

— 2010 —
FORUM
des
PDG

PARAMÈTRES DE LA QUALITÉ
DES SERVICES DE SANTÉ :
LE RÔLE DU DIRIGEANT

Rapport du quatrième
Forum des PDG

Fondation canadienne de la recherche
sur les services de santé
Montréal (Québec)
Le 17 février 2010

Ce document est disponible au www.fcrss.ca.

Ce rapport de recherche est publié par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé. Financée dans le cadre d'une entente conclue avec le gouvernement du Canada, la FCRSS est un organisme indépendant et sans but lucratif qui a pour mandat de promouvoir l'utilisation des données probantes afin de renforcer l'offre de services destinés à améliorer la santé des Canadiens et des Canadiennes. Les opinions exprimées par les auteurs ne représentent pas nécessairement celles de la FCRSS ou du gouvernement du Canada.

Paramètres de la qualité des services de santé : le rôle du dirigeant © 2010 Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé.

Tous droits réservés. Cette publication peut être reproduite, en tout ou en partie, aux fins non commerciales seulement, à condition que le contenu original de la publication ou une partie de la publication ne soit modifié de quelque façon que ce soit, sans la permission écrite de la FCRSS. Pour obtenir une telle autorisation, veuillez communiquer par courriel, à info@fcrss.ca. Veuillez utiliser la formule de mention suivante : « Reproduction permise par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, © »

FCRSS

1565, avenue Carling, bureau 700

Ottawa, Ontario

K1Z 8R1

Courriel : info@chsr.ca

Téléphone : 613-728-2238

Télécopieur : 613-728-3527

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	5
Établissement de paramètres de la qualité minimaux	6
Élaboration d'une charte de la qualité dans les services de santé	7
Gestion de la technologie de l'information en vue d'améliorer la qualité	8
À la recherche de leviers pour améliorer la qualité	9
Création d'une charte de la qualité des soins au patient :	
Les hauts dirigeants et les conseils d'administration sauront-ils donner au Canada l'impulsion dont il a besoin pour améliorer le rendement du système de santé?	10
Un système voué à un rendement moyen et la nécessité d'une déclaration commune sur l'amélioration de la qualité	12
Que devrait englober une charte de la qualité?	13
Créer les conditions gagnantes	15
Conclusion	15
Références bibliographiques	16
Annexe	17

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les 120 hauts dirigeants, décideurs et experts de toutes les régions du Canada qui ont pris part au Forum des PDG 2010 et fourni les documents sur lesquels repose le présent rapport. Nos remerciements vont également au personnel de la FCRSS pour le concours qu'il nous a offert sous diverses formes : suggestions d'idées, organisation de séances, animation de débats, traduction et conception de documents, coordination de la logistique, sans compter sa remarquable compétence à régler les nombreux détails moins évidents que suppose la planification d'un tel événement.

Nous remercions aussi nos conférenciers : Jack Kitts, Juan Roberto Iglesias, Maura Davies, Wendy Nicklin, Ben Chan, Micheline Ste-Marie, Bonnie Brossart, Robert Ouellet, Adalsteinn (Steini) Brown, Melanie Mastanduno, Yeona Jang, Robyn Tamblyn, G. Ross Baker, Oliver J. Warren et Elissa F. Malcolm. Nous sommes en outre redevables à Terry Sullivan, qui s'est acquitté de son rôle de modérateur avec brio.

Ce rapport sur les actes du quatrième Forum des PDG a été rédigé par Stephen Petersen et Jennifer Thornhill.



INTRODUCTION

Le Forum des PDG est une rencontre sur invitation d'une journée qui réunit des présidents-directeurs généraux, des hauts dirigeants, des sous-ministres et d'éminents spécialistes en vue d'échanger leurs connaissances et leurs points de vue et de mettre en commun leur expérience des grands enjeux ayant trait aux politiques et à la gestion des services de santé.

Pour les dirigeants des services de santé de partout au pays, ce forum est une occasion unique de rencontrer leurs pairs et les acteurs clés des services de santé au Canada et de tisser des liens avec eux, de discuter des applications pratiques des données probantes afin de résoudre les importants enjeux auxquels font face les dirigeants du milieu de la santé et de mettre en commun des stratégies novatrices visant à instaurer, aux échelons provincial ou territorial et institutionnel, des services de santé de rendement et de qualité supérieurs dans l'ensemble du continuum de soins.

Le Forum des PDG 2010, tenu le 17 février 2010 sous le thème *Paramètres de la qualité des services de santé : le rôle du dirigeant*, a été organisé par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) en partenariat avec l'Association canadienne des institutions de santé universitaires et l'Association médicale canadienne. Pour favoriser un dialogue franc et ouvert, le forum s'est déroulé suivant les règles dites de « Chatham House », en vertu desquelles toutes les déclarations pourront être évoquées en public sans toutefois qu'une idée ou un point de vue puisse être attribué à son auteur. Seuls les conférenciers peuvent être nommément cités; les propos des participants restent anonymes.

L'édition 2010 du Forum des PDG a porté en particulier sur le défi constant que pose l'amélioration de la qualité des services de santé au Canada, indispensable pour réduire la mortalité, la morbidité et les coûts excessifs inutiles. Or, comme l'amélioration du rendement met à contribution de nombreux intervenants et divers indicateurs de la qualité, le chemin pour y parvenir est complexe.

Pendant ce forum d'une journée, les cadres supérieurs des services de santé ont évoqué les défis liés à la qualité et au rendement que doivent relever leurs établissements respectifs, dans le but de mettre en commun des stratégies d'amélioration durables, éclairées par les données probantes. À partir d'études de cas et dans le cadre de discussions de groupe et de séances de questions et réponses dirigées par les PDG, les participants ont abordé nombre de sujets en lien avec la qualité des services de santé, dont :

- ▲ les dimensions et les indicateurs communs de la qualité dans l'ensemble du continuum de soins;
- ▲ une charte pour la collecte de données et l'établissement de rapports sur la qualité du rendement;
- ▲ l'« infostructure » nécessaire pour gérer les services de santé et améliorer la prestation de soins aux patients;
- ▲ les leviers d'une gouvernance efficace pour assurer la qualité.

Le présent rapport a pour objet de documenter les principaux messages issus des réunions en petits groupes et de la séance plénière, qui ont principalement porté sur la création d'une charte de la qualité des soins au patient.

Les enregistrements audio et les fiches de présentation – y compris les études de cas présentées par les PDG – de même que le programme et la documentation préparée pour l'événement peuvent être consultés à www.chsrf.ca.

ÉTABLISSEMENT DE PARAMÈTRES DE LA QUALITÉ MINIMAUX

« EST-IL POSSIBLE QUE DES PARAMÈTRES DE LA QUALITÉ MINIMAUX SUFFISENT À DÉCRIRE L'ENSEMBLE DU SYSTÈME DE SANTÉ? »

De l'avis des participants, le Canada serait mieux armé pour assurer la qualité des services de santé si les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux étaient animés par une même philosophie. Un terrain d'entente commun faciliterait l'analyse comparative qui pourrait servir de levier pour améliorer la qualité.

