

Qualité des services de santé Ontario

1.0 Résumé

Qualité des services de santé Ontario (QSSO) est un organisme gouvernemental financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) et son rôle est de conseiller le gouvernement provincial de l'Ontario sur la qualité des soins de santé dans la province. Créé en 2011 à la suite de la fusion de cinq organismes ou programmes ministériels du domaine des soins de santé, QSSO a pour mandat « d'améliorer continuellement la qualité des soins de santé en Ontario ». En 2017-2018, l'organisme a consacré 44,2 millions de dollars à ses activités et il comptait l'équivalent de 291 employés à temps plein.

QSSO offre divers outils (par exemple des normes de soins cliniques et des indicateurs pour les domaines du système des soins de santé où des améliorations s'imposent en priorité) et de l'information (par exemple des rapports sur le rendement du système des soins de santé et des rapports personnalisés destinés aux médecins et aux PDG des hôpitaux) que les fournisseurs de soins de santé peuvent utiliser pour améliorer la qualité des soins qu'ils fournissent. Ces activités sont conformes au mandat de QSSO, qui consiste notamment à soutenir l'amélioration de la qualité dans le système des soins de santé.

Cependant, en dépit des 240 millions de dollars que QSSO a dépensés au cours de la période de sept ans entre le moment où son mandat a été élargi, en avril 2011, et le 31 mars 2018, l'organisme a éprouvé de la difficulté à évaluer et à démontrer l'influence qu'il a exercée sur la qualité des services de santé en Ontario. Cela vient en grande partie du fait que les recommandations et les conseils de QSSO ne sont pas d'application obligatoire pour le Ministère ni pour les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS), deux parties prenantes qui dispensent du financement aux fournisseurs de soins de santé et qui ont des ententes de responsabilisation avec ceux-ci.

Le Ministère, les RLISS, QSSO et les fournisseurs de soins de santé partagent la responsabilité de l'amélioration de la qualité dans le secteur des soins de santé. Cependant, les RLISS et les fournisseurs de soins de santé se concentrent sur la réalisation de leurs propres objectifs de rendement, qui ne correspondent pas toujours nécessairement aux domaines où des améliorations s'imposent selon QSSO. C'est d'autant plus évident que les mesures d'amélioration de la plupart des hôpitaux ne visent pas les domaines que QSSO a déterminés comme étant des priorités provinciales (comme la durée des séjours à l'urgence et les taux de réadmission à l'hôpital), et que le Ministère et les RLISS ne veillent pas à ce qu'ils le fassent.

De la même façon, le Ministère et les RLISS sont habilités à faire respecter les normes de soins

cliniques de QSSO, mais ils ne prennent aucune mesure en ce sens. (Les normes de soins cliniques décrivent les soins que les professionnels de la santé et les services de santé devraient dispenser pour tel ou tel problème de santé conformément aux données probantes actuelles concernant les pratiques exemplaires.)

Même si les recommandations de QSSO n'ont pas force exécutoire au regard des normes de soins cliniques ainsi que des dispositifs médicaux et des soins de santé acceptés par le Ministère, l'organisme pourrait en faire davantage pour que son travail ait une plus grande influence. À l'heure actuelle, QSSO ne fait pas de suivi du taux d'adoption des normes de soins cliniques qu'il élabore ni des dispositifs médicaux et des services de soins de santé recommandés par lui et acceptés par le Ministère. Il n'évalue pas non les répercussions de son travail sur la qualité d'ensemble des soins de santé, notamment en ce qui a trait aux données sur le rendement annuel qu'il publie.

Voici quelques-uns des problèmes que nous avons relevés :

- **Il est impossible de déterminer clairement si les indicateurs de rendement prioritaires de QSSO ont eu un effet catalyseur à l'appui d'une amélioration dans le secteur des soins de santé.** Des améliorations sont plus susceptibles de survenir lorsque le rendement est mesuré et fait l'objet d'un suivi, car les gens mettront l'accent sur l'amélioration des indicateurs de rendement qui sont mesurés. Nous avons fait un suivi dans les domaines où QSSO avait déterminé que des améliorations s'imposaient en priorité dans le secteur hospitalier et dans le secteur des soins primaires depuis plusieurs années. Nous avons constaté que les résultats étaient mixtes. Par exemple, il y a eu une amélioration au chapitre des infections nosocomiales (on a observé un recul marqué [de 31 %] du taux des infections nosocomiales à *Clostridium difficile*, qui sont passées de 0,35 par tranche

de 1 000 jours-patient en 2011-2012 à 0,24 en 2016-2017). Toutefois, il n'y a pas eu d'amélioration en ce qui concerne l'accès aux soins primaires et les taux de réadmission à l'hôpital. Plus précisément, le pourcentage des personnes qui ont pu voir leur fournisseur de soins primaires ou un membre du personnel infirmier praticien le jour même ou le lendemain quand ils étaient malades ou avaient des préoccupations au sujet de leur santé a reculé (il est passé de 45,3 % en 2013 à 43 % en 2016). En outre, le taux des réadmissions imprévues à l'hôpital dans les 30 jours de la mise en congé d'un patient, que ce soit pour un traitement médical ou pour un traitement chirurgical, a augmenté légèrement (passant de 13,6 % en 2012-2013 à 13,9 % en 2015-2016 pour un traitement médical).

- **Les rapports personnalisés à l'intention des médecins de soins primaires, des médecins des foyers de soins de longue durée et des dirigeants d'hôpitaux en vue d'améliorer la qualité ne comprennent pas de données sur le rendement par rapport à toutes les grandes priorités provinciales à des fins d'amélioration.** En mai 2014, QSSO a commencé à produire des rapports personnalisés pour fournir aux médecins des soins primaires de l'information sur le rendement de leur pratique dans certains secteurs prioritaires d'amélioration déterminés par QSSO (c'est-à-dire les taux de dépistage du cancer, la gestion du diabète, les taux de prescription d'opioïdes et l'utilisation des services de santé) par rapport à d'autres médecins dans le même secteur; ces rapports proposent aussi des idées sur la façon d'améliorer la qualité. Toutefois, ils ne comprennent d'information que sur quatre des huit priorités de QSSO pour les soins primaires. De la même façon, les rapports destinés aux médecins qui pratiquent dans les foyers de soins de longue durée (qui sont produits depuis 2015) et aux PDG des hôpitaux

(qui sont produits depuis 2016) ne comprennent d'information que sur l'une des 8 priorités et sur l'une des 12 priorités respectivement.

- **La plupart des médecins ne demandant pas de recevoir de rapports personnalisés visant à améliorer le rendement de leur pratique.** En juillet 2018, seulement 32 % des médecins des soins primaires et 23 % des médecins des foyers de soins de longue durée (les médecins des soins primaires qui soignent les résidents des foyers de soins de longue durée) s'étaient inscrits pour recevoir des rapports personnalisés sur leur pratique. Même si une campagne de promotion que QSSO a menée en 2017-2018 a permis de tripler le nombre d'inscriptions, la participation est encore faible, ce qui s'explique en partie du fait que les médecins aimeraient que le rapport comporte de l'information propre à des patients en particulier. Les données fournies concernent la pratique dans son ensemble, de sorte que les médecins ont de la difficulté à repérer les patients qu'ils pourraient soigner différemment. Contrairement aux médecins, 90 % des directeurs généraux des centres de santé communautaires et des équipes de santé familiale ont demandé des rapports personnalisés concernant leur organisation.
- **La responsabilité de la qualité et de la fiabilité des données n'est pas clairement définie entre QSSO et les fournisseurs de données.** En 2017-2018, QSSO a versé environ 525 000 \$ à des fournisseurs de données de l'extérieur pour qu'ils recueillent des données sur les indicateurs du rendement en matière de santé aux fins de la production de rapports publics. Toutefois, QSSO n'a pas clairement établi ni précisé par écrit la responsabilité de chaque fournisseur lorsqu'il s'agit de veiller à ce que les données aient été vérifiées et soient fiables.
- **QSSO pourrait gagner du temps et économiser de l'argent en collaborant avec**

l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) lorsqu'il s'agit d'évaluer les dispositifs médicaux et les services de santé à

financer. L'une des quatre fonctions essentielles de QSSO consiste à évaluer les dispositifs médicaux et les services de soins de santé pour déterminer si le Ministère devrait les financer. La plupart du temps, QSSO mène ses propres évaluations, alors que six autres provinces dont nous avons examiné la situation comptent sur les évaluations faites par l'ACMTS. En 2017, QSSO a commencé à collaborer avec l'ACMTS sur une base limitée. Une plus grande collaboration pourrait permettre de réduire le chevauchement des efforts ainsi que les coûts.

- **Les organismes de soins de santé ont besoin de plus d'orientation pour mettre en oeuvre les normes de soins cliniques recommandées par QSSO.** Selon les intervenants, les normes de soins cliniques de QSSO ne sont pas intégralement mises en oeuvre, et cela s'explique en partie parce que les fournisseurs de soins de santé peuvent se sentir dépassés par le nombre de normes qui sont publiées et le grand nombre d'énoncés de qualité et de recommandations qui les accompagnent. Entre mai 2015 et septembre 2018, QSSO a publié 14 normes de soins cliniques accompagnées d'un total de 166 énoncés de qualité et de 235 recommandations de mise en oeuvre. Sans orientation concernant les priorités ni soutien supplémentaire (par exemple une formation offerte localement sur la façon de mettre une norme en oeuvre), les fournisseurs de soins de santé éprouvent de la difficulté à les adopter.
- **Pour l'instant, QSSO ne se propose pas de faire de suivi pour déterminer si ses normes de soins cliniques auront permis de réduire les variations dans les soins à l'échelle de la province.** En 2017-2018,

QSSO a publié neuf normes de soins cliniques visant à réduire les écarts dans les soins dans la province. Les domaines visés comprenaient la prescription d'opioïdes, la démence, les fractures de la hanche et les plaies de pression. Même si QSSO a consacré des ressources considérables à l'établissement de ces normes, l'organisme ne se proposait pas de faire de suivi pour déterminer si elles étaient mises en oeuvre ou non ou, dans les cas où elles étaient mises en oeuvre, quelle était leur incidence. QSSO nous a dit qu'il n'avait pas les ressources nécessaires pour faire un tel suivi.

