST-CE PRIORITAIRE?

Des études ont conclu que l'accès régulier à un fournisseur de soins primaires peut réduire les visites aux urgences, réduire le recours aux cliniques sans rendez-vous et améliorer la continuité des soins¹.

IDÉES DE CHANGEMENT

- **Comprendre et équilibrer l'offre et la demande** – Pour améliorer l'accès, il faut que l'offre corresponde à la demande de rendez-vous. L'examen des tendances hebdomadaires, mensuelles ou saisonnières dans la demande et l'offre peut aider les organismes à comprendre comment façonner l'offre pour qu'elle corresponde à la demande ou accroître l'offre en période de forte demande (p. ex., la saison de la grippe).
- **Réduire les types de rendez-vous et leur durée** – Les agendas complexes comprenant de multiples types de rendez-vous, durées et restrictions peuvent en fait accroître le nombre total de délais dans le système, car chaque type et durée de rendez-vous génère ses propres délais et attentes. Il est possible de réduire les délais en regroupant les rendez-vous complexes.
- **Réduire les délais** – Les délais consistent en des rendez-vous qui ont dû être reportés à une date ultérieure en raison d'un emploi du temps surchargé. En réduisant les délais, on rééquilibre le système pour améliorer l'accès.

Accès rapide aux soins primaires, au besoin

- 99 %** Ont choisi d'inscrire cet indicateur dans leur PAQ.
- 72 %** Ont choisi un objectif supérieur à celui du rendement actuel.
- 27 %** Ont établi les mêmes objectifs que ceux du rendement actuel ou ont recueilli des données de base.

CE QUE NOUS CONSTATONS : Bon nombre d'organismes de soins primaires accroissent leur utilisation du Sondage sur l'expérience des patients en matière de soins primaires au moyen de sondages électroniques, de méthodes de distribution améliorées et d'analyses.

- Une hausse est constatée entre 2013-2014 et 2014-2015 dans la proportion des organismes qui ont indiqué effectuer des sondages auprès de leurs patients, passant de 32 % à 67 %.

¹ Glazier, R. H. « Balancing equity issues in health systems: perspectives of primary healthcare », *Healthcare Papers*, vol. 8 (2007), pp. 35 à 45.

CHIFFRES MARQUANTS

- 109** Nombre total d'indicateurs autosélectionnés se rapportant à l'accès qui ont été soumis par les organismes de soins primaires dans leur PAQ.
- 98** Pourcentage d'organismes de soins primaires qui ont inscrit des idées de changement se rapportant à l'accès rapide aux soins.
- 52** Pourcentage d'organismes de soins primaires qui ont fourni des paramètres de mesure du processus et des idées de changement pour promouvoir l'amélioration de l'accès aux soins, soit une hausse par rapport à 35 % l'an dernier.

Consultations pour soins primaires dans les sept jours suivant le congé de l'hôpital

Cet indicateur mesure le pourcentage de patients ou de clients qui consultent leur fournisseur de soins primaires dans les sept jours suivant leur congé de l'hôpital pour certaines affections.

POURQUOI EST-CE PRIORITAIRE?

Dans un système de santé intégré, tous les éléments sont organisés, reliés et coordonnés de manière à assurer la prestation de soins de qualité supérieure. Un système de soins intégrés inspire la confiance et a le potentiel de faciliter les transitions de soins, d'améliorer les résultats et les expériences des patients/clients et de réduire les coûts totaux pour le système de santé. De plus, des recherches démontrent que les patients/clients qui reçoivent des soins de suivi de leur fournisseur de soins primaires après leur hospitalisation sont moins susceptibles d'être réadmis à l'hôpital².

IDÉES DE CHANGEMENT

Plus de 50 % des organismes de soins primaires ont indiqué qu'ils mettent en œuvre les idées de changement de l'initiative Accès ouvert et efficacité des soins primaires. Parmi ces idées de changement, citons :

- former le personnel sur la façon d'utiliser les rapports sur les congés des patients communiqués par les hôpitaux;
- fournir aux patients un « passeport de patient » (indiquant le nom du fournisseur de soins primaires et ses coordonnées) et encourager les patients à partager ces passeports avec le personnel de l'hôpital s'ils sont admis pour veiller à ce que les renseignements sur les congés soient communiqués au bon organisme;
- obtenir un accès quotidien aux portails des hôpitaux pour afficher les nouvelles admissions de patients enregistrés;
- travailler en collaboration avec l'équipe de soins de santé et des partenaires dans d'autres secteurs pour :
 - o s'assurer que des plans de soins personnalisés et des plans de congés écrits des hôpitaux sont communiqués aux équipes de soins primaires, aux spécialistes et à d'autres fournisseurs dans les 24 heures suivant leur congé;
 - o confirmer et documenter les rendez-vous dans les plans de congé, y compris les rendez-vous de suivi avec les fournisseurs de soins primaires;
 - o confirmer qu'un traitement pharmacologique après le congé à jour a été créé et le passer en revue avec