Partout au pays, les conseils de la qualité des services de santé ont déterminé diverses dimensions de la qualité comportant des éléments communs, soit l'accessibilité, l'efficacité, l'efficience, la sécurité et l'offre de services centrés sur le patient. Les conseils travaillent régulièrement en collaboration, mais malgré l'intérêt croissant pour la concertation des efforts afin de rendre compte de la qualité, les conseils de la qualité n'arrivent pas à s'entendre sur les indicateurs de priorités liés à chacune des dimensions.

L'atteinte d'un consensus à l'échelle du pays sur de tels indicateurs de priorités revêt une importance particulière pour les hauts dirigeants, les conseils d'administration et les responsables de politiques, car la conclusion d'une entente pancanadienne permettrait de concevoir et de mettre en œuvre une stratégie de la qualité applicable à l'ensemble du système. Mais il existe toutefois une telle pléthore d'indicateurs de la qualité que l'on a voulu, dans cette réunion en petits groupes, examiner la question de savoir s'il est possible que des paramètres de la qualité minimaux suffisent seuls à décrire l'ensemble du système de santé.

Les représentants d'Agrément Canada, des conseils de la qualité des services de santé des provinces et d'autres organismes apparentés ont présenté les indicateurs de priorités qu'ils privilégiaient pour chacune des dimensions de la qualité susmentionnées et le vote des participants a déterminé les principaux paramètres à retenir. (Voir, en annexe, le tableau récapitulatif et une ventilation de ces paramètres ainsi que le nombre de votes recueillis par chaque organisme. Les prochains forums feront fond sur ces données brutes.) Bien qu'il y ait eu recoupement de quelques indicateurs, un certain nombre de paramètres se sont démarqués et plusieurs nouvelles idées avancées ont rallié les participants. Quelques-uns des indicateurs de priorités présentés étaient étayés de données facilement accessibles, alors que d'autres, pour lesquels les données complémentaires font défaut, devront faire l'objet d'études plus poussées. Il est encourageant de constater, toutefois, que même un exercice aussi bref a donné lieu à une convergence considérable des points de vue sur les indicateurs de priorités. Soulignons néanmoins que, de l'avis des participants, un ensemble d'indicateurs de la qualité pertinents doit refléter le continuum de soins. Bon nombre des indicateurs examinés dans le cadre du forum se rapportaient uniquement aux soins de courte durée et tertiaires, et ne tenaient pas compte des nombreux indicateurs des soins primaires, des soins communautaires et de la santé publique dont profite la population dans une certaine mesure. Les indicateurs des soins de courte durée n'intéressent que la portion de la population qui utilise les soins en milieu hospitalier.

Il faut bien comprendre que le perfectionnement de ces indicateurs doit aller de pair avec divers éléments du système de santé. Ainsi, la description de différentes composantes du système exigera peut-être une douzaine de paramètres, mais il pourrait être nécessaire aussi de mettre en place une douzaine d'indicateurs clés pour chaque composante : le régime hospitalier, les services de première ligne, les soins de longue durée et les services à domicile, par exemple. Il doit y avoir entre ces paramètres une certaine corrélation de sorte qu'ils puissent être appliqués à l'ensemble de la province ou du système.

PRINCIPAUX MESSAGES

- ▲ Nous devons établir des paramètres de la qualité minimaux qui puissent broser un tableau précis de la qualité de l'ensemble des services de santé.
- ▲ Il importe que les dirigeants et les gestionnaires de partout au pays collaborent à la détermination d'indicateurs et à la coordination d'une stratégie.

ÉLABORATION D'UNE CHARTE DE LA QUALITÉ DANS LES SERVICES DE SANTÉ

« Y A-T-IL LIEU D'INSTAURER UN MODÈLE DE CHARTE DE LA QUALITÉ, ÉNONCÉ PAR LE MILIEU CLINIQUE, QUI CONTRIBUERAIT À ACCÉLÉRER L'AMÉLIORATION DU RENDEMENT ET DE LA QUALITÉ DES SERVICES OFFERTS AUX PATIENTS, DANS LES DIVERS SECTEURS DE COMPÉTENCE? »

Si les opinions varient quant à la portée d'une charte de la qualité, les participants ont convenu qu'une telle charte n'aurait en soi qu'une influence limitée; pour avoir un poids réel, elle doit être liée à d'autres démarches. Voilà pourquoi il importe que la charte ne soit pas conçue selon le principe *blanc ou noir*, mais plutôt comme un choix bivalent.

Quelques idées essentielles sont ressorties des discussions en profondeur. Premièrement, les objectifs d'une charte de la qualité des soins au patient doivent, d'une part, être d'ordre public, intelligibles, clairement exposés, explicitement communiqués et, d'autre part, répondre aux besoins des patients. Il a été convenu qu'une charte pourra comporter un idéal qui fait souvent défaut aux démarches actuelles pour améliorer la qualité des services au patient.

Deuxièmement, il ne doit faire aucun doute qu'une charte de la qualité des soins au patient est axée sur la restructuration des relations – entre les dirigeants et leur organisme (et les gens à qui ils sont tenus de rendre compte), entre les fournisseurs de services de santé et les patients, et entre les gouvernements et les citoyens. Les responsabilités et les pouvoirs doivent y être clairement définis. À quel stade du processus les patients sont-ils censés intervenir? Qui est à la disposition des patients pour les aider lors des traitements? Qui est responsable de la prestation des soins?

Troisièmement, bien qu'il soit important de fixer des objectifs qualitatifs comme « le pourcentage de respect des traitements » ou « le nombre d'événements indésirables », il importe tout autant d'écouter ce que le patient a à dire. De nombreuses recherches sur les besoins des patients pourraient être parachevées par des consultations.

Quatrièmement, le leadership doit être assuré sur le terrain; après tout, ce sont les décideurs locaux qui, en fin de compte, veilleront à l'application de la charte. L'amélioration de la qualité passe par l'engagement de professionnels de la santé de première ligne, y compris celui des médecins.

Les participants au forum craignent qu'il soit difficile de faire adopter une charte de la qualité par les mécanismes fédéraux, provinciaux et territoriaux. Ils conviennent toutefois que l'élaboration d'une telle charte pourrait contribuer à mettre tout le monde d'accord. Il faut viser l'établissement d'objectifs communs pour améliorer la qualité et le rendement des services de santé au Canada. Une charte serait un premier pas dans la bonne direction. Il revient aux dirigeants – en l'occurrence, aux PDG et à leur conseil d'administration – de présider à la transformation des services de santé. Sans leadership, une charte de la qualité des soins au patient n'aura qu'une valeur symbolique.

PRINCIPAUX MESSAGES

- ▲ En soi, une charte n'assurera pas la qualité des soins; elle doit être liée à d'autres initiatives d'amélioration de la qualité.
- ▲ Le leadership pour la mise en application d'une charte de la qualité des soins au patient doit être assuré par des intervenants sur le terrain.