- **Les soins varient dans la province, mais QSSO n'établit pas de fourchette idéale pour les cibles de rendement.** Même si QSSO adopte des indicateurs de rendement prioritaires dans les différents domaines des soins de santé, il n'indique pas de cible minimum ni de fourchette idéale pour chacun de ces indicateurs. Ce sont donc les organismes de soins de santé qui fixent leurs propres cibles. Nous avons constaté de grandes variations dans les cibles fixées par les organismes de soins de santé dans leurs plans d'amélioration de la qualité, ce qui signifie que la qualité des soins dispensés aux patients va vraisemblablement continuer d'afficher de grands écarts selon l'endroit où les patients reçoivent ces soins. Par exemple, pour 2015-2016, un foyer de soins de longue durée avait fixé à 0 % sa cible du pourcentage de résidents qui allaient recevoir un antipsychotique sans diagnostic de psychose dans les sept jours précédant leur évaluation, alors qu'un autre foyer s'était fixé une cible de 45 %. Le foyer qui avait adopté la cible plus stricte de 0 % a obtenu de meilleurs résultats : 5 % par rapport à 26 % dans l'autre foyer.
- **Les économies de coûts attendues de la fusion de cinq entités ne se sont pas matérialisées.** Au moment de la fusion des cinq organismes qui allaient constituer Qualité des services de santé Ontario en

2011-2012, le gouvernement s'attendait à réaliser des gains d'efficacité qui allaient pouvoir se traduire par des économies par rapport à leurs budgets combinés; le budget devait passer de 23,4 millions de dollars en 2010-2011 à 18,8 millions de dollars en 2013-2014 selon les projections. Toutefois, le Ministère avait ajouté une somme supplémentaire de 13,9 millions de dollars qui devait être consacrée à l'origine à des initiatives ponctuelles, de sorte que les estimations pour 2013-2014 se chiffraient à 32,7 millions de dollars. Mais au 13 mars 2018, les dépenses annuelles de QSSO avaient augmenté pour atteindre environ 44,2 millions de dollars (ce qui ne comprend pas les dépenses du Bureau de l'Ombudsman des patients) et le niveau de dotation en personnel avait augmenté lui aussi, passant de l'équivalent de 111 employés à temps plein à 291. Les dépenses ont augmenté parce que le mandat de QSSO a été élargi pour comprendre la promotion des relations avec les patients; parce que QSSO a consacré davantage d'argent aux fonctions de gouvernance et de soutien; et parce que certaines initiatives d'amélioration de la qualité ont été transférées du Ministère à QSSO.

Le présent rapport contient 12 recommandations préconisant 28 mesures à prendre pour donner suite aux constatations de notre audit.

Conclusion globale

Nous avons constaté que Qualité des services de santé Ontario surveille la qualité des services de santé en Ontario et produit des rapports à son sujet. QSSO présente également des recommandations reposant sur des éléments probants à la ministre de la Santé et des Soins de longue durée au sujet des services de soins de santé et des dispositifs médicaux qui devraient être financés par le gouvernement, en plus de définir des normes de soins cliniques pour réduire la variabilité dans les

soins aux patients et favoriser de meilleurs résultats pour ces derniers.

Cependant, QSSO a eu de la difficulté à mettre en lumière l'incidence de ses activités sur le système de santé, étant donné que le Ministère et les réseaux locaux d'intégration des services de santé ne prennent pas de mesures pour s'assurer que les recommandations et les conseils de l'organisme sont mis en oeuvre.

QSSO devrait à tout le moins mesurer : les taux d'acceptation et d'adoption de ses recommandations concernant les dispositifs médicaux, les services de soins de santé et les normes de soins cliniques à l'intention des fournisseurs de soins de santé, et produire des rapports à ce sujet (aucun suivi à l'heure actuelle); le nombre de médecins qui demandent à recevoir des rapports personnalisés préparés par QSSO (cette information fait déjà l'objet d'un suivi); l'utilisation par les fournisseurs de services de soins de santé des indicateurs prioritaires de QSSO à l'appui de leurs plans d'amélioration de la qualité (cette information fait déjà l'objet d'un suivi); et les tendances entourant les résultats au chapitre du rendement dans le système de soins de santé, relativement à tous les aspects pris en compte par QSSO dans le cadre de ses activités d'amélioration de la qualité (aucun suivi à l'heure actuelle). L'examen de ces tendances servirait à déterminer si des améliorations ont lieu.

Également, QSSO ne fait pas de suivi auprès des organismes de soins de santé pour les encourager à inclure dans leurs plans d'amélioration de la qualité les domaines qu'il a désignés comme étant prioritaires en matière d'amélioration.

De plus, depuis l'élargissement du mandat de l'organisme, les coûts de ce dernier ont augmenté de près de 80 % et, depuis 2013-2014, son effectif a augmenté de près de 90 %. Le Ministère doit déterminer si l'augmentation des dépenses et de l'effectif de QSSO est raisonnable, compte tenu de son mandat.

RÉPONSE GLOBALE DE QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO

Qualité des services de santé Ontario (QSSO) remercie le Bureau de la vérificatrice générale de son examen exhaustif des activités que l'organisme exécute aux termes de son mandat.

QSSO souscrit de façon générale aux recommandations formulées et reconnaît qu'elles lui fournissent une orientation utile en vue d'aller de l'avant, en concordance avec l'évolution des priorités du système de soins de santé.

QSSO convient que chaque dollar confié à ses soins doit être utilisé efficacement et consacré à des initiatives concourant à la prestation de soins de santé de grande qualité aux Ontariennes et Ontariens.

Le mandat de QSSO a une large portée, et la vérificatrice générale a examiné des activités clés dans le contexte des objectifs de son mandat. Au cours des cinq dernières années, les initiatives mentionnées dans le rapport d'audit ont progressé de façon substantielle. Ainsi qu'on le mentionne dans le rapport, les plans d'amélioration de la qualité étaient au départ présentés uniquement par les hôpitaux; à l'heure actuelle, plus d'un millier d'organisations soumettent des plans annuels à QSSO. Les rapports personnalisés *Ma pratique* ont été proposés de façon générale en 2014, et ils sont maintenant utilisés par plus de 3 400 médecins. Le programme des normes de soins cliniques dont il est question dans le rapport a été créé en 2016; en date de novembre 2018, 16 normes sur des problèmes de santé courants avaient été élaborées.

QSSO a comme pratique courante de faire le suivi de la diffusion et de l'utilité de bon nombre de ses produits. Nous allons effectuer des évaluations et publier des rapports portant sur les effets à long terme de nos travaux au fil de l'exécution de nos programmes.

QSSO est déterminé à s'acquitter de son mandat de manière efficiente et efficace.

Nous travaillerons en collaboration avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée ainsi qu'avec d'autres partenaires du système de santé afin que nos activités soient pertinentes et aient une incidence utile sur les résultats en matière de santé de l'ensemble des Ontariens.

RÉPONSE GLOBALE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) accueille favorablement l'audit de la vérificatrice générale ainsi que ses conseils sur la manière dont lui-même et Qualité des services de santé Ontario (QSSO) peuvent s'assurer que cet organisme est en mesure de remplir son mandat consistant à appuyer la hausse de la qualité des soins de santé en Ontario. Nous prenons note des recommandations formulées à notre égard et à celui de QSSO, et nous entendons faire en sorte que les mesures que nous prendrons pour y donner suite se traduisent par une responsabilisation plus rigoureuse ainsi que par une optimisation des ressources, et qu'elles entraînent une hausse constante de la qualité des soins de santé pour l'ensemble des Ontariens.

Le Ministère reconnaît que QSSO joue un rôle de chef de file et de champion de la prestation de soins de santé reposant sur des données probantes, à quoi s'ajoutent la mesure des facteurs importants et la reddition de comptes à ce sujet, de même que le soutien de l'amélioration constante de la qualité à l'intérieur d'un système de santé de plus en plus complexe. Le Ministère comprend aussi qu'il y a d'autres moyens possibles de hausser la valeur et l'incidence des programmes et outils de QSSO, et qu'il est possible de collaborer avec QSSO pour faire fond sur les efforts en cours. Bien que beaucoup de ces résultats puissent être obtenus dans le contexte du cadre législatif actuel de QSSO, notamment au chapitre du soutien de l'amélioration constante de la qualité, le Ministère reconnaît qu'il peut être

nécessaire de renforcer la responsabilisation au niveau des nombreux partenaires dans le cadre du système afin d'accélérer le rythme du changement lorsque cela est requis. Le Ministère travaillera de concert avec QSSO pour évaluer les possibilités qui se présenteront à cet égard.

2.0 Contexte

2.1 Aperçu

Qualité des services de santé Ontario (QSSO) est un organisme gouvernemental financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) pour conseiller le gouvernement provincial de l'Ontario sur la qualité des services de santé dans la province. En 2011, en vertu de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* (la Loi), le Conseil ontarien de la qualité des services de santé a été consolidé avec deux organismes sans but lucratif bénéficiaires de paiements de transfert et deux programmes du Ministère, qui ont été transférés à cette organisation. Le Conseil ontarien de la qualité des services a adopté le nom Qualité des services de santé Ontario aux fins de ses opérations en 2011, de manière à mieux rendre compte du nouveau mandat lui ayant été confié aux termes de la Loi. L'**annexe 1** fournit de plus amples renseignements à ce sujet.

2.2 Principales fonctions

QSSO a quatre fonctions principales :

- **Publier des rapports sur le rendement du système de santé de la province** : QSSO recueille des données sur les services de santé et publie des rapports sur la qualité des soins de santé en Ontario (dont il sera question dans la **section 4.2**). Il publie un rapport annuel, *À la hauteur*, qui donne un aperçu de l'état du système des soins de santé de l'Ontario et indique où le système fonctionne

bien et les domaines où des améliorations s'imposent. Le rapport de 2017 mesure le rendement du système des soins de santé au moyen de 56 indicateurs du rendement (par exemple, le pourcentage de patients qui ont vu leur médecin de famille ou un spécialiste dans les sept jours de leur mise en congé après une hospitalisation pour une maladie pulmonaire ou une insuffisance cardiaque). À la hauteur rend compte de 32 de ces indicateurs et les 24 autres sont présentés dans un supplément technique sur le site Web du Ministère. Pour chaque indicateur faisant l'objet d'un rapport public, QSSO précise sur son site Web ce qui doit être mesuré et comment, à l'intention des fournisseurs de soins de santé. QSSO produit également des rapports spécialisés approfondis sur des enjeux importants en matière de santé ainsi que des rapports personnalisés, intitulés *MaPratique*, à l'intention des médecins des soins primaires et des médecins des foyers de soins de longue durée (les médecins des soins primaires qui soignent les résidents des foyers de soins de longue durée). Les médecins y trouvent des données sur leur pratique par rapport à d'autres pratiques, et on leur propose aussi des idées dont l'objet est de promouvoir l'amélioration de la qualité. QSSO produit également des rapports interactifs en ligne que le public peut consulter pour obtenir de l'information sur des questions comme la sécurité dans les hôpitaux et les délais d'attente pour les interventions chirurgicales.

- **Évaluer les dispositifs médicaux et les services de soins de santé :** QSSO évalue les données probantes existantes et présente des recommandations à la ministre de la Santé et des Soins de longue durée au sujet du financement public des services de soins de santé et des dispositifs médicaux (dont il sera question dans la **section 4.3**). Les évaluations sont faites par le personnel de QSSO, qui

remet ses rapports d'évaluation au Comité consultatif ontarien des technologies de la santé de QSSO (voir la **section 2.4**). Après une consultation publique, le Comité présente ses recommandations au conseil d'administration de QSSO, qui, s'il les approuve, les transmet au Ministère. Entre 2011 et septembre 2018, QSSO a fait 86 évaluations sur les technologies de la santé et les services de santé et a formulé des recommandations à la suite de 85 de ces évaluations. (QSSO n'évalue pas les médicaments; c'est l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé qui se charge de l'évaluation des médicaments).