Consultations pour soins primaires dans les sept jours suivant le congé de l'hôpital

- 98 %** Ont choisi d'inscrire cet indicateur dans leur PAQ.
- 71 %** Ont choisi un objectif supérieur à celui du rendement actuel.
- 29 %** Ont établi les mêmes objectifs que ceux du rendement actuel ou ont recueilli des données de base.

CE QUE NOUS CONSTATONS : Les organismes de soins primaires commencent à mieux comprendre cet indicateur et utilisent activement les données afin de favoriser l'amélioration.

le patient et sa famille, ainsi que la ou les personnes soignantes; songer à inclure des listes de vérification ou des repères non écrits afin d'aider les patients à prendre leurs médicaments comme prescrits;

- o s'assurer que les personnes qui présentent un risque élevé de réadmission ont un rendez-vous avec leur équipe de soins primaires dans les 48 heures suivant leur congé de l'hôpital;
- o s'assurer que les patients qui présentent un risque modéré de réadmission reçoivent un appel de suivi. Ces personnes devraient également avoir un rendez-vous avec leur équipe de soins primaires dans les cinq jours suivant le congé.

² Ionescu-Ittu, R., J. McCusker, A. Ciampi, A. M. Vadeboncoeur, D. Roberge, D. Larouche et R. Pineault. « Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 177, n° 11 (2007), pp. 1362 à 1368.

CHIFFRE MARQUANT

97 Pourcentage d'organismes de soins primaires qui ont inscrit des idées de changement et des méthodes pour cet indicateur.

Expérience des patients – Occasion de poser des questions

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 donne la possibilité de poser des questions sur le traitement recommandé?

POURQUOI EST-CE PRIORITAIRE?

Un malade adulte sur quatre environ affirme qu'il n'a pas l'occasion de poser suffisamment de questions ou qu'il n'a pas l'impression de participer aux soins qui lui sont prodigués. Dans le cadre de la prestation de soins axés sur le patient, le patient/client est considéré comme une personne et comme un partenaire et ses valeurs, ses croyances, sa culture et ses sentiments sont pris en compte. Des études ont conclu que lorsque les patients ont la possibilité de donner leur opinion et de partager leur expérience en matière de soins de santé, des changements bénéfiques s'opèrent souvent et la qualité générale peut s'améliorer³.

IDÉES DE CHANGEMENT

Plus de 50 % des organismes de soins primaires ont indiqué qu'ils mettent en œuvre les idées de changement de l'initiative Accès ouvert et efficacité des soins primaires. Parmi ces idées de changement, citons :

- Mener des sondages sur l'expérience des patients/clients, qui sont utiles afin de déterminer et d'explorer leurs opinions au sujet de leur état de santé et des soins qui leur sont prodigués.
- Faire participer les patients à des comités d'amélioration de la qualité.
- Effectuer une visite des lieux pour savoir ce que les patients/clients pensent de l'organisme.
- Encourager les patients à poser des questions sur leur traitement ou leur sécurité.
- Établir des occasions de poser des questions en utilisant d'autres moyens (p. ex., courriels, appels téléphoniques).
- Faire appel à la méthode de « retransmission de l'information » pour confirmer que les patients comprennent les directives liées à leurs soins en leur demandant de les répéter.
- Utiliser un langage simple ou des graphiques pour expliquer les directives aux personnes ayant un faible niveau d'alphabétisation.

Expérience des patients – Occasion de poser des questions

98 % Ont choisi d'inscrire cet indicateur dans leur PAQ.

65 % Ont choisi un objectif supérieur à celui du rendement actuel.

35 % Ont établi les mêmes objectifs que ceux du rendement actuel ou ont recueilli des données de base.

CE QUE NOUS CONSTATONS : Bon nombre d'organismes de soins primaires sensibilisent les patients à leur droit de poser des questions sur le traitement recommandé. Ils cherchent d'autres façons de communiquer au sens large pendant le rendez-vous d'admission d'un nouveau patient et augmentent la sensibilisation grâce à leur site Web et à des affiches dans le cabinet afin d'informer les patients qu'ils peuvent participer à leurs propres soins.