GESTION DE LA TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION EN VUE D'AMÉLIORER LA QUALITÉ

« COMMENT UTILISER EFFICACEMENT LES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION ET DE LA COMMUNICATION POUR GÉRER LES SERVICES DE SANTÉ ET AMÉLIORER LA QUALITÉ DES SOINS PRODIGUÉS AUX PATIENTS? »

À n'en pas douter, les technologies de l'information (TI) occuperont au cours des prochaines années une place de plus en plus prépondérante dans les services de santé au Canada. Pour utiliser efficacement les TI, il faut définir clairement les objectifs, bien comprendre le contexte dans lequel elles seront mises à profit et savoir qui sont les gens qui en tireront parti.

Partout dans le monde (au Royaume-Uni, aux États-Unis, aux Pays-Bas et en Australie, notamment), il a été démontré que, dans le domaine de la santé, l'utilisation efficace des technologies de l'information peut améliorer la sécurité du patient et la qualité des soins tout en réduisant les coûts.

Il serait utile de documenter les stratégies de mise en œuvre des TI qui ont fait leurs preuves; en effet, la recherche fait état d'un taux de succès plutôt faible, aux environs de 7 pour 100.

L'un des présentateurs a affirmé que le taux de succès de la mise en œuvre des TI dans le milieu des affaires a augmenté à 50 pour 100; le secteur de la santé pourrait de toute évidence tirer des leçons de l'expérience d'autres sphères d'activité. Après tout, les efforts en vue d'intégrer les technologies de l'information dans le secteur de la santé viennent à peine de commencer pour de bon. De fait, les services de santé représentent de 3 à 5 pour 100 de la totalité des investissements dans les technologies de l'information. Le pourcentage étant beaucoup plus élevé dans les secteurs de la fabrication et des finances, c'est donc aux besoins dans ces domaines que l'industrie des TI s'est depuis toujours intéressée au premier chef.

L'importance de préciser l'objectif ultime est une des leçons essentielles qui se dégagent de l'expérience de ces autres secteurs. Ce n'est pas sur la technologie qu'il faut canaliser les énergies, mais bien sur la manière de traiter ses affaires. Le manque d'harmonie entre l'entreprise et le processus est une cause prévisible d'échec. Ce sont les processus que constituent la relation entre le fournisseur de services et le patient, l'information sur la santé et la prestation des soins qu'il faut gérer; la technologie n'est là que pour les appuyer et en faciliter le déroulement. Il faut voir les technologies de l'information comme un tremplin pour l'amélioration de la qualité des soins. L'exploitation des systèmes d'information par les organismes ne devrait pas être une fin en soi (ce qui semble parfois être le cas), mais une stratégie visant à répondre à un besoin bien défini.

L'échec de la mise en œuvre des technologies de l'information peut aussi être attribuable au fait que les établissements de santé n'ont pas tous les ressources nécessaires pour bien gérer leurs relations avec les fournisseurs de TI. Selon un des membres du groupe d'experts, cette mauvaise gestion est responsable d'au moins 4 projets de mise en œuvre de TI avortés sur 10.

Les participants ont discuté des meilleures pratiques pour le recours aux technologies de l'information dans le secteur de la santé. De l'avis général, la mise en œuvre progressive (souvent appelée gradualisme) est la démarche qui s'impose, car elle est plus efficace que la mise en place précipitée d'un système d'envergure provinciale puisque la capacité des régions d'obtenir les données nécessaires à l'instauration des technologies de l'information dans le secteur de la santé connaît des fluctuations marquées.

PRINCIPAUX MESSAGES

- ▲ Exploitées efficacement, les technologies de l'information (TI) en santé peuvent améliorer la sécurité du patient et la qualité des soins tout en réduisant les coûts.
- ▲ Les établissements de santé n'ont pas les ressources nécessaires pour faire affaire avec les fournisseurs de TI. Une mauvaise gestion de relations de ce genre peut vouer le projet à l'échec.
- ▲ Le gradualisme (mise en œuvre progressive) est gage de succès contrairement au déploiement précipité à l'échelle nationale ou provinciale.

À LA RECHERCHE DE LEVIERS POUR AMÉLIORER LA QUALITÉ

« QUELS SONT LES LEVIERS POUR PRODIGUER DES SOINS DE QUALITÉ AUX PATIENTS? FAUT-IL RENFORCER LES MESURES INCITATIVES ET LES SANCTIONS À CET ÉGARD? QUEL EST LE RÔLE DE LA GOUVERNANCE? »

Pour bon nombre de participants au forum, l'amélioration de la qualité dépend dans une large mesure de la présence de dirigeants ayant la volonté et les compétences voulues pour effectuer des changements. Les dirigeants des services de santé peuvent améliorer la qualité en déterminant un ensemble d'objectifs relativement restreint pour chacun des acteurs en cause et en renforçant les capacités du système.

Il est essentiel d'envisager la situation dans son ensemble s'agissant de la qualité des services au sein du système de santé global. Quels moyens prendre pour obtenir de meilleurs résultats cliniques, augmenter la satisfaction du patient, maintenir ou réduire les coûts dans un système d'une telle complexité et comportant de multiples niveaux?

Bien des participants estiment que tous les domaines du secteur professionnel de la santé ont besoin d'un recrutement massif de personnel. On ne peut accomplir de réels progrès que par la restructuration du système, laquelle suppose une réorientation de la prestation des soins et une redéfinition des responsabilités.

Il est essentiel de pouvoir compter sur une forte capacité de leadership pour surmonter ces obstacles. Plusieurs ont laissé entendre que le Canada devait investir davantage dans le renforcement du leadership, dans le milieu clinique en particulier. Heureusement, nous pouvons nous inspirer d'initiatives prometteuses comme le National Leadership Council du Royaume-Uni qui aide les cliniciens à assumer des postes de direction. Le conseil s'intéresse à cinq grands domaines : le leadership clinique, les hauts dirigeants, les nouveaux cadres supérieurs, les conseils d'administration et les programmes d'inclusion. Ces initiatives, outre celles qui s'adressent aux médecins stagiaires aspirant à un poste de direction des services de santé, ont été conçues pour estomper les divisions entre les fournisseurs et les gestionnaires de services de santé afin de favoriser la parité entre le milieu clinique et celui de la gouvernance.

Enfin, il faut veiller à redéfinir la relation entre le médecin et le patient pour en arriver à offrir des services de santé centrés sur le patient, contrairement à la conception actuelle qui repose sur l'expertise clinique dans la prestation des soins.

PRINCIPAUX MESSAGES

- ▲ Leadership, leadership, leadership! Le Canada doit investir davantage dans le leadership médical et clinique.
- ▲ Nous devons savoir au juste qui doit se charger d'assurer au sein du système de santé le leadership qui permettra de s'attaquer au gouffre de la qualité des soins.

CRÉATION D'UNE CHARTE DE LA QUALITÉ DES SOINS AU PATIENT :

Les hauts dirigeants et les conseils d'administration sauront-ils donner au Canada l'impulsion dont il a besoin pour améliorer le rendement du système de santé?