- **Établir des normes de soins cliniques :** QSSO évalue les données probantes existantes et présente des recommandations sur des normes de soins cliniques (dont il sera question dans la **section 4.4**). Les normes de soins cliniques décrivent les soins qu'il convient que les professionnels de la santé et les services de santé dispensent aux patients en fonction de tel ou tel état clinique particulier, compte tenu des éléments de preuve existants sur les pratiques exemplaires. L'objectif est de contribuer à réduire la variabilité dans le soin des patients et à favoriser de meilleurs résultats pour les patients, peu importe où ceux-ci sont traités. Pour chaque norme de soins cliniques que QSSO établit, l'organisme met sur pied un comité consultatif ponctuel qui réunit des spécialistes du domaine qui, bénévolement, vont donner des conseils et des rétroactions au sujet de l'élaboration de la norme. Les recommandations du comité ponctuel sont transmises au Comité ontarien des normes de qualité, qui est un comité permanent de QSSO (voir la **section 2.4**) chargé d'examiner les recommandations et de les soumettre au conseil d'administration de QSSO pour approbation finale. En septembre 2018, QSSO avait publié des normes de soins cliniques

dans 14 domaines, notamment les fractures de la hanche et la prescription d'opioïdes.

- **Soutenir l'amélioration de la qualité :** Tous les organismes de soins de santé (hôpitaux, foyers de soins de longue durée, équipes de soins à domicile et équipes de soins primaires) sont tenus d'élaborer un plan annuel d'amélioration de la qualité et de le présenter à QSSO pour le 1^{er} avril chaque année (on y reviendra dans la **section 4.4**). Cette exigence est énoncée dans la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* dans le cas des hôpitaux publics, et dans les ententes de responsabilisation pour ce qui est des autres catégories d'établissements de soins de santé. Chaque plan d'amélioration de la qualité est censé présenter des indicateurs de rendement (c'est-à-dire des mesures du rendement) que l'organisme souhaite améliorer, indiquer des cibles et donner une description détaillée de la façon dont l'organisme va atteindre ces cibles. Chaque année, QSSO définit des indicateurs de rendement propres à chaque secteur (voir l'**annexe 2**) que, selon lui, les programmes d'amélioration de la qualité devraient viser pour l'année qui vient. QSSO réunit tous les plans d'amélioration de la qualité reçus de tous les organismes de soins de santé et les résume en un rapport public qui met en lumière les observations clés au niveau de la province et au niveau du secteur. QSSO offre aussi différents programmes afin d'appuyer l'amélioration de la qualité, par exemple le Réseau d'amélioration de la qualité des soins chirurgicaux en Ontario.

2.3 Les responsabilités confiées à Qualité des services de santé Ontario (QSSO) sont traitées différemment dans d'autres provinces

Après avoir fait un examen de six autres provinces (Alberta, Colombie-Britannique, Saskatchewan,

Manitoba, Nouveau-Brunswick et Nouvelle-Écosse), nous avons constaté que QSSO est le seul organisme qui a pour rôle de faire des évaluations des technologies de la santé et des services de santé et d'établir des normes de soins cliniques (voir l'**annexe 3**) :

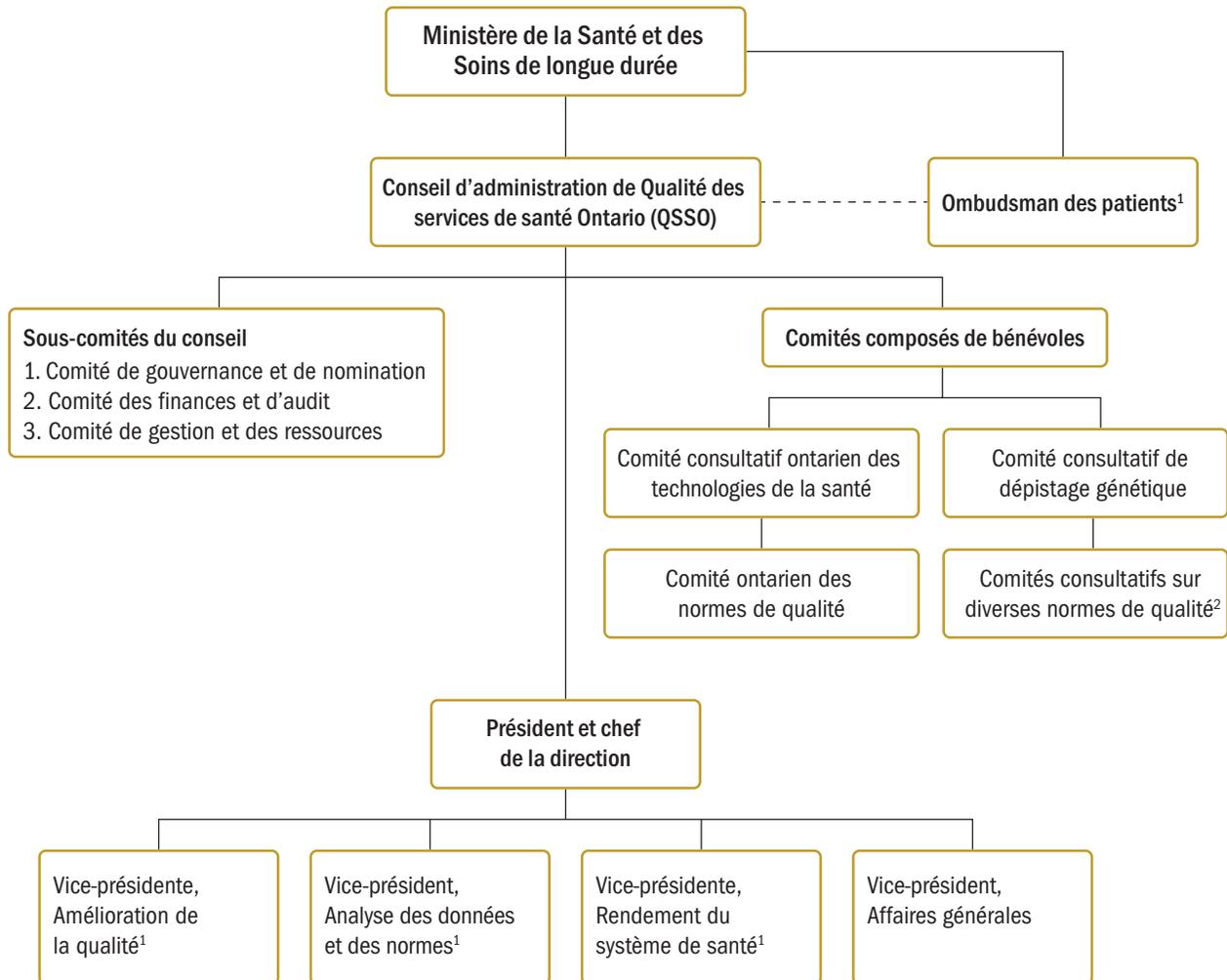
- À part l'Ontario, les six provinces examinées se fient à l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé pour l'évaluation des technologies de la santé et des services de santé. L'Alberta et la Colombie-Britannique font aussi certaines évaluations par l'entremise d'autres partenaires.
- Trois des six provinces financent un organisme spécialisé semblable à QSSO dont le mandat est également axé sur l'amélioration de la qualité. Les trois autres provinces ont confié ce rôle à un service ministériel ou à une autorité régionale de la santé responsable de la fourniture des soins de santé, semblables aux réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) en Ontario.
- Outre l'Ontario, deux autres provinces (la Saskatchewan et le Nouveau-Brunswick) confient le rôle de publier des rapports sur le rendement du système de santé à un organisme spécialisé. Dans les quatre autres provinces, c'est un service ministériel ou une autorité régionale de la santé qui rend compte du rendement en matière de santé.

2.4 Structure organisationnelle et structure redditionnelle

Comme on le voit dans la **figure 1**, QSSO est régi par un conseil d'administration qui compte actuellement 12 membres ayant droit de vote nommés par le lieutenant-gouverneur en conseil. Les membres du conseil d'administration ont une vaste expertise en matière de soins de santé ainsi qu'en matière financière et juridique. Un représentant du Ministère (actuellement un sous-ministre adjoint) fait partie du conseil d'administration à titre de membre sans droit de vote.

Figure 1 : Organigramme de Qualité des services de santé Ontario

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario



--- Le conseil d'administration de QSSO fournit du soutien administratif à l'Ombudsman des patients mais n'en assure pas la surveillance.

1. Fonction créée en vertu de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*

2. Chaque norme de qualité est examinée par un comité consultatif ponctuel composé de spécialistes de la question traitée par la norme.

Il y a aussi trois comités permanents composés de membres bénévoles qui n'appartiennent pas au conseil d'administration, à QSSO ni au Ministère :

- **Le Comité consultatif ontarien des technologies de la santé** formule des recommandations sur la question de savoir si le Ministère devrait consacrer du financement public à certains services de soins de santé et dispositifs médicaux. Ce comité, qui a été mis sur pied en octobre 2003, est antérieur

à la création de QSSO, comme on le voit à l'**annexe 1**. Il relève directement du conseil d'administration de QSSO.

- **Le Comité consultatif ontarien de dépistage génétique**, qui a été créé en mars 2017, dispense des conseils au Comité consultatif ontarien des technologies de la santé au sujet de l'utilité clinique, de la validité et du rapport coût-efficacité de tests génétiques et génomiques nouveaux ou existants en Ontario. Le comité relève

indirectement du conseil d'administration par l'entremise du Comité consultatif ontarien des technologies de la santé.

- **Le Comité ontarien des normes de qualité**, qui a vu le jour en juin 2017, présente des recommandations directement au conseil d'administration au sujet des normes de qualité relatives aux soins cliniques et des mesures de rendement connexes.

À l'occasion, QSSO met sur pied des comités consultatifs ponctuels sur les normes de qualité, dont chacun se voit confier la tâche de formuler une norme de soins cliniques dans un domaine particulier. Ces comités, qui sont composés de bénévoles, relèvent du conseil d'administration par l'entremise du Comité ontarien des normes de qualité, qui, lui, est un comité permanent.

QSSO relève du Ministère, qui a la responsabilité de définir les attentes et d'exercer une surveillance générale de ses activités. Il incombe également au Ministère d'examiner les recommandations de QSSO en matière de financement public de dispositifs médicaux et de services de soins de santé, de décider s'il convient d'accepter ces recommandations, et d'élaborer des plans de mise en oeuvre des recommandations acceptées. En date de septembre 2018, le Ministère avait accepté 96 % des 79 recommandations dont il avait terminé l'examen.

La *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* précise que QSSO agit à titre consultatif seulement, et la ministre de la Santé et des Soins de longue durée n'est pas tenue de donner suite aux recommandations de QSSO en matière de financement public de services de soins de santé, de dispositifs médicaux, de normes de soins cliniques ou de mesures du rendement.

2.5 Données financières et renseignements sur la dotation en personnel

Pour l'exercice 2017-2018, le Ministère a accordé 49 millions de dollars à QSSO. De ce montant, 3 millions de dollars ont servi au soutien du Bureau

de l'Ombudsman des patients. Les dépenses pour l'exercice ont totalisé 47,2 millions de dollars et les fonds inutilisés ont été remis au Ministère.

Les salaires et les avantages sociaux ont représenté environ 70 % des dépenses de 2017-2018. Les quatre principales fonctions de QSSO (voir la **section 2.2**) ont représenté 64 % de ses dépenses (voir la **figure 2**). Au cours de l'exercice en question, l'effectif de QSSO équivalait à environ 290 employés à temps plein.