- Fournir aux patients et aux familles des directives écrites claires et des feuilles de foire aux questions (FAQ) sur les médicaments, les plans de soins et les rendez-vous de suivi.
- Surveiller les commentaires des patients (y compris les compliments, les suggestions et les plaintes) et communiquer les mesures prises en réponse à leurs commentaires.

³Qualité des services de santé Ontario. *Observateur de la qualité 2012*, 2012, p. 30, consulté à l'adresse : <http://www.hqontario.ca/portals/0/Documents/pr/qmonitor-full-report-2012-fr.pdf>.

CHIFFRES MARQUANTS

92 Pourcentage d'organismes de soins primaires qui ont inscrit des idées de changement et des méthodes pour cet indicateur.

39 Pourcentage d'organismes qui ont inclus les paramètres de mesure du processus pour les aider à mesurer l'incidence des idées de changement et les progrès vers l'atteinte de leurs objectifs d'amélioration.

Expérience des patients – 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?

POURQUOI EST-CE PRIORITAIRE?

Lorsque des patients utilisent les services d'une équipe interprofessionnelle de soins de santé, ils veulent avoir la certitude que leurs fournisseurs connaissent leur nom, qu'ils peuvent leur expliquer ce qui se passe, qu'ils sont « en contrôle de la situation », qu'ils sont en mesure de répondre à leurs questions ou à leurs préoccupations et qu'ils les aiguilleront vers le bon fournisseur de soins de santé, au bon moment. Passer un temps raisonnable avec les patients améliore leur expérience en matière de soins⁴.

IDÉES DE CHANGEMENT

Plus de 50 % des organismes de soins primaires ont indiqué qu'ils mettent en œuvre les idées de changement de l'initiative Accès ouvert et efficacité des soins primaires. Parmi ces idées de changement, citons :

- Sonder régulièrement les patients pour comprendre leurs expériences en matière de soins et déterminer les éléments qui fonctionnent bien et ceux qui peuvent être améliorés.
- Utiliser des critères pour préparer les patients à leur rendez-vous (p. ex., demander aux personnes diabétiques d'ôter leurs souliers et leurs chaussettes).
- Favoriser la continuité en faisant en sorte que les patients voient le même médecin chaque fois.
- Assurer une bonne communication au sein du cabinet (p. ex., des réunions flash quotidiennes, présence des résultats des tests de laboratoire et des rapports de diagnostic dans le dossier médical des patients).
- Créer des scénarios et consigner la raison des visites des patients pour s'assurer que les équipes de soins sont préparées avant la rencontre.
- Prévoir des visites plus longues pour répondre aux besoins des patients, au besoin.
- Normaliser le matériel et les fournitures dans chaque salle pour réduire le temps perdu à chercher des articles.
- Surveiller les interruptions pour déceler les perturbations dans le flux des travaux et trouver des idées de changement.
- Utiliser une liste de vérification afin de ne rien oublier pendant

Expérience des patients – Temps de consultation suffisant

- 96 %** Ont choisi d'inscrire cet indicateur dans leur PAQ.
- 59 %** Ont choisi un objectif supérieur à celui du rendement actuel.
- 35 %** Ont établi les mêmes objectifs que ceux du rendement actuel ou ont recueilli des données de base.

CE QUE NOUS CONSTATONS

- Bon nombre d'organismes de soins primaires s'efforcent de maintenir des plages de rendez-vous de 30 minutes. Certains organismes prévoient aussi la création d'un scénario pour le personnel de la réception afin d'avoir accès plus précisément à la durée nécessaire pour un rendez-vous.
- Les organismes de soins primaires prévoient renforcer la collaboration entre le personnel infirmier et les médecins et (ou) le personnel infirmier praticien pour assurer une meilleure utilisation du temps entre les médecins et (ou) le personnel infirmier praticien et leurs patients. À titre d'exemple, citons le fait de permettre au personnel infirmier de remplir les antécédents des patients, de prendre les signes vitaux, d'effectuer le test de Papanicolaou et d'administrer des vaccins.

la consultation (p. ex., utiliser des directives relatives à l'âge pour optimiser la planification des consultations).

⁴ 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*, vol. 2, n° 5 (2007), pp. 314 à 323.

CHIFFRES MARQUANTS

91 Pourcentage d'organismes de soins primaires qui ont inscrit des idées de changement et des méthodes pour cet indicateur.

35 Le pourcentage d'organismes de soins primaires qui ont inclus des paramètres de mesure du processus pour chaque idée de changement.