Pour diverses raisons, les gouvernements du Canada ont montré qu'ils ne sont pas prêts à prendre une position ferme quant à l'amélioration de la qualité des services de santé. On pourrait soutenir que le principal obstacle à l'amélioration de la qualité tient au rendement moyen du Canada, d'où on peut conclure aisément que la qualité des services de santé ne pose pas problème au pays. Selon les classements internationaux et au regard de pratiquement toutes les dimensions de la qualité, le Canada occupe une place modeste – il est rarement en tête du peloton, mais il ne reste pas à la traîne non plus. Il découle de la fausse impression que la question de la qualité ne se pose pas un problème très réel, celui du manque de volonté politique. Il est généralement reconnu que lorsque le leadership politique fait défaut, il revient aux dirigeants des services de santé de donner le ton et d'énoncer les attentes relatives à l'amélioration de la qualité et du rendement au Canada. Les observateurs sont de plus en plus nombreux à faire valoir que les hauts dirigeants et leur conseil d'administration devraient être tenus de rendre compte de la qualité des soins prodigués par les services de santé et qu'il leur incombe de mettre en place des mesures d'amélioration de la qualité (Baker et coll., 2010a; 2010b; Davies, 2010). Mais les PDG sont-ils prêts à prendre les rênes et à donner au Canada l'impulsion dont il a besoin pour améliorer la qualité des services de santé?

TABEAU 1. UNE CHARTE SUR L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ

Les organismes de santé sont convaincus de l'importance d'un système de services de santé public et de la nécessité de veiller à sa durabilité pour le bien des générations futures. À titre d'organismes offrant des services de santé, nous sommes conscients de notre responsabilité quant à la qualité des services offerts aux patients et à leur famille. Nous nous employons à créer un système dans lequel les organismes de santé se concentrent continuellement sur l'amélioration de la qualité de leurs services et dans lequel les clients des organismes obtiennent d'excellents résultats cliniques et connaissent toujours des expériences positives.

Nous entendons offrir un système de santé de haute qualité axé sur la santé de la population et caractérisé par l'accessibilité, la sécurité, l'orientation patient, l'aspect approprié, l'efficacité, l'efficience, l'équité et la coordination. Afin d'offrir continuellement des services de santé d'une telle qualité, nous convenons que :

- ▲ les conseils d'administration assumeront leur responsabilité dans la supervision de la qualité des services offerts par leur organisme;
- ▲ les organismes formeront un comité de la qualité de haut niveau relevant du conseil d'administration;
- ▲ les organismes mettront en œuvre un plan annuel d'amélioration de la qualité et le rendront public;
- ▲ par souci de transparence, les organismes rendront compte au public des progrès accomplis dans l'atteinte des objectifs de qualité;
- ▲ les organismes effectueront des sondages uniformes sur l'expérience du client et du proche aidant et sur la satisfaction des travailleurs de la santé afin d'en savoir davantage sur l'expérience du patient dans le système de santé ainsi que sur son passage du système à son domicile ou à un autre établissement de soins pour établir des points de repère à des fins comparatives;
- ▲ les organismes offriront des primes aux dirigeants qui atteignent des objectifs de qualité précis.

Nous avons l'intime conviction que la détermination claire des responsabilités des organismes de santé en matière d'amélioration continue de la qualité élargira l'accès aux services de santé grâce à l'amélioration des résultats et à l'abandon des pratiques inefficaces.

Nous préconisons encore et toujours la transparence afin que le public sache que le système de soins de santé se concentre sur l'amélioration continue de la qualité et la favorise.

Cet engagement nous le prenons parce que nous souhaitons que nos organismes de santé soient les meilleurs du Canada et du monde entier.

Pour susciter le débat sur cette question, le modérateur du forum, Terry Sullivan, président et président-directeur général d'Action Cancer Ontario, a présenté aux participants un modèle de charte de la qualité (voir le tableau 1), à laquelle il a été entendu que les dirigeants et les présidents du conseil d'administration apposeraient leur signature. Cette charte, élaborée en 2009 par un groupe de dirigeants de services de santé, de responsables des politiques de santé et de spécialistes des politiques de santé de l'Ontario, a toutefois été révisée à l'occasion du forum afin de tenir compte de son auditoire pancanadien. Les participants n'ont pas été invités à se prononcer en faveur de la charte, mais on leur a demandé d'examiner sa mise en application et sa pertinence dans leur milieu respectif. La présente partie du rapport a pour objet de faire avancer les discussions; plus particulièrement, de faire connaître l'énoncé de la charte, ses principes directeurs, l'objectif visé et de fournir l'occasion de passer en revue les observations des participants.

TABLEAU 2. FICHE DE RENDEMENT SUR LA QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ AU CANADA, SELON TERRY SULLIVAN

DIMENSION DE LA QUALITÉ	NOTE GÉNÉRALE	INDICATEURS
Accès	C+	<ul style="list-style-type: none"> ▲ B + pour l'accès à un médecin traitant ▲ C- pour l'attente dans les services de santé primaires (adultes malades), dans les services de santé d'urgence et pour une consultation en médecine (adultes malades)
Capacité	?B	<ul style="list-style-type: none"> ▲ B pour le nombre d'infirmières praticiennes pour 1 000 personnes ▲ C- pour l'usage par le médecin de premier recours du dossier patient électronique
Efficacité	B+	<ul style="list-style-type: none"> ▲ B pour la conformité à la prise en charge recommandée ▲ C- pour la vaccination des enfants contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche
Équité	B	<ul style="list-style-type: none"> ▲ B pour le coût comme obstacle à l'obtention de services médicaux, dentaires et pharmaceutiques
Orientation patient	B	<ul style="list-style-type: none"> ▲ B pour l'évaluation par le patient de la qualité générale dans les 12 mois précédents ▲ A- pour la collaboration mutuelle entre le clinicien et le patient (patients aux prises avec une maladie chronique)
Sécurité	B	<ul style="list-style-type: none"> ▲ A- pour la communication de directives au congé de l'hôpital ▲ C- pour les médecins qui reçoivent périodiquement des mises en garde au sujet de la posologie d'un médicament ou d'une interaction médicamenteuse

Terry Sullivan est président et président-directeur général d'Action Cancer Ontario. Il a fait office de modérateur lors du Forum des PDG.

Vous pouvez consulter la version intégrale de la fiche de rendement du Dr Sullivan ou télécharger *La qualité des services de santé au Canada en graphiques* à www.chsrf.ca.