3.0 Objectif et étendue de l'audit

Notre objectif était de déterminer si Qualité des services de santé Ontario (QSSO) a des systèmes et des procédures efficaces en place pour :

- surveiller la qualité des services de santé en Ontario et publier un rapport à son sujet, notamment sur l'état de santé de la population et les résultats pour les patients;
- promouvoir de meilleurs soins de santé en formulant des recommandations qui reposent sur les meilleurs éléments probants de nature scientifique au sujet des normes de soins

Figure 2 : Dépenses de Qualité des services de santé Ontario selon la fonction, 2017-2018

Source des données : Qualité des services de santé Ontario

	Milliers de dollars	%
Fonctions principales	30 025	64
Amélioration de la qualité	16 537	35
Analyse des données et des normes*	7 744	17
Rendement du système de santé	5 744	12
Autres	17 161	36
Gouvernance et activités	13 285	28
Bureau de l'Ombudsman des patients	3 036	6
Mobilisation des patients	840	2
Total	47 186	100

* Cette fonction comprend l'évaluation de dispositifs médicaux et de services de soins de santé ainsi que l'élaboration de normes de soins cliniques.

- cliniques ainsi que du financement des services de soins de santé et des dispositifs médicaux;
- promouvoir l'amélioration continue de la qualité des services de santé afin d'apporter des changements positifs majeurs et durables ;
 - évaluer sa propre efficacité dans la concrétisation de son mandat et en rendre compte.

Au moment de planifier notre travail, nous avons établi les critères (voir l'**annexe 4**) à employer pour atteindre les objectifs de notre audit. Ces critères étaient fondés sur l'examen des *lois*, des politiques et des procédures applicables ainsi que d'études internes et externes et de pratiques exemplaires. La haute direction de QSSO a examiné nos objectifs et les critères connexes et elle en a reconnu la pertinence.

Notre audit s'est déroulé principalement entre janvier et août 2018, et nous avons obtenu des déclarations écrites de la part de la direction de QSSO et de la direction du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) confirmant que, en date du 9 novembre 2018, elles nous avaient remis toute l'information qui, à leur connaissance, était susceptible d'avoir une incidence importante sur les constatations ou les conclusions formulées dans le présent rapport.

Notre travail d'audit, qui a été réalisé principalement au siège social de QSSO à Toronto, s'est concentré sur les quatre fonctions principales de l'organisme. Ces fonctions et les services généraux avaient représenté plus de 90 % des dépenses de QSSO en 2017-2018. Les fonctions restantes comprenaient la mobilisation des patients et le Bureau de l'Ombudsman des patients.

Même si notre audit a examiné les quatre secteurs des soins de santé qui relèvent de QSSO – c'est-à-dire les hôpitaux, les soins primaires, les soins à domicile et les foyers de soins de longue durée –, nous avons mis particulièrement l'accent sur le secteur hospitalier, car il a été le premier à adopter des plans d'amélioration de la qualité, dès 2011-2012. Les autres secteurs ont adopté des plans d'amélioration de la qualité plus tard, c'est-à-dire en 2013-2014 pour les équipes de soins primaires, et en 2014-2015 pour les soins à domicile et les foyers de soins de longue

durée. Comme il y a un décalage dans la publication de données annualisées sur les soins de santé, c'est seulement pour le secteur hospitalier qu'il y avait des données visant une période d'au moins cinq ans pour notre analyse.

Pour réaliser notre audit, nous avons examiné des documents pertinents, analysé des données et de l'information, interviewé des membres compétents du personnel de QSSO et du Ministère et passé en revue des études de premier plan et des recherches pertinentes en Ontario et dans d'autres administrations. Nous avons assisté à la conférence annuelle d'audit et de rétroactions de QSSO, qui se concentre sur l'amélioration de l'incidence des rapports pour les fournisseurs de soins de santé et les médecins.

Nous avons communiqué avec d'autres provinces canadiennes (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Nouveau-Brunswick et Nouvelle-Écosse) et d'autres pays (Australie, Angleterre et Écosse) pour comprendre comment ils s'acquittent de leurs responsabilités en matière d'amélioration de la qualité et comparer comment ils mènent les évaluations de leurs technologies médicales et de leurs services de santé, établissent des normes de soins cliniques et font la promotion de l'amélioration de la qualité.

Nous avons communiqué avec divers groupes d'intervenants qui représentent des organismes de soins de santé dont la législation provinciale prévoit qu'ils doivent présenter des plans annuels d'amélioration de la qualité à QSSO ou en recevoir des rapports personnalisés sur leur pratique et ils nous ont communiqué leurs rétroactions. Il s'agissait de l'Association des équipes de santé familiale de l'Ontario; de l'Ontario Order of Family Physicians; de l'Association des hôpitaux de l'Ontario; de l'Ontario Long-Term Care Association; et du réseau local d'intégration des services de santé du Centre-Toronto. Dans la mesure du possible, nous avons cherché à confirmer les observations des parties prenantes qui sont présentées dans ce rapport. De plus, nous avons eu recours aux services d'un consultant indépendant spécialisé dans le domaine de l'amélioration de la

qualité dans le secteur des soins de santé pour nous aider à faire cet audit.

Nous avons aussi communiqué avec quatre fournisseurs de données de premier plan sur lesquels QSSO s'appuie pour obtenir les données qu'il utilise dans son rapport annuel sur le rendement du système et nous avons discuté avec eux des processus internes auxquels ils ont recours pour assurer l'exactitude et la fiabilité des données sources qu'ils utilisent. Il s'agissait de l'Institut canadien d'information sur la santé, d'Action Cancer Ontario, de l'Institut de recherche en services de santé et du Ministère.

Le Bureau de l'Ombudsman des patients, que le Ministère finance par l'entremise de QSSO, a été exclu de la portée du présent audit. En effet, le conseil d'administration de QSSO n'a pas de responsabilité touchant la surveillance des fonctions de l'Ombudsman des patients.

Nous avons mené nos travaux et présenté les résultats de notre examen conformément aux Normes canadiennes de missions de certification – Missions d'appréciation directe, émises par le Conseil des normes internationales d'audit et d'assurance des Comptables professionnels agréés du Canada (CPA Canada), ce qui inclut l'obtention d'un niveau d'assurance raisonnable.

Le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario applique la Norme canadienne de contrôle qualité et, de ce fait, il utilise un système exhaustif de contrôle qualité comprenant des politiques et des procédures documentées au sujet du respect des règles de conduite professionnelle, des normes professionnelles ainsi que des exigences législatives et réglementaires applicables.

Nous nous sommes conformés aux exigences d'indépendance et autres exigences déontologiques énoncées dans le Code de déontologie des Comptables professionnels agréés de l'Ontario, code qui repose sur les principes fondamentaux d'intégrité, d'objectivité, de compétence et de diligence professionnelles, de confidentialité et de comportement professionnel.

4.0 Constatations détaillées de l'audit

4.1 Il est difficile d'évaluer l'incidence directe de Qualité des services de santé Ontario (QSSO) sur les soins de santé dans la province

4.1.1 QSSO fournit des outils à l'appui de l'amélioration des soins de santé

Qualité des services de santé Ontario (QSSO) fournit divers outils et de l'information que les fournisseurs de soins de santé peuvent utiliser pour améliorer la qualité des soins qu'ils dispensent, conformément à son mandat de soutenir l'amélioration de la qualité dans le système des soins de santé. Voici des exemples d'outils utiles :

- **Détermination des domaines où des améliorations s'imposent en priorité.** En consultation avec les partenaires du système, QSSO repère les domaines où des améliorations s'imposent dans chaque secteur des soins de santé et encourage les organismes de soins de santé à concentrer leurs efforts d'amélioration sur ces priorités et à les inclure dans leurs plans annuels d'amélioration de la qualité. De plus, QSSO réunit les plans d'amélioration de la qualité reçus des organismes de soins de santé et les résume dans un rapport public, mettant en lumière les observations importantes au niveau provincial et au niveau du secteur de la santé pour faire ressortir les initiatives efficaces que d'autres organismes peuvent adopter à leur tour.
- **Normes de soins cliniques.** Les normes de soins cliniques définissent à l'intention des professionnels de la santé et des patients ce qui devrait constituer des soins de grande qualité pour tel ou tel problème de santé. Elles comportent aussi des indicateurs afin d'aider les professionnels de la santé et

les organismes de soins de santé à évaluer la qualité des soins qu'ils dispensent ainsi qu'à déceler les lacunes et les points à améliorer. Chaque norme de soins cliniques établie par QSSO est assortie d'une série de recommandations dont l'objet est d'aider diverses parties prenantes du système des soins de santé à adopter les normes.

- **Recommandations relatives aux dispositifs médicaux et aux services de soins de santé.** QSSO présente des recommandations pour permettre à la Ministre de déterminer s'il y a lieu d'accorder du financement public à certains services de soins de santé et dispositifs médicaux à partir d'une évaluation des éléments probants de nature scientifique qui existent sur l'efficacité du service ou du dispositif. Les services et les dispositifs à évaluer sont classés par ordre de priorité en fonction de critères comme les bienfaits ou les préjudices cliniques possibles et les possibilités d'augmentation ou de réduction des coûts.
- **Mesure du rendement du système.** QSSO mesure la qualité du système de santé en Ontario et produit des rapports publics à son sujet à partir d'indicateurs élaborés et mis à jour en consultation avec des experts des soins de santé et des partenaires du système de santé. Ces indicateurs sont conçus pour permettre de déterminer si les soins de santé sont sûrs, efficaces et centrés sur les patients, s'ils représentent un bon rapport coût-efficacité, s'ils sont dispensés en temps opportun et s'ils sont équitables. La divulgation publique de données à l'échelle du système et souvent sur une base régionale en assure la transparence. De plus, les rapports personnalisés que QSSO produit à l'intention des médecins des soins primaires et des PDG des hôpitaux permettent à ceux-ci de comparer leur propre rendement dans tel ou tel domaine au rendement à l'échelle de la province et de déterminer ainsi les domaines où des améliorations s'imposent.

Selon les rétroactions des intervenants, les outils étaient généralement considérés comme utiles. Toutefois, QSSO ne sait pas dans quelle mesure ces outils sont utilisés, particulièrement lorsqu'il s'agit des normes de soins cliniques qu'il élabore ainsi que des services de soins de santé et dispositifs médicaux approuvés par le Ministère que QSSO recommande.

4.1.2 Il est impossible de déterminer clairement si QSSO a été un catalyseur d'amélioration dans le secteur des soins de santé

Entre avril 2011 et le 31 mars 2018, QSSO a dépensé en tout environ 240 millions de dollars. Quand nous avons cherché à déterminer si QSSO avait fait bouger les choses, nous avons constaté que les résultats étaient mixtes.

Selon un document ministériel concernant l'élargissement du mandat de QSSO, l'organisme allait [traduction] « être le catalyseur principal pour favoriser l'offre de soins de santé de grande qualité reposant sur des éléments probants à l'échelle du système » et « veiller à ce que les investissements futurs [dans les soins de santé] donnent des résultats et se traduisent par l'amélioration de la santé des patients ». Dans ce même document, on indiquait que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée s'attendait à ce que le nouvel organisme se concentre sur quelques nouvelles initiatives d'amélioration de la qualité dont l'objet serait de réduire le nombre d'admissions et de réadmissions inutiles dans les hôpitaux et d'améliorer la qualité des services de santé mentale, l'accès aux soins primaires (de façon à ce que les patients puissent voir leur fournisseur de soins de santé le jour de leur choix) et la pertinence des aiguillages vers des services de diagnostic.