Expérience des patients – Participation des patients

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?

POURQUOI EST-CE PRIORITAIRE?

Une masse croissante de connaissances démontre que l'amélioration de l'expérience des patients et leur participation dans leurs soins peut abaisser leur niveau de stress, raccourcir le délai de récupération et améliorer les résultats de santé pour les patients. Dans un système de santé qui est véritablement axé sur les patients, ces derniers participent à toutes les décisions relatives aux soins⁵.

IDÉES DE CHANGEMENT

- Encourager les patients à participer à l'autogestion en établissant activement leurs propres objectifs de traitement et en y contribuant.
- Encourager les patients à poser des questions sur leurs soins ou à soulever des inquiétudes quant à la sécurité.
- Faire appel à la méthode de « retransmission de l'information » pour confirmer que les patients comprennent les directives liées à leurs soins en leur demandant de les répéter.
- Utiliser les systèmes de gestion de l'information pour faciliter l'élaboration d'une démarche en matière de soins planifiée de manière proactive et aider les clients à se tenir informés.
- Offrir au personnel une formation sur le service à la clientèle qui comprend des aptitudes d'accueil, le recours au contact visuel, un langage simplifié, l'écoute active et les stratégies visant à désamorcer les conflits.
- Élaborer des projets de collaboration pour examiner les paramètres de mesure des résultats, la méthodologie des études et les processus de recherche et d'évaluation pour les soins axés sur les patients.
- Discuter des options de surveillance et de gestion optimales des soins chroniques et préventifs.

Expérience des patients – Participation des patients

- 97 %** Ont choisi d'inscrire cet indicateur dans leur PAQ.
- 62 %** Ont choisi un objectif supérieur à celui du rendement actuel.
- 32 %** Ont établi les mêmes objectifs que ceux du rendement actuel ou ont recueilli des données de base.

CE QUE NOUS CONSTATONS

- De nombreux organismes de soins primaires prévoient adopter une boîte à outils de planification des soins avancés pour s'assurer que les patients âgés participent à la prise de décisions à l'égard de leurs soins et du traitement à l'avenir.
- De nombreux organismes de soins primaires fournissent aux clients francophones des renseignements écrits en français sur leurs affections pour s'assurer qu'ils comprennent pleinement leurs soins.
- Bon nombre d'organismes de soins primaires incitent les cliniciens à créer des plans de soins conjoints avec les patients, de sorte que ces derniers se sentent habilités et aient connaissance de leurs choix.

⁵ Qualité des services de santé Ontario. *Cerner l'expérience des patients*, 2013, accessible à l'adresse : <http://www.QSSOntario.ca/Portals/0/Documents/qi/qicapturing-patient-experience-instruction-sheet-en.pdf>.

CHIFFRES MARQUANTS

91 Pourcentage d'organismes de soins primaires qui ont inscrit des idées de changement et des méthodes pour cet indicateur. De ce nombre, 60 % ont dit qu'ils avaient inscrit des idées de changement qu'ils mesureraient toujours depuis l'an dernier.

35 Le pourcentage d'organismes de soins primaires qui ont inclus des paramètres de mesure du processus pour chaque idée de changement.

Ce que nous constatons pour les trois indicateurs de l'expérience des patients

1

Plus d'organismes :

- réalisent des sondages mensuels ou trimestriels pour déterminer si les idées de changement récemment mises en œuvre produisent bien une amélioration tangible;
- intègrent les questions de sondage normalisées (telles qu'elles sont énoncées dans le document sur les caractéristiques des indicateurs) afin de permettre des comparaisons à l'échelle provinciale et d'assurer l'uniformité des rapports;
- communiquent les résultats des sondages aux membres du personnel et aux fournisseurs pour accroître la sensibilisation aux activités d'amélioration de la qualité;
- présentent les résultats des sondages au conseil tous les trimestres;
- affichent les résultats des sondages dans les salles d'examen et d'attente pour faire participer les patients.

2

Bon nombre d'organismes de soins primaires mettent sur pied des groupes consultatifs sur les clients et cherchent des bénévoles (au moyen de bulletins et de la formation des centres d'enseignement) dans le but de mieux communiquer avec les patients.

Qualité des services de santé Ontario
130, rue Bloor Ouest
10^e étage
Toronto (Ontario) M5S 1N5

Téléphone : 416 323-6868
Sans frais : 1 866 623-6868
Courriel : info@hqontario.ca

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2014

ISBN 978-1-4606-4944-2 (PDF)

www.hqontario.ca