Un système voué à un rendement moyen et la nécessité d'une déclaration commune sur l'amélioration de la qualité

Il existe quantité de données probantes qui devraient persuader les dirigeants des services de santé de divers niveaux de s'associer pour stimuler l'amélioration de la qualité et du rendement au Canada. Le Dr Sullivan a présenté une fiche de rendement sur la qualité des services de santé illustrant le rang qu'occupe le Canada à ce chapitre (voir le tableau 2). Cette fiche repose sur les données compilées pour la préparation du premier recueil de graphiques sur la qualité des services de santé à paraître au pays (voir Sutherland et Leatherman, 2010). Ce recueil – commandé par la FCRSS, l'Institut canadien d'information sur la santé et l'Institut canadien pour la sécurité des patients, avec l'appui de Statistique Canada – fournit des données sur les six dimensions de la qualité : l'accessibilité, la capacité, l'efficacité, l'équité, l'orientation patient et la sécurité. Dans son évaluation, le Dr Sullivan compare le Canada à d'autres pays selon une notation brute, sur une échelle de neuf points déterminant le rendement supérieur (A+, A, A-), moyen (B+, B, B-) et faible (C+, C, C-). Sur le plan de la qualité, le Canada obtient la note B, ce qui est loin d'être idéal pour prétendre justifier l'amélioration de la qualité des services de santé.

Pour le Dr Sullivan, « le bien est l'ennemi du mieux; si, donc, on aspire au mieux, il nous faut trouver un moyen de favoriser un changement global ».

« À titre de PDG, je ne vois pas en quoi la charte pourrait être utile », déclare un participant. « Elle repose sur des valeurs fondamentales. Montrez-moi un seul conseil d'administration au pays qui s'y opposera [...] À mon sens, la question qu'il faut se poser est celle-ci : dans quelle mesure une charte de la qualité aidera-t-elle un PDG et son conseil d'administration à en donner une véritable justification? S'agit-il de montrer en quoi consiste une demi-douzaine de mesures, d'indicateurs, ou comment il faut s'y prendre pour en rendre compte? Il nous faut quelque chose de beaucoup plus tangible qui aide les conseils d'administration à débattre [de la qualité]. »

Ben Chan, président-directeur général du Conseil ontarien de la qualité des services de santé et conférencier, a servi une mise en garde semblable : « Si vous voulez vraiment mettre en place une stratégie applicable à l'ensemble du système, elle doit comporter de multiples éléments. Une charte, prise isolément, ne permettra pas d'accomplir grand-chose. Elle doit faire partie d'un ensemble de mécanismes qui englobe des mesures types, la diffusion publique d'information, le renforcement du leadership, le développement de compétences de première ligne et l'établissement d'objectifs clairs pour l'ensemble du système, à un niveau où les cibles pullulent. » Le Dr Chan a cité l'exemple de la campagne *Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!* Lancée en juin 2005, cette campagne – qui s'inspire de la campagne *100,000 Lives* de l'Institute for Healthcare Improvement – est le plus important projet d'amélioration de la sécurité du patient jamais entrepris au Canada. Elle a permis de réduire le nombre d'événements indésirables comme les infections nosocomiales et les torts causés par les erreurs de médication (*Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!*, 2007). Toutefois, comme le fait remarquer le Dr Chan, « [u]n grand nombre d'équipes ont adhéré à la campagne sans y travailler ni présenter de mesures d'amélioration. Nous courons le même risque [avec la charte de la qualité proposée]. »

Bon nombre de participants ont ressenti la même frustration, notamment M. Adalsteinn Brown, sous-ministre adjoint, Division de la stratégie du système de santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. « Du point de vue de l'Ontario, j'estime que ce problème [de la qualité] existe depuis longtemps. Comment commencer à mettre en place la première d'une série de mesures nécessaires pour le résoudre? Faut-il effectuer une restructuration complète du système pour que tout fonctionne comme cela devrait? À vrai dire, il ne semble pas que tout aille comme sur des roulettes dans le domaine des politiques de santé [...] À mon tour de vous jeter un défi : Quelle mesure pourriez-vous proposer qui ne nécessiterait pas l'intervention du gouvernement? Que pourriez-vous suggérer qui n'exigerait pas de changement majeur? Quelle proposition pourriez-vous avancer qui rallierait toutes les parties et qui serait mieux que la charte proposée? »

L'élaboration d'une charte de la qualité pourrait contribuer à mettre tout le monde d'accord, affirme Adalsteinn Brown. Mais l'objectif ultime doit être sa mise en œuvre; il faut viser l'établissement d'objectifs communs pour améliorer la qualité et le rendement des services de santé au Canada. Une charte serait un premier pas dans la bonne direction.

Il revient aux dirigeants – en l’occurrence, aux PDG et à leur conseil d’administration – de présider à la transformation des services de santé. Sans leadership, une charte de la qualité des soins au patient n’aura qu’une valeur symbolique.

Que devrait englober une charte de la qualité?

Les participants au forum ont proposé un certain nombre d’idées en vue d’améliorer l’énoncé de la charte (voir au tableau 3 les principales suggestions pour sa révision). L’insertion dans la charte de l’obligation de rendre compte qui incombe aux cadres supérieurs semble rallier la majorité. Les participants s’ont d’avis que les hauts dirigeants des services de santé doivent être tenus responsables des soins prodigués aux patients par l’organisme dont ils ont la charge. Les déclarations relatives à des services de santé sûrs, accessibles, centrés sur le patient et « de qualité » – parfois difficile à définir – doivent

TABLEAU 3. PRINCIPALES SUGGESTIONS POUR LA RÉVISION DE LA CHARTE

1. FAIRE PARTICIPER LES CITOYENS. « C’est pour les patients que nous sommes là et que le système de santé existe », soutient un participant. Les participants estiment que, pour véritablement donner suite à nos intentions d’améliorer la qualité des soins prodigués aux patients, il est essentiel de faire participer ces derniers, leurs porte-parole et les membres du public à l’élaboration et à la formulation d’une charte de la qualité. La participation citoyenne aiderait également à façonner une charte qui soit accessible et utile à la population canadienne.
2. RECRUTER DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ DE PREMIÈRE LIGNE. Les professionnels de la santé de première ligne « sont ceux qui peuvent obtenir des résultats tangibles dans l’amélioration de la qualité des services au sein de nos organismes », affirme un participant, appuyé par beaucoup d’autres. Pour faire avancer les choses, il est primordial de reconnaître le rôle crucial que jouent les fournisseurs de services de première ligne dans le système de santé. Certains participants sont d’avis qu’il est de la plus haute importance de solliciter le concours des médecins très tôt dans le processus afin de s’assurer de leur appui et de leur leadership.
3. HAUSSER LES ENJEUX : DE L’AMÉLIORATION DES SOINS AU PATIENT À L’AMÉLIORATION DE L’ÉTAT DE SANTÉ GLOBAL DE LA POPULATION. Puisque le système de santé actuel veut améliorer la santé de la population, une charte de la qualité devrait indiquer qu’il s’agit d’un objectif primordial. Plus précisément, la charte devrait être conçue pour les citoyens (y compris les patients, mais non de façon limitative) et avoir pour but d’améliorer l’état de santé (lequel va au-delà des soins de santé).
4. ÉTABLIR UN ENSEMBLE MINIMAL DE PARAMÈTRES DE LA QUALITÉ DONT TOUS LES SIGNATAIRES CONVIENDRONT DE RENDRE COMPTE RÉGULIÈREMENT. Pour nombre de participants, la charte doit aller encore plus loin et établir des indicateurs de rendement concrets dont toutes les parties seront tenues de rendre compte. Ils estiment que ces indicateurs devraient s’appliquer à l’ensemble du continuum de soins et que tous les intervenants devraient collaborer à la collecte des données au fil du temps. Les participants sont également d’avis que ces démarches devraient éclairer la diffusion publique d’information et favoriser ainsi la transparence dans l’ensemble du système – un des objectifs de la charte.
5. RÉEXAMINER LE VERSEMENT DE PRIMES AUX PDG, MAIS CONSERVER L’OBLIGATION DE RENDRE COMPTE AU CHAPITRE DE LA QUALITÉ DANS L’EXAMEN DE RENDEMENT DES HAUTS DIRIGEANTS. Le versement de primes de productivité aux PDG parce qu’ils « font du bon travail » peut être trompeur et laisser croire, par exemple, que le président-directeur général est le seul à jouer un rôle crucial dans l’amélioration de la qualité. Les participants préfèrent que l’on mette en place un mécanisme de reddition de comptes liant le plan organisationnel d’amélioration de la qualité aux objectifs de l’examen de rendement du PDG; c’est là, selon eux, un moyen plus adéquat d’assujettir les hauts dirigeants à l’obligation de rendre compte de la qualité des services de santé offerts dans leur organisme d’appartenance.
6. INTÉGRER AU PLAN D’AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ UN IMPÉRATIF AFIN DE FAVORISER L’OPTIMISATION DES RESSOURCES. La qualité a un prix, mais elle peut éventuellement mener à des économies et avoir pour effet d’accroître l’efficacité. Les participants s’accordent pour dire qu’un plan d’amélioration de la qualité doit nécessairement comporter l’engagement d’optimiser les ressources, surtout en période de compression budgétaire alors que l’on ne peut compter que sur les budgets en vigueur, ou à la baisse, pour soutenir les activités d’amélioration de la qualité.