Nous avons constaté qu'il n'y a pas eu d'amélioration au chapitre de l'accès aux soins primaires et des taux de réadmission à l'hôpital depuis 2011, année où QSSO a reçu son mandat. Par exemple :

- Le pourcentage de personnes qui ont pu voir leur fournisseur de soins primaires ou un membre du personnel infirmier praticien le jour même où elles étaient malades ou avaient des préoccupations au sujet de leur santé ou le lendemain a diminué, passant de 45,3 % en 2013 à 43 % en 2016.
- Le pourcentage de patients qui ont signalé avoir vu leur fournisseur de soins primaires dans les sept jours de leur mise en congé de l'hôpital pour certains problèmes de santé en particulier (par exemple pneumonie, diabète, accident vasculaire cérébral, insuffisance cardiaque congestive) s'est amélioré légèrement, passant de 33 % en 2013 à 34 % en 2016, mais le problème continue de se poser, car un suivi en temps opportun peut contribuer à faciliter la transition du patient de l'hôpital à la maison ou à la collectivité.
- Le taux des réadmissions imprévues à l'hôpital dans les 30 jours de la mise en congé du patient pour un traitement médical ou une intervention chirurgicale a également augmenté légèrement (pour un traitement médical, le taux est passé de 13,6 % en 2012-2013 à 13,9 % en 2015-2016; et pour une intervention chirurgicale, il est passé de 6,9 % en 2012-2013 à 7,2 % en 2015-2016).
- La durée du séjour aux urgences des patients admis a augmenté de 3 %, passant de 14,8 heures en 2011-2012 à 15,2 heures en 2016-2017. Il faut toutefois préciser que, au cours de cette même période, le nombre de personnes séjournant aux urgences en raison de besoins médicaux importants a grimpé de près de 22 %.

Il y a eu une certaine amélioration dans d'autres domaines sur lesquels QSSO s'est concentré. Par exemple :

- Les infections nosocomiales à *Clostridium difficile* ont diminué sensiblement (de 31 %), passant de 0,35 par 1 000 jours-patient en 2011-2012 à 0,24 en 2016-2017.

- Le pourcentage des patients de l'Ontario qui ne manqueraient pas de recommander l'établissement où ils avaient été hospitalisés à des amis ou à des membres de leur famille a augmenté, passant de 73,1 % en 2010-2011 à 76,2 % en 2016-2017.

Toutefois, QSSO ne peut pas être tenu responsable à lui seul des changements qu'on observe dans le rendement du système des soins de santé, car l'amélioration de la qualité n'incombe pas seulement à QSSO, comme on le verra dans la **section 4.1.5**. De plus, l'organisme n'a pas le pouvoir de rendre obligatoire la mise en application de ses recommandations, ainsi que cela est commenté à la **section 4.1.4**.

4.1.3 QSSO ne mesure pas sa propre influence au chapitre de l'amélioration de la qualité

QSSO a élaboré des paramètres de mesure utiles pour surveiller le rendement du système de santé, à la fois dans son ensemble et au niveau des régions, ainsi que pour faire rapport à ce sujet, mais il n'a pas fait de même en ce qui touche sa propre incidence au chapitre de l'amélioration de la qualité au sein du système de santé. En règle générale, QSSO n'effectue pas d'évaluation afin de savoir si les différents outils qu'il fournit aux organismes de soins de santé sont utilisés et s'ils contribuent à la qualité des soins de santé en Ontario.

QSSO évalue son efficacité en se concentrant sur des mesures de ses activités et de son rayonnement (par exemple, le nombre de visites sur son site Web ou le nombre de téléchargements de ses rapports); les opinions des patients sur leur satisfaction à l'égard des activités de mobilisation des patients; et le degré de satisfaction des participants aux séances de formation en matière d'amélioration de la qualité.

Nous avons plus précisément observé les lacunes suivantes au chapitre de sa reddition de comptes sur le rendement :

- Pour ce qui est des recommandations que QSSO présente au Ministère en matière

de dispositifs et de services médicaux, l'organisme ne rend pas compte du taux d'acceptation de ses recommandations par le Ministère, même s'il en fait le suivi. QSSO ne tente pas non plus de mesurer le taux d'adoption des dispositifs médicaux et des services de soins de santé qu'il recommande après que le Ministère en a approuvé le financement public.

- Pour les normes de soins cliniques qu'il établit, QSSO ne fait actuellement aucun suivi des normes ou des recommandations d'adoption qui ont été mises en oeuvre par les organismes de soins de santé. Dans les domaines que la province a désignés comme étant des priorités en matière d'amélioration, QSSO ne met pas en lumière les indicateurs de rendement reliés à ces priorités et ne signale pas les progrès accomplis dans ces domaines.
- Concernant les rapports personnalisés qui sont produits à l'intention des médecins et des hôpitaux, QSSO ne fait pas rapport sur la proportion de médecins ou d'hôpitaux qui demandent de recevoir et qui utilisent ces rapports.
- De plus, QSSO ne détermine pas si ses normes ou ses recommandations influencent la qualité des soins ou donnent lieu à de meilleurs résultats en matière de santé pour les patients. De telles mesures l'aideraient à déterminer son efficacité lorsqu'il s'agit de favoriser l'amélioration continue de la qualité des services de santé.

4.1.4 La capacité de QSSO d'opérer des changements positifs est limitée, car ni le Ministère, ni les RLISS ne s'assurent que les recommandations de QSSO sont adoptées

L'un des principaux facteurs qui limitent la capacité de QSSO d'influencer la qualité des soins de santé est qu'il n'a pas le pouvoir de s'assurer que les organismes adoptent les dispositifs médicaux et

mettent en oeuvre les services de soins de santé qu'il recommande et que le Ministère a approuvés, ni les normes de soins cliniques établies par QSSO. De plus, QSSO n'a pas le pouvoir de veiller à ce que les organismes prennent au moins des mesures pour apporter des améliorations (sous la forme qu'ils choisiraient) dans les domaines que QSSO a désignés comme étant prioritaires. Aucune des activités d'amélioration de QSSO n'est d'application obligatoire dans le secteur des soins de santé, ce qui limite encore plus son efficacité. Par exemple :

- Les omnipraticiens ne sont pas obligés de recevoir les rapports personnalisés que QSSO produit pour changer les comportements des médecins ni d'y donner suite.
- Les hôpitaux ne sont pas obligés de participer aux programmes d'amélioration de QSSO. Par exemple, en date de juin 2018, seulement 46 hôpitaux (dont 2 hôpitaux pour enfants) participaient au programme d'amélioration de la qualité en matière de chirurgie à l'échelle provinciale qui était financé en partie par QSSO. (En 2017-2018, les trois quarts environ des interventions chirurgicales sur des patients adultes étaient effectuées dans ces hôpitaux.)

Dans un rapport publié en 2012 et communément appelé le *Rapport Drummond*, la Commission de la réforme des services publics de l'Ontario faisait la recommandation suivante : « Qualité des services de santé Ontario devrait devenir un organisme de réglementation chargé de mettre en application des directives fondées sur des preuves servant à orienter les décisions en matière de traitement et les interventions assurées par l'Assurance-santé de l'Ontario. » Selon le Ministère, la décision a été prise de ne pas mettre en oeuvre cette recommandation parce qu'elle ne correspondait pas au mandat officiel de QSSO.

Dans l'entente de responsabilisation la plus récente conclue entre le Ministère et les RLISS, qui vise la période allant de 2015 à 2018, le Ministère exige que chaque RLISS travaille avec ses fournisseurs de services de santé pour soutenir l'adoption des pratiques exemplaires reposant

sur des données probantes recommandées, notamment dans les normes de soins cliniques de QSSO. Cependant, le Ministère ne surveille pas les mesures prises par les RLISS ni les activités de mise en oeuvre de ces normes. L'entente ne prévoit pas d'incitatifs financiers ni de pénalités qui pourraient motiver les RLISS à affecter les ressources nécessaires pour veiller à ce que les fournisseurs de services de santé locaux adoptent ces normes.

Dans sa réponse à cette recommandation du *Rapport Drummond*, le Ministère a également fait remarquer qu'il serait plus approprié que l'imposition de normes de pratique relève des 26 ordres de réglementation du secteur de la santé en Ontario. On peut mentionner par exemple l'Ordre des sages-femmes de l'Ontario, l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario. Toutefois, QSSO nous a dit que ses recommandations ont comme objet d'encourager des pratiques exemplaires pour assurer l'amélioration de la qualité des soins afin que celle-ci atteigne des niveaux supérieurs à ceux visés par les ordres de réglementation.

En Écosse, au contraire, l'organisme gouvernemental qui joue un rôle comparable à celui de QSSO – Healthcare Improvement Scotland – a un pouvoir de contrainte, en plus de son rôle de soutien de l'amélioration de la qualité.

4.1.5 La définition des rôles et des responsabilités de diverses parties prenantes en matière de promotion de la qualité dans le secteur des soins de santé manque de clarté

La *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* confère à QSSO le rôle de soutenir l'amélioration de la qualité en plus de lui donner l'objectif stratégique d'assurer le leadership à l'échelle du système en matière de qualité des services de santé. L'organisme exerce la responsabilité de l'amélioration de la qualité dans le secteur des soins de santé de concert avec le Ministère, les RLISS

et les organismes de soins de santé, comme les hôpitaux et les foyers de soins de longue durée.