être assorties d'une définition claire de la reddition de comptes, précisant qui est responsable et en quoi ces personnes seront tenues comptables si les améliorations prévues ne se concrétisent pas. Les participants n'étaient pas convaincus que les incitatifs financiers (sous forme de primes, par exemple) remis aux PDG en reconnaissance de l'excellence des résultats obtenus par leur organisme d'appartenance sont des mécanismes de reddition de comptes valables. De fait, la recherche n'établit pas avec certitude que les programmes de rétribution du rendement permettent réellement d'améliorer la qualité (voir l'article de Coutts et Thornhill [2009] sur l'efficacité des incitations financières).

Ce débat a poussé le Dr Sullivan à proposer une révision de l'énoncé final de la charte. « Ce qu'il nous fait décider, c'est s'il faut payer davantage ceux et celles qui assurent la qualité des services ou si la qualité ne devrait pas faire partie des objectifs de l'examen de rendement de n'importe quel dirigeant. À mon avis, il faudrait ôter toute ambiguïté à ce sujet parce qu'il ne s'agit pas au fond d'un paiement en sus pour l'excellence du travail accompli, quoique certains organismes voudront peut-être adopter cette approche. » Les participants ont plutôt opté pour l'idée de lier le plan organisationnel d'amélioration de la qualité aux objectifs de l'examen de rendement du PDG. Ils sont d'avis qu'il s'agit là d'un mécanisme adéquat pour rendre les hauts dirigeants responsables de la qualité des services puisqu'il fait appel à une puissante motivation : la fierté professionnelle. Les participants estiment d'autre part que cette démarche donnerait plus de force à la charte et inciterait les gens à la prendre plus au sérieux.

Une définition plus explicite des indicateurs de rendement permettrait aussi d'améliorer le retentissement de la charte. « Il serait sans doute bon que les membres du groupe de discussion s'entendent sur une vingtaine de paramètres de rendement qui pourraient être mesurés », a proposé la Dre Robyn Tamblyn, professeure au Département d'épidémiologie, de biostatistique et de santé au travail de la Faculté de médecine de l'Université McGill. « Les gens qui s'occupent des questions de qualité, de mesures et de recherche pourront participer à cette évaluation. L'informatique sera aussi mise à contribution. Tous les membres du groupe pourraient se mettre d'accord et établir ces paramètres. Puis, ils pourraient faire part de leurs résultats. Ce genre d'exercice est très efficace. »

Afin d'accroître l'accessibilité, la pertinence et la portée de la charte, les participants ont suggéré que les professionnels de la santé de première ligne et les citoyens prennent part à son élaboration. L'amélioration de la qualité des services de santé ne pourra se concrétiser que dans la mesure où les professionnels de première ligne, y compris les médecins, mèneront à bien les activités prévues. Un des participants a laissé entendre que la reconnaissance publique de leur participation pourrait inciter les professionnels de la santé de première ligne à collaborer. Quant à la participation des patients, un autre participant affirme qu'ils sont trop souvent considérés comme « des bénéficiaires passifs de soins », mais qu'ils peuvent aussi être des « clients exigeants » pour peu qu'on les encourage à faire part de leur expérience du système de santé et à proposer des améliorations. La suggestion de faire participer les citoyens et les patients a rallié bon nombre de participants. Ceux-ci ont souligné notamment que la charte devrait définir clairement « les droits des citoyens canadiens au sein du système de santé » et « aller au-delà des soins prodigués par le système de santé pour englober de façon beaucoup plus générale les enjeux liés à la santé de la population. »

Les débats ont porté en outre sur le bien-fondé d'énoncer clairement l'intention d'optimiser les ressources du système de santé. « Nous n'abordons pas la question des ressources uniquement pour l'argent. On dirait qu'il n'y a pas de limite à la qualité et que nous sommes prêts à payer pour obtenir le summum. Or, nous savons tous qu'il n'en est rien. À quel degré de qualité avons-nous les moyens de prétendre? », a demandé un participant. Adalsteinn Brown a incité les participants à la prudence, faisant valoir qu'une charte de la qualité, un engagement à améliorer la qualité et l'évaluation de la qualité des services n'entraîneront pas nécessairement des économies, à moins que des mesures incitatives ne viennent appuyer l'idée que la gestion doit se faire en fonction de la qualité. « En réalité, c'est une question de viabilité; un plan d'amélioration de la qualité peut être un outil exceptionnel pour faire face aux compressions budgétaires », poursuit M. Brown, « mais on a besoin de leadership pour que les démarches adoptées soient compatibles avec ses objectifs, il faut avoir la capacité d'en tirer profit et il faut mettre en place un système de primes qui encourage les acteurs à traduire les avantages monétaires en mesures efficaces. » De l'avis des participants, toute nouvelle charte élaborée à l'avenir devrait comprendre un engagement explicite à optimiser les ressources, un objectif des plus pertinents dans la conjoncture économique.

Créer les conditions gagnantes

Si les efforts déployés pour améliorer la qualité et le rendement dans l'ensemble du système de santé doivent porter fruit, de quel soutien technique les dirigeants du système auront-ils besoin? C'est là une importante question pour les participants qui se préoccupent de l'avenir. « Envisager une initiative à petite échelle dans un domaine des services de santé est une chose, une restructuration de toutes les activités d'un établissement hospitalier ou des systèmes de prestations de soins dans toute une région en est une autre. Comment accélérer pareille restructuration tout en améliorant la qualité des services? » s'interroge le Dr Sullivan.

« Le personnel dont nous disposons est nettement insuffisant pour entreprendre un tel projet », affirme le Dr Chan, précisant que si le secteur hospitalier au Canada dispose d'un peu plus de moyens, il existe de grandes faiblesses dans d'autres domaines. Même dans les hôpitaux, en règle générale, seulement de 0,1 à 0,2 pour 100 des effectifs ont les compétences spécialisées et l'expertise voulues pour assurer l'amélioration de la qualité. Du côté de l'industrie, on parle de 1 à 2 pour 100 de la main-d'œuvre. Beaucoup s'accordent pour dire que seules une bonne capacité de leadership ainsi que la volonté de changer de cap et de renforcer les capacités sont garants de l'amélioration de la qualité. « La meilleure garantie qu'un système de santé puisse se fortifier, améliorer l'état de santé de la population et fonctionner de mieux en mieux a, de fait, bien peu à voir avec les technologies de l'information, le nombre de médecins et d'infirmières ou les capacités dont on dispose. Mais cela a beaucoup à voir avec le fait que tous les intervenants déterminent un ensemble relativement restreint d'objectifs et qu'ils indiquent clairement comment ils comptent s'y prendre pour les réaliser. C'est à ce moment-là que les autres investissements prennent tout leur sens. C'est une question de leadership, puis de renforcement des capacités », fait valoir Adalsteinn Brown.

Un participant a résumé les débats de la journée en déclarant que le succès repose sur les trois éléments suivants :

- ▲ **LA MOBILISATION DES CITOYENS.** Un rassemblement des citoyens souhaitant que la qualité des services de santé fasse partie du programme politique des élus. « Une charte ne devrait pas être le point de départ, mais le résultat d'un processus de mobilisation », déclare ce participant. « Nous devons élaborer un plan pour effectuer une mobilisation de sorte que le processus débouche sur l'engagement des parties intéressées et une charte de la qualité. »
- ▲ **L'ENGAGEMENT DES HAUTS DIRIGEANTS.** Pour être significatif et utile, un plan d'amélioration de la qualité doit témoigner de la volonté politique des dirigeants politiques et des cadres du plus haut niveau. Il faut réfléchir pour déterminer qui, parmi les dirigeants politiques, seraient les mieux placés pour mener à bien cette initiative.
- ▲ **DES PRINCIPES DIRECTEURS.** Cette démarche doit se fonder sur des principes et des éléments de définition de la qualité qui vont au-delà des soins prodigués par le système de santé pour englober la question plus vaste qu'est la santé de la population.

Conclusion

La charte présentée a été considérée comme un point de départ pour l'amélioration de la qualité. Seuls les motivations adéquates, une ferme volonté, des mesures concrètes et une bonne capacité de leadership permettront d'effectuer dans nos structures financières, législatives et de gouvernance les changements qui s'imposent pour assurer des services de santé de qualité. Un rendement moyen (la note B accordée au système de santé canadien) devrait constituer une motivation suffisante, mais sinon, les hauts dirigeants et leur conseil d'administration doivent se déclarer prêts à assumer la responsabilité d'améliorer la qualité. « Tout commence par un geste de leadership et un acte de volonté », conclut le Dr Sullivan. « Y en a-t-il parmi nous qui sont prêts à se responsabiliser? »

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Baker, G.R., Denis, J-L., Pomey, M-P., et A. Macintosh-Murray. 2010a. « Designing Effective Governance for Quality and Safety in Canadian Healthcare. » *Healthcare Quarterly*, vol. 13, n° 1), p. 38-45.
- Baker, G.R., Denis, J-L., Pomey, M., et A. Macintosh-Murray. 2010b. « Une gouvernance efficace pour la qualité et la sécurité des patients dans les organismes de santé au Canada : un rapport de recherche de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et de l'Institut canadien pour la sécurité des patients. » Ottawa (Ontario); consultation : 15 mars 2010 à www.fcrss.ca.
- Coutts, J. et Thornhill, J. 2009. « Service-Based Funding and Pay for Performance: Will Incentive Payments Give Canadian Healthcare the Quality Boost it Needs? », *Healthcare Quarterly*, vol. 12 n° 3, p. 42-49.
- Davies, M. 2010. « A Wake-Up Call for Healthcare Boards. », *Healthcare Quarterly*, vol. 13 n° 1, p. 37-37.
- Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! 2007. *Des résultats prometteurs en matière de sécurité des patients dans les hôpitaux canadiens*; consultation : 15 mars 2010 à www.saferhealthcarenow.ca.
- Sutherland, K. et S. Leatherman. 2010. *La qualité des services de santé au Canada en graphiques*; consultation : 15 mars 2010 à www.fcrss.ca.

ANNEXE

VOTES RECUEILLIS PAR LES ORGANISMES ET PROVINCES CONCURRENTS

ORGANISME OU PROVINCE CONCURRENT	VOTES
British Columbia Patient Safety and Quality Council (BCPSQC)	45
Health Quality Council of Alberta (HQCA)	24
Province de Québec (QC)	55
Conseil ontarien de la qualité des services de santé (COQSS)	34
Participant	11
TOTAL =	169

VOTES RECUEILLIS (TOTAL = 169) POUR LES INDICATEURS DE PRIORITÉS APPLICABLES À CINQ DIMENSIONS DE LA QUALITÉ (ACCESSIBILITÉ, EFFICACITÉ, EFFICIENCE, SÉCURITÉ ET ORIENTATION PATIENT)

DIMENSION DE LA QUALITÉ	INDICATEURS DE PRIORITÉS	ORGANISME/PROVINCE CONCURRENT	VOTES
ACCESSIBILITÉ/ TEMPS OPPORTUN	Temps écoulé entre le moment où l'on suspecte la présence d'un cancer et le diagnostic et temps écoulé entre le diagnostic et le traitement	BCPSQC	1
	Temps écoulé entre l'aiguillage vers un spécialiste et temps écoulé entre la consultation du spécialiste et l'intervention chirurgicale (toutes les chirurgies)	BCPSQC	3
	Pourcentage de patients suivis par un généraliste (Nota : « et une infirmière praticienne » a été ajouté par un participant.)	BCPSQC	9
	Durée moyenne de séjour dans les services d'urgence (patients ayant reçu leur congé/admis)	HQCA	5
	3e prochain rendez-vous disponible en soins ambulatoires	QC	4
	Temps d'attente pour une intervention chirurgicale, SIMASS (Système d'information sur le mécanisme d'accès aux services spécialisés)	QC	4