Les RLISS, les hôpitaux et d'autres fournisseurs de soins de santé s'emploient à atteindre leurs indicateurs de rendement, qui ne correspondent pas toujours nécessairement aux secteurs dans lesquels QSSO détermine qu'une amélioration s'impose. Cette situation soulève un risque de chevauchements et de priorités contradictoires. (On trouvera à l'**annexe 5** la liste des parties prenantes responsables dans le secteur de la santé.) Selon diverses *lois* et ententes provinciales, les parties prenantes suivantes assument également la responsabilité de divers aspects de la qualité en matière de santé :

- **Le Ministère et les RLISS** : L'entente standard entre le Ministère et chaque RLISS reconnaît que le Ministère et les RLISS « ont la responsabilité conjointe de contribuer à fournir de meilleurs résultats en santé pour les Ontariens et de superviser efficacement l'utilisation des fonds publics d'une manière viable sur le plan fiscal ». L'entente stipule également que les deux parties travailleront avec Qualité des services de santé Ontario (QSSO), les responsables des soins cliniques locaux, les fournisseurs de services de santé et d'autres fournisseurs pour faire avancer le programme de qualité et harmoniser les efforts en matière d'amélioration de la qualité à l'échelle des secteurs et du système de santé local.
- **Les conseils d'administration des hôpitaux** : Selon la *Loi sur les hôpitaux publics*, les conseils d'administration des hôpitaux sont responsables de la qualité des soins aux patients dans les hôpitaux.
- **Les comités de la qualité** : En vertu de la *Loi sur l'excellence des soins pour tous*, chaque hôpital doit mettre sur pied un comité de la qualité. Pour les autres entités de soins de santé, comme les foyers de soins de longue durée et les organismes de soins primaires, les comités de la qualité sont optionnels. Les

comités de la qualité ont généralement les responsabilités suivantes :

- surveiller les enjeux en matière de qualité et la qualité générale des services que fournit l'organisme de soins de santé et en rendre compte au conseil;
- examiner des initiatives et des politiques d'amélioration de la qualité et faire des recommandations au conseil d'administration à leur sujet;
- veiller à ce que des renseignements sur les pratiques exemplaires figurent dans les documents remis au personnel de l'organisme de soins de santé et, par la suite, surveiller l'emploi de ces documents;
- superviser la préparation des plans annuels d'amélioration de la qualité.
- **L'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario** : La Loi confie à l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario le mandat d'améliorer constamment la qualité des soins prodigués par les médecins. L'Ordre a la responsabilité de surveiller et de maintenir « des normes de pratique par l'entremise d'évaluation par les pairs et de mesures correctives »; de faire des enquêtes sur « les plaintes concernant les médecins au nom du public »; et de tenir des « audiences disciplinaires lorsqu'il est possible qu'un médecin ait commis une faute professionnelle ou soit incompetent ». Toutefois, seul un petit nombre de médecins font l'objet d'évaluations par les pairs et d'évaluations de leur pratique.
- **Santé publique Ontario** : Cette société de la Couronne offre des conseils scientifiques et techniques, et elle exécute des activités de soutien – évaluation de la santé de la population, recherche en santé publique, surveillance, épidémiologie, planification et évaluation de programmes, etc. – dans le but de protéger et d'améliorer la santé des Ontariens. Santé publique Ontario génère des activités scientifiques et des travaux

de recherche en santé publique, dans des domaines comme les maladies transmissibles, la santé de l'environnement, les blessures et les maladies chroniques, de pair avec des activités de surveillance et des enquêtes épidémiologiques, sans oublier la gestion des laboratoires de santé publique de l'Ontario.

En plus de QSSO, d'autres organismes font un suivi du rendement en matière de qualité des soins de santé et fournissent des données à ce sujet au public ou à d'autres fournisseurs de soins de santé. Ces organismes comprennent le Registre et réseau des bons résultats dès la naissance, l'Institut canadien d'information sur la santé, Action Cancer Ontario, de même que le Réseau ontarien de soins cardiaques et le Réseau ontarien contre les accidents vasculaires cérébraux, maintenant appelés collectivement CorHealth Ontario.

Pour rationaliser la publication de rapports au sujet du système de santé, le Ministère a récemment transféré la responsabilité de signaler la durée des séjours aux urgences et les temps d'attente pour les interventions chirurgicales et l'imagerie diagnostique du site Web d'Action Cancer Ontario à QSSO. Toutefois, le grand nombre de parties prenantes qui publient des données sur le rendement en matière de santé demeure préoccupant.

Un examen portant sur QSSO qui avait été commandé par le Ministère en 2012 avait également permis de constater qu'une cartographie à l'échelle du système s'imposait pour savoir qui a des comptes à rendre en matière de qualité et quels changements seraient peut-être nécessaires dans une optique stratégique. Selon cet examen, les rôles respectifs de QSSO, du Ministère, des RLISS, des organismes de soins de santé et des programmes provinciaux ne sont pas clairs. Sans reddition de comptes claire ni démarche coordonnée en matière d'amélioration de la qualité, il a été difficile d'obtenir des résultats, car divers organismes demandent aux fournisseurs de soins de santé de concentrer leurs efforts d'amélioration de la qualité dans un grand nombre de domaines.

RECOMMANDATION 1

Pour favoriser l'amélioration constante de la qualité dans les soins de santé, nous recommandons que le ministère de la Santé et des Soins de longue durée clarifie les responsabilités et rôles respectifs des parties prenantes de premier plan dans le système des soins de santé – y compris Qualité des services de santé Ontario (QSSO), les réseaux locaux d'intégration des services de santé et les hôpitaux – lorsqu'il s'agit d'exiger l'adoption des recommandations de QSSO et l'utilisation des outils d'amélioration des services de santé mis à la disposition des fournisseurs de soins de santé par QSSO.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée souscrit à cette recommandation et énoncera clairement les rôles et les responsabilités des principales parties prenantes au sein du système de soins de santé à cet égard. Il utilisera à cette fin les mécanismes redditionnels les plus pertinents (par exemple, ententes de responsabilisation, lettres de mandat des organismes, pouvoirs législatifs) en vue de soutenir le plus efficacement possible l'adoption des recommandations de QSSO et l'utilisation des outils d'amélioration de la qualité mis à la disposition des fournisseurs de soins de santé par cet organisme.

RECOMMANDATION 2

Pour déterminer si Qualité des services de santé Ontario (QSSO) soutient bel et bien l'amélioration de la qualité, nous recommandons qu'il mesure les indicateurs suivants et qu'il en rende compte publiquement :

- le taux d'acceptation des recommandations qu'il présente au Ministère au sujet des dispositifs médicaux et des services de soins de santé à financer;

- le taux de mise en oeuvre de ses normes de soins cliniques;
- le taux de mise en oeuvre des recommandations qu'il présente au Ministère au sujet des dispositifs médicaux et des services de soins de santé à financer;
- le nombre et le pourcentage de médecins qui demandent à recevoir un rapport personnalisé sur leur pratique;
- les répercussions de ses activités (comme les normes de soins cliniques et les indicateurs prioritaires des plans d'amélioration de la qualité) sur la qualité des soins de santé dans la province.

RÉPONSE DE QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO

Qualité des services de santé Ontario (QSSO) souscrit à cette recommandation et fournira plus de renseignements dans son rapport annuel afin de décrire l'efficacité de ses activités de soutien de l'amélioration de la qualité.

Ainsi que cela est indiqué dans le rapport, nous faisons le suivi du taux d'acceptation des recommandations présentées au ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) à propos des dispositifs médicaux et des services de soins de santé à financer, et nous publierons cette information dans notre prochain rapport annuel.

Le rapport d'audit précise également que nous surveillons le nombre et le pourcentage de médecins qui demandent un rapport personnalisé sur leur pratique, et nous publierons également cette information dans notre prochain rapport annuel.

L'adoption et la mise en oeuvre des normes de soins cliniques ainsi que des dispositifs médicaux et des services de soins de santé font intervenir de nombreux partenaires (fournisseurs de soins de santé de première ligne, direction d'organismes et d'établissements, patients, ordres

professionnels, Ministère, etc.). La contribution de chacun de ces partenaires à l'appui de l'amélioration est de première importance. Il peut en outre être difficile de mesurer la mise en oeuvre ou l'adoption lorsque l'information n'est pas saisie en fonction de codes de facturation. Il faudra peut-être aussi un certain temps pour que les données provinciales rendent compte des améliorations. Nous allons tirer parti des efforts en cours afin de mesurer le taux d'adoption et de mise en oeuvre des normes de soins cliniques ainsi que des recommandations relatives aux dispositifs médicaux et aux services de soins de santé, et nous allons rendre cette information publique.

Nous allons également faire le suivi des indicateurs relatifs à l'incidence d'activités clés sur la qualité des soins de santé dans la province, par exemple en ce qui touche les normes de soins cliniques et les plans d'amélioration de la qualité, et nous publierons des rapports à ce sujet.

4.2 Les rapports publiés par Qualité des services de santé Ontario (QSSO) sur le rendement du système de santé ne donnent pas clairement lieu à une amélioration de la qualité

4.2.1 Le rapport annuel présente des paramètres de mesure du rendement du système de santé, mais les parties prenantes n'utilisent pas cette information à des fins d'amélioration

QSSO produit un rapport annuel sur le rendement du système de santé intitulé *À la hauteur*, dont l'objet est d'améliorer la transparence et la reddition des comptes dans le système de santé, d'informer le public et les personnes qui dirigent le système de santé et qui y travaillent et de favoriser l'amélioration de la qualité au niveau du système en mettant en lumière des domaines où

des améliorations s'imposent. C'est conforme aux dispositions de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*, en vertu de laquelle QSSO surveille la qualité du système de santé en Ontario et publie des rapports à son sujet, y compris sur l'état de santé de la population et les résultats pour les patients.

Le rapport annuel est un outil utile pour déterminer les aspects du système de soins de santé où des améliorations sont requises. La mesure transparente d'indicateurs de rendement clés met en lumière la nécessité d'apporter des améliorations, et cette information peut être utilisée par le Ministère et par les fournisseurs de soins de santé pour concourir à l'apport de changements à l'intérieur du système.

Dans le rapport annuel sur le rendement paru le plus récemment au moment de notre audit, c'est-à-dire le rapport *À la hauteur* d'octobre 2017, les deux tiers des indicateurs de rendement présentés étaient des indicateurs à l'échelle de la province (comme le temps que les patients passaient aux urgences et le pourcentage de personnes qui obtenaient un rendez-vous avec un fournisseur de soins primaires le jour même ou le lendemain). Les indicateurs restants, soit le tiers, étaient présentés au niveau des RLISS (comme les taux de réadmission des patients ayant une maladie mentale et les temps d'attente pour une intervention chirurgicale pour un cancer). Un supplément technique du rapport annuel sur le rendement du système de santé qu'on trouve sur le site Web de QSSO donne une ventilation régionale par RLISS des résultats de chaque indicateur dont il est question dans le rapport.

QSSO a indiqué que les points soulevés dans le rapport annuel sur le rendement aident le Ministère à prendre des décisions stratégiques à l'égard des dépenses reliées aux soins de santé. Par ailleurs, le Ministère nous a dit qu'il n'adopte pas de mesures particulières en fonction du rapport annuel sur le rendement du système de santé, mais que les constatations présentées dans le rapport entrent en ligne de compte dans une gamme de décisions concernant la politique et la stratégie de la province.

Dans un rapport datant de 2017, un consultant présentait des commentaires sur les moyens de rendre plus utiles les rapports publics sur le système de soins de santé. On y recommandait que QSSO présente l'information à un niveau plus détaillé dans ses rapports publics. Le consultant disait que des données au niveau des entités devraient être publiées et les organismes, expressément nommés, à moins que des limites des données donnent lieu à une évaluation injuste du rendement. (Les limites des données pourraient être attribuables à des données insuffisantes ou peu fiables ou à des données qui ne sont pas comparables en raison de différences dans les méthodologies ou les définitions utilisées pour le même indicateur par les entités comparées. Par exemple, une entité pourrait mesurer les temps d'attente à partir du moment où les patients arrivent au service des urgences et une autre entité à partir de l'étape du triage.)

Un intervenant nous a dit que le rapport *À la hauteur* est utile pour présenter des données sur la santé publique et signaler des éléments qui pourraient poser des problèmes, mais qu'il ne donne pas suffisamment de conseils sur la façon de corriger la situation. L'intervenant a ajouté qu'il y a d'autres bons rapports qui recensent les problèmes à l'échelle du système (par exemple les rapports d'Action Cancer Ontario ou de l'Institut canadien d'information sur la santé du gouvernement fédéral).