VOTES RECUEILLIS.... CONTINU

DIMENSION DE LA QUALITÉ	INDICATEURS DE PRIORITÉS	ORGANISME/PROVINCE CONCURRENT	VOTES
	Conformité selon l'échelle de triage et de gravité du service d'urgence et délai d'évaluation	QC	0
	Pourcentage de temps d'attente pour les procédures effectuées dans les délais prévus (p. ex., tomographie assistée par ordinateur, IRM, pontage aortocoronarien, chirurgie pour traiter un cancer, arthroplastie de la hanche et du genou, cataractes, chirurgie générale)	COQSS	0
	Pourcentage de patients au service d'urgence servis dans les délais prévus (combinaison de tous les ÉTG)	COQSS	7
	3e prochain rendez-vous disponible [†] – en moyenne entre les services de première ligne et les services spécialisés	COQSS	0
	3e prochain rendez-vous disponible [†] – physiothérapie, éducation du patient/programmes de gestion des soins thérapeutiques, services de santé mentale	COQSS	0
			TOTAL = 33
EFFICACITÉ	Qualité de vie évaluée par le patient après chirurgie et traitement de maladie chronique (mesure des résultats cliniques évalués par le patient)	BCPSQC	0
	Taux de réadmission dans un délai de 30 jours (illustre l'efficacité des soins actifs prodigués)	BCPSQC	4
	Taux d'incidence des maladies chroniques	BCPSQC	6
	Évaluation de la qualité de vie liée à la santé – applicable à divers maladies et traitements; fournit un simple énoncé descriptif et une seule valeur indice de l'état de santé	HQCA	4
	Taux de transition vers une maladie chronique	HQCA	1
	Proportion de patients en attente d'autres niveaux de soins occupant un lit de soins actifs*	HQCA	6
	Études de résultats fonctionnels	QC	6
	RNMH (ratio normalisé de mortalité hospitalière)	QC	6
	Réadmission dans un délai de 7 jours/retour à l'urgence dans un délai de 24 heures	QC	0

VOTES RECUEILLIS.... CONTINU

DIMENSION DE LA QUALITÉ	INDICATEURS DE PRIORITÉS	ORGANISME/PROVINCE CONCURRENT	VOTES
	Taux de réadmission pour diagnostic de base	COQSS	1
	Gestion des maladies chroniques – % moyen d'adoption des meilleures pratiques	COQSS	0
	Soins de longue durée – % des patients éprouvant toute forme de perturbation d'une fonction	COQSS	0
	Taux d'admission pour cause d'affections pouvant être prises en charge en soins ambulatoires	COQSS	0
	Taux de couverture vaccinale, taux de tabagisme, problèmes d'alphabétisme, pourcentage de patients à faible revenu**	Participant	11
			TOTAL = 45
EFFICIENCE	Taux de réadmission dans un délai de 30 jours (illustrant la modification du système pour mettre fin au gaspillage)	BCPSQC	6
	Coût selon le nombre pondéré	BCPSQC	6
	« Temps de service total » pour les services de première ligne, les interventions chirurgicales prévues et le traitement du cancer	BCPSQC	4
	Inflation dans le secteur de la santé – coût par patient corrigé selon la gravité, par service de santé (hospitalisation, soins à domicile, soins de longue durée, services de première ligne, etc.)	HQCA	0
	Coût par résultat clinique	HQCA	2
	Coût par épisode de traitement	QC	3
	Nombre de chirurgies annulées	QC	0
	Procédures normalisées d'opération (SOP)	QC	1
	Pourcentage de jours-patient pour des niveaux de soins alternatifs (NSA)	COQSS	0
	Coût par cas pondéré	COQSS	2
	Pourcentage de patients estimant perdre leur temps	COQSS	1
			TOTAL = 25

VOTES RECUEILLIS.... CONTINU

DIMENSION DE LA QUALITÉ	INDICATEURS DE PRIORITÉS	ORGANISME/PROVINCE CONCURRENT	VOTES
SÉCURITÉ	Taux d'événements indésirables (instrument de mesure des facteurs déclic c.autoévaluation)	BCPSQC	5
	Respect des pratiques en matière de prévention des infections du champ opératoire	BCPSQC	0
	Thromboembolie veineuse après hospitalisation	BCPSQC	0
	Événements indésirables postopératoires	HQCA	0
	Culture de sécurité	QC	11
	Infections nosocomiales : <ul style="list-style-type: none"> ▲ Clostridium difficile (C. difficile) ▲ Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM) ▲ Staphylococcus aureus résistant à la vancomycine (SARV) ▲ Entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) ▲ Cathéter veineux central (CVC) 	QC	3
	Erreurs de médication	QC	0
	Pourcentage de patients hospitalisés souffrant vraisemblablement d'un événement indésirable évitable <ul style="list-style-type: none"> ▲ Infections (ERV, SARM, infection liée à un cathéter central, PAV, infection du champ opératoire) ▲ Réactions aux médicaments (base de données de l'ISMP) ▲ Obstétrique (hémorragie, rupture, sepsie) ▲ Autre (TVP, emphysème pulmonaire) 	COQSS	8
	Soins de longue durée – pourcentage de patients aux prises avec un problème de sécurité (p.ex., nouvelle chute, ulcère)	COQSS	5
			TOTAL = 32

VOTES RECUEILLIS.... CONTINU

DIMENSION DE LA QUALITÉ	INDICATEURS DE PRIORITÉS	ORGANISME/PROVINCE CONCURRENT	VOTES
ORIENTATION PATIENT/ ACCEPTABILITÉ***	Expérience du patient – participation à la prise de décisions (après chirurgie ou consultation du spécialiste)	BCPSQC	1
	Notation de l'expérience du patient à l'hôpital	BCPSQC	0
	Notation de l'expérience du patient des services de première ligne	BCPSQC	0
	Notation de l'expérience du patient de la consultation du spécialiste	BCPSQC	0
	Notation des soins reçus par le patient (pour tous les services)	HQCA	6
	Évaluation par le patient de sa participation à la prise de décisions	QC	12
	Traitement des plaintes (type et nombre, délai de réponse)	QC	0
	Continuité des soins	QC	5
	Expérience globale du patient (p. ex., % des patients jugeant les services bons ou excellents)	COQSS	6
	Pourcentage de patients qui recommanderaient les services de santé reçus à des amis ou à la famille	COQSS	4
	Pourcentage de patients ayant reçu toute l'information voulue lors de leur congé (signes avant-coureurs, avec qui communiquer, effets secondaires connus des médicaments, comment prendre les médicaments, etc.)	COQSS	0

† Délai écoulé entre le jour de la demande d'obtention d'un rendez-vous et le troisième rendez-vous disponible pour l'examen d'un nouveau patient, un examen de routine ou un examen de rappel.

* Cet indicateur a été fourni pour déterminer le caractère approprié. Toutefois, aux fins du vote, il a été inclus dans la dimension « efficacité ». Autrement, il peut aussi servir à mesurer l'efficacité.

** Cet indicateur en regroupe plusieurs, affichés par un participant pour mesurer l'efficacité.

*** Aux fins du présent exercice, les dimensions de la qualité « orientation patient » et « acceptabilité » ont été regroupées. Les indicateurs présentés par le BCPSQC et le HQCA servent à évaluer la dimension « acceptabilité » alors que ceux que le COQSS et le Québec ont présentés portent sur l'orientation patient.