Selon un autre intervenant, le rapport annuel sur le rendement du système de santé n'est pas essentiel à l'amélioration de la qualité – c'est une ressource pour examiner les résultats généraux en matière de santé dans la province, mais il pourrait être renforcé de façon à contribuer à l'amélioration de la qualité au niveau des entités (par exemple, les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée). Le manque d'information au niveau des entités limite la capacité des organisations à bien comprendre leur rendement et à cibler adéquatement leurs efforts d'amélioration de la qualité.

4.2.2 Les rapports personnalisés destinés aux médecins et aux PDG des hôpitaux ne traitent pas d'un grand nombre des priorités clés de QSSO pour l'amélioration de la qualité à l'échelle provinciale

Pour 2016-2017, QSSO avait désigné des domaines qu'il conviendrait d'améliorer en priorité dans différents secteurs des soins de santé en consultation avec ses partenaires du secteur de la santé : il s'agissait de 8 domaines pour les soins primaires; de 8 domaines pour les foyers de soins de longue durée; et de 12 domaines pour les hôpitaux. Mais dans ses rapports personnalisés destinés aux médecins et aux PDG des hôpitaux, QSSO ne présente d'information sur le rendement de la pratique ou de l'établissement que dans certains de ces domaines où des améliorations s'imposent. Les rapports sur la pratique des médecins des soins primaires ne donnent de l'information que sur 4 des 8 domaines où des améliorations s'imposent; les rapports sur la pratique des médecins qui soignent les résidents des foyers de soins de longue durée donnent de l'information sur un seul des 8 domaines où des améliorations s'imposent; et les rapports destinés aux PDG des hôpitaux ne donnent de l'information que sur 1 des 12 domaines où des améliorations s'imposent. En ne présentant pas de données comparatives sur tous les domaines où des améliorations s'imposent en priorité à l'échelle de la province, QSSO rate une occasion de contribuer à des améliorations dans ces domaines. Des extraits de rapports personnalisés se rapportant à des médecins fournissant des soins primaires, à des médecins fournissant des soins à des résidents de foyers de soins de longue durée et à des PDG d'hôpitaux sont présentés aux **annexes 6, 7 et 8**, respectivement.

Médecins : Les rapports sur la pratique à l'intention des médecins des soins primaires sont offerts depuis mai 2014; il s'agissait de rapports annuels jusqu'en 2016-2017, mais depuis, ils sont produits semestriellement. Le rapport de 2017 présente des données sur le rendement du médecin dans les domaines des taux de dépistage du cancer,

de la gestion du diabète, des taux de prescription d'opioïdes et de l'utilisation des services de santé (par exemple le taux de visites aux services des urgences). Toutefois, il ne renferme pas de données indiquant si les patients ont pu avoir accès aux soins le jour même ou le lendemain quand ils étaient malades ou avaient des préoccupations au sujet de leur santé, même si c'est là un domaine d'amélioration prioritaire pour la province qui est revenu chaque année depuis 2011.

Médecins qui pratiquent dans les foyers de soins de longue durée : Les rapports sur la pratique des médecins qui soignent les résidents des foyers de soins de longue durée ont commencé à être produits en septembre 2015. Ils se concentrent sur la priorité de réduire le nombre de prescriptions d'antipsychotiques et de benzodiazépine (pour l'insomnie et l'anxiété) aux résidents des foyers. Toutefois, ce rapport personnalisé ne rend pas compte du rendement du médecin par rapport à d'autres priorités provinciales clés comme le taux de visites des résidents aux services d'urgence des hôpitaux pour des problèmes de santé évitables, comme des blessures consécutives à une chute.

PDG des hôpitaux : En septembre 2016, QSSO a publié un premier rapport personnalisé sur le rendement des hôpitaux qui visait la période de 2010-2011 à 2014-2015; il a été remis à tous les PDG d'hôpitaux, qui étaient censés le diffuser aux administrateurs des hôpitaux, aux médecins, aux infirmières et aux spécialistes de l'amélioration de la qualité. Depuis, QSSO a publié deux autres numéros de ce rapport, en février et en décembre 2017. Le rapport a été créé en collaboration avec Choisir avec soin Canada, organisme national qui préconise la réduction des tests, traitements et procédures inutiles ainsi que des tests préopératoires avant les interventions chirurgicales qui présentent peu de risques. Le rapport compare le rendement des hôpitaux à titre individuel à celui d'autres hôpitaux de l'Ontario au chapitre du recours aux tests préopératoires. Cependant, QSSO a déterminé un certain nombre d'autres priorités provinciales pour les hôpitaux

(comme le taux de réadmission des patients dans les 30 jours et le nombre de jours que les patients passent à l'hôpital en attendant un lit de soins de longue durée ou des soins à domicile) qui ne sont pas incluses dans le rapport sur le rendement des hôpitaux. Pour que les hôpitaux puissent profiter au maximum de ces rapports personnalisés qui leur sont destinés, QSSO pourrait y inclure des données sur leur rendement à l'égard de toutes les priorités provinciales en matière d'amélioration.

Les hôpitaux et Choisir avec soin Canada auraient aimé continuer de recevoir le rapport sur le rendement des hôpitaux, mais au moment de notre audit, QSSO ne s'était pas engagé à en publier d'autres numéros. QSSO nous a indiqué qu'il souhaite plutôt élargir au secteur hospitalier les rapports qu'il publie déjà sur la pratique des médecins.

QSSO nous a dit que les domaines d'amélioration pour lesquels il présente de l'information aux médecins dans les rapports personnalisés sont les domaines dans lesquels les médecins à titre individuel peuvent exercer la plus grande influence pour apporter des améliorations dans les domaines prioritaires et les éléments pour lesquels il existe des données ventilées au niveau des médecins. En ce qui concerne les rapports personnalisés à l'intention des PDG d'hôpitaux, les hôpitaux ont accès à des quantités significatives de données pertinentes d'autres sources.

4.2.3 Les médecins ne sont pas obligés de recevoir de rapports personnalisés, ce qui réduit l'efficacité globale que ces rapports pourraient avoir

QSSO produit des rapports personnalisés destinés aux médecins des soins primaires et aux médecins qui pratiquent dans les foyers de soins de longue durée dans l'intention de favoriser des améliorations, mais il ne peut pas distribuer ces rapports à moins que les médecins l'aient demandé de leur plein gré. Une campagne de promotion que QSSO a menée en 2017-2018 à l'intention des médecins des soins primaires a connu un certain

succès : le nombre de médecins qui reçoivent les rapports est passé de 784 en 2016-2017 à 2 729 en 2017-2018. Mais la majorité des médecins (entre 70 % et 80 %) ne reçoivent toujours pas le rapport.

Plus précisément, en juillet 2018, seulement 23 % des médecins des foyers de soins de longue durée et 32 % des médecins des soins primaires qui ne pratiquent pas dans un centre de santé communautaire s'étaient inscrits pour recevoir les rapports. Les médecins qui pratiquent dans un centre de santé communautaire ne peuvent pas recevoir de rapports personnalisés parce que les patients ne sont pas confiés à un médecin en particulier, mais peuvent être vus par n'importe quel médecin disponible dans le centre. Les directeurs généraux des centres de santé communautaires et des équipes de santé familiale peuvent s'inscrire pour recevoir des rapports combinés au niveau du centre ou de l'équipe. En juillet 2018, 90 % de ces directeurs généraux s'étaient inscrits pour recevoir de tels rapports généraux.

Selon nos discussions avec lui, le personnel de QSSO est d'avis qu'il ne devrait pas être optionnel pour les médecins de recevoir des données personnalisées confidentielles mettant l'accent sur les améliorations à apporter à leur pratique. Toutefois, QSSO ne peut pas simplement envoyer ces rapports à tous les médecins parce que ni l'organisme ni le Ministère n'ont directement accès à des adresses de courriel valides des médecins reliées à leur numéro de membre de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (ce numéro est nécessaire pour que les données confidentielles ne soient transmises qu'au médecin concerné).

Nous avons discuté avec des groupes d'intervenants de la raison pour laquelle certains médecins hésitent à s'inscrire pour recevoir les rapports personnalisés. Certains intervenants sont d'avis que l'utilité des rapports est limitée parce que les données n'indiquent pas à quels patients du médecin elles se rapportent en particulier. Voici des exemples de la rétroaction recueillie :

- Sans données au niveau des patients, les médecins sont obligés de fouiller dans leurs

dossiers pour repérer les patients dont il s'agit. Ce processus nécessiterait beaucoup de temps que le médecin ne pourrait pas consacrer à ses patients.

- Certains omnipraticiens craignaient que s'ils s'inscrivent pour recevoir les rapports, les données puissent être utilisées à des fins disciplinaires.
- Il se peut que les médecins soient peu nombreux à s'inscrire pour recevoir les rapports parce qu'il n'y a aucune conséquence prévue pour ceux qui ne s'inscrivent pas.

Ni la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé* ni la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* n'autorisent QSSO à avoir accès aux dossiers de santé personnels pour produire des rapports personnalisés à l'intention des médecins. QSSO n'est donc pas en mesure de désigner dans les rapports personnalisés les patients dont le traitement n'a peut-être pas été adéquat.

Un rapport qu'un consultant a remis à QSSO en 2017 recommandait que l'organisme commande une étude indépendante pour mieux délimiter les questions d'ordre stratégique et technique entourant l'obtention de renseignements personnels sur la santé afin de mieux s'acquitter du mandat qui lui a été conféré par la loi. Huit des 11 fournisseurs de données auxquels QSSO a eu recours pour produire son rapport annuel de 2017 sur le rendement du système de santé ont accès à des données au niveau des patients. Au moment de notre audit, QSSO n'avait pas commandé l'étude indépendante recommandée par le consultant.

En mars 2018, QSSO a demandé au Ministère de l'autoriser à fournir aux médecins des données confidentielles et protégées ventilées au niveau des patients au sujet des opioïdes qu'ils prescrivaient, et ce, en utilisant des données accessibles chez les fournisseurs de données qui sont actuellement autorisés à détenir des données au niveau des patients. Le Ministère nous a dit qu'il serait disposé à examiner une requête de QSSO demandant à avoir un accès accru à des renseignements

personnels sur la santé, mais que des changements législatifs ou réglementaires seraient nécessaires pour autoriser un tel accès. Des approbations seraient nécessaires de la part du gouvernement ainsi qu'une consultation auprès du Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'Ontario avant que l'accès de QSSO à de telles données puisse être élargi. Le Ministère a ajouté qu'il devrait commencer par évaluer la question de savoir si le fait d'accorder à QSSO un accès aux renseignements personnels des patients contribuerait à améliorer la qualité en ce qui touche la fourniture des soins de santé et l'expérience des patients et des soignants.

Nous avons communiqué avec trois organismes provinciaux (le Health Quality Council de l'Alberta, le Health Quality Council de la Saskatchewan et le Conseil du Nouveau-Brunswick en matière de santé) qui ont un mandat semblable consistant à produire des rapports publics sur le rendement du système de santé, et nous avons constaté que les trois organismes étaient autorisés par la loi à accéder à des données au niveau des patients. Cependant, seule l'Alberta transmettait aux médecins des données au niveau des patients sur les prescriptions d'opioïdes, mais cela se faisait par l'entremise du College of Physicians and Surgeons (Ordre des médecins et des chirurgiens) de l'Alberta.

RECOMMANDATION 3

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit évaluer la question de savoir s'il est nécessaire d'accorder à QSSO un accès aux données au niveau des patients afin que cet organisme soit plus à même de s'acquitter de son mandat d'appuyer l'amélioration constante de la qualité.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) effectuera une évaluation afin de déterminer s'il est nécessaire que Qualité des services de santé Ontario (QSSO) ait accès

aux renseignements personnels des patients pour s'acquitter de son mandat aux termes de la loi, par exemple afin d'incorporer à ses rapports confidentiels sur la pratique des médecins des données au niveau des patients. Toute décision du Ministère à cet égard reposera sur une estimation de l'utilité que les données au niveau des patients présenteraient pour les activités de QSSO, de même que sur des consultations auprès des parties concernées, notamment le commissaire à l'information et à la protection de la vie privée.

4.2.4 QSSO n'a pas évalué pleinement l'efficacité des rapports personnalisés sur le rendement

On peut penser que les rapports sur la pratique des médecins seraient plus utiles pour ces derniers que le rapport annuel sur le rendement du système, parce qu'ils renferment des renseignements sur le rendement qui sont propres aux médecins dont la pratique est examinée.

De plus, ces rapports proposent aussi des idées pour améliorer la qualité. Par exemple, dans le cas des patients qui prennent des opioïdes pour la douleur chronique, le rapport renvoie les médecins aux normes de soins cliniques de QSSO sur la prescription d'opioïdes pour la douleur chronique et à des hyperliens menant à des cours de perfectionnement professionnel à l'intention des médecins sur les façons d'aider les patients à gérer la douleur. Le rapport personnalisé destiné aux PDG des hôpitaux propose des idées pour aider l'hôpital à réduire le taux de tests inutiles en présentant un lien menant directement aux recommandations pertinentes, aux outils et aux lignes directrices préopératoires de Choisir avec soin Canada.

Même si de tels renseignements pratiques et précis conçus pour apporter des améliorations au chapitre de la qualité sont conformes aux recommandations de certains intervenants, QSSO ne dispose que d'information limitée pour

déterminer si ces rapports donnent les résultats attendus. De plus, au moment de notre audit, QSSO n'avait pas mené d'évaluation systématique afin de savoir dans quelle mesure ces rapports avaient été efficaces en vue de modifier les comportements des médecins et d'améliorer les résultats au chapitre des soins de santé.

Nous n'avons noté qu'un seul examen mené par QSSO pour évaluer l'efficacité de ses rapports de pratique personnalisés. Cet examen, qui a eu lieu en 2017, a porté sur les médecins qui pratiquent dans les foyers de soins de longue durée qui avaient demandé de recevoir les rapports. L'examen a permis de constater une amélioration modeste du taux d'utilisation d'antipsychotiques par les résidents des foyers de soins de longue durée pour lesquels ces médecins étaient les prescripteurs. Plus précisément, on a constaté une baisse de 3 % du pourcentage de jours pendant lesquels les résidents des foyers de soins de longue durée prenaient des antipsychotiques, par rapport à une réduction de 2 % chez les médecins qui n'avaient pas demandé de recevoir les rapports sur la pratique.

RECOMMANDATION 4

Pour maximiser la probabilité que les organismes et les médecins reçoivent des rapports de rendement personnalisés axés sur l'amélioration de la qualité et puissent aisément prendre des mesures pour donner suite à l'information qu'ils présentent, nous recommandons que Qualité des services de santé Ontario (QSSO), en collaboration avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée :

- examine des possibilités d'augmenter le nombre de médecins des soins primaires et de médecins qui pratiquent dans des foyers de soins de longue durée qui reçoivent des rapports de pratique personnalisés et envisage de rendre obligatoires la réception et l'utilisation de ces rapports;
- s'efforce de faire en sorte que les médecins reçoivent des données ventilées au niveau

de leurs propres patients pour que leurs efforts d'amélioration de la qualité soient mieux ciblés;

- propose, dans les rapports destinés aux médecins et aux PDG des hôpitaux, des idées d'amélioration dans tous les domaines pertinents où des améliorations sont prioritaires à l'échelle provinciale;
- évalue l'efficacité des rapports sur la pratique des médecins lorsqu'il s'agit de modifier les comportements des médecins et d'améliorer les résultats au chapitre des soins de santé.

RÉPONSE DE QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO

Nous souscrivons à cette recommandation. QSSO prend note des obstacles pouvant empêcher que l'ensemble des médecins reçoivent un rapport personnalisé sur leur pratique, et il entend travailler en collaboration avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée afin que tous les médecins puissent recevoir et utiliser un tel rapport. Nous allons continuer d'examiner les possibilités de faire connaître les rapports et d'en faire la promotion auprès des médecins.

Nous visons à ce que, au cours des prochaines années, l'ensemble des omnipraticiens et des médecins spécialistes reçoivent et utilisent des rapports personnalisés sur leur pratique. Nous allons coopérer avec les partenaires pertinents du système de santé afin de progresser dans l'atteinte de cet objectif, et notamment avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée en vue d'incorporer aux rapports des données au niveau des patients, ce qui peut rendre ces documents plus utiles pour les médecins.

Au fil des travaux de préparation et d'amélioration des rapports sur la pratique des médecins, QSSO veillera à ce que les rapports rendent compte des idées relatives à l'apport d'améliorations dans les domaines pertinents qui sont prioritaires au niveau provincial.

Nous allons également travailler avec des évaluateurs pour que les rapports personnalisés et les outils de soutien connexes concordent avec les données probantes – de plus en plus nombreuses et en constante évolution – sur les meilleurs moyens d’appuyer l’amélioration des pratiques et d’évaluer l’efficacité des rapports sur la pratique afin d’aider les médecins à améliorer les résultats au chapitre des soins de santé. Ces activités comprendront le suivi des tendances qui se dégagent des indicateurs utilisés pour la préparation des rapports au fil du temps et la publication d’information à ce sujet.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) souscrit à cette recommandation.

Le Ministère va collaborer avec QSSO et consulter les parties concernées afin d’examiner les moyens possibles de hausser le pourcentage de médecins recevant les rapports personnalisés sur leur pratique; on étudiera notamment la possibilité de rendre obligatoire la réception du rapport.

Le Ministère est disposé à envisager des moyens d’élargir l’accès de QSSO à des renseignements personnels reliés à la santé s’il est possible de démontrer que cela est nécessaire à l’exécution du mandat confié à cet organisme aux termes de la loi.

Le Ministère coopérera avec QSSO en vue de déterminer, parmi tous les domaines d’amélioration prioritaires au niveau provincial, ceux à propos desquels il serait le plus utile de fournir des renseignements dans les rapports selon chaque secteur (par exemple les médecins de soins primaires et les médecins dispensant des soins dans des foyers de soins de longue durée).

Le Ministère est favorable à une évaluation permanente, par QSSO, de l’incidence et de l’efficacité des rapports sur la pratique des médecins.

4.2.5 QSSO n’a pas toujours déterminé la qualité et la fiabilité des données utilisées dans ses rapports et il peut arriver que des erreurs dans les données ne soient pas décelées

En 2017-2018, QSSO a versé environ 525 000 \$ à des fournisseurs de données de l’extérieur pour obtenir des données sur les indicateurs du rendement en matière de santé que l’organisme utilise dans ses rapports. Toutefois, QSSO n’a pas toujours défini et documenté clairement la responsabilité des fournisseurs de s’assurer que les données avaient été confirmées et étaient fiables.

Pour la production de son rapport *À la hauteur* de 2017, QSSO a obtenu des données de 11 fournisseurs (voir la **figure 3**). Toutefois, il n’a d’ententes contractuelles qu’avec cinq de ces fournisseurs. Une seule de ces ententes – avec Action Cancer Ontario – définit des mesures d’assurance de la qualité que le fournisseur de données adoptera pour assurer la fiabilité des données fournies.

Nous avons parlé à quatre fournisseurs de données, dont Action Cancer Ontario, qui fournissent des données pour 70 % des indicateurs du système de santé pour lesquels QSSO produit des rapports. Les quatre fournisseurs ont des processus internes pour assurer la fiabilité des données, mais sauf en ce qui concerne Action Cancer Ontario, QSSO n’a ni établi ni documenté avec ces fournisseurs des responsabilités claires en matière de fiabilité des données. Seulement deux fournisseurs – l’Institut canadien d’information sur la santé et l’Institut de recherche en services de santé (IRSS) – nous ont dit vérifier un échantillon de données au moyen des dossiers sources des organismes de soins de santé.

De plus, nous avons constaté que QSSO ne précise pas les procédures que le personnel chargé des examens de fiabilité des données devrait suivre. Chacun des neuf membres du personnel de QSSO qui fait de tels examens utilise sa propre méthode pour évaluer la qualité des données. Bien que ces

Figure 3 : Fournisseurs de données dont Qualité des services de santé Ontario a utilisé les données dans son Rapport annuel 2017 sur le rendement du système de santé (À la hauteur) et son supplément technique

Source des données : Qualité des services de santé Ontario

Fournisseurs de données	Nombre d'éléments* pour lesquels des données ont été fournies	% des éléments de données	Une entente a-t-elle été conclue avec le fournisseur de données?	L'entente prévoit-elle des mesures d'assurance de la qualité des données?
Institute for Clinical Evaluative Sciences	16	23	Oui	Non
Action Cancer Ontario	12	17	Oui	Oui
Ministère de la Santé et des Soins de longue durée	11	16	Non	s.o.
Institut canadien d'information sur la santé	10	14	Oui	Non
Statistique Canada	10	14	Non	s.o.
CorHealth Ontario (qui s'appelait autrefois Réseau des soins cardiaques de l'Ontario)	3	4	Oui	Non
Registre et réseau des bons résultats dès la naissance Ontario	2	3	Non	s.o.
Association des hôpitaux de l'Ontario	2	3	Non	s.o.
Santé publique Ontario	2	3	Non	s.o.
Enquêtes internationales du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé	1	1,5	Oui	Non
Services partagés Ontario (qui s'appelait autrefois Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario)	1	1,5	Non	s.o.
Totaux	70	100		

* Le rapport de 2017 présentait 56 indicateurs du rendement qui comportaient 70 éléments de données distincts.

s.o. : sans objet parce que ces organismes n'ont pas d'entente avec Qualité des services de santé Ontario.

employés présentent à la direction des données comparatives établies sur une base annuelle et par RLISS, nous n'avons à peu près rien trouvé qui puisse démontrer que la direction passe leur travail en revue pour en assurer l'uniformité et l'exactitude. En outre, QSSO n'a pas défini clairement ce qui constituerait des résultats inhabituels dans les données qui nécessiteraient des discussions plus poussées avec les fournisseurs de données.

En juin 2018, QSSO a découvert que l'un de ses fournisseurs de données, le Registre et réseau des bons résultats dès la naissance Ontario, avait fait une erreur dans la déclaration à QSSO de données sur les taux de naissances par césarienne dans les grossesses présentant peu de risques et QSSO avaient inclus les données erronées dans

son rapport annuel sur le rendement du système de santé. QSSO se propose de publier un correctif. Pour limiter les risques que de telles erreurs se produisent à l'avenir, QSSO se propose d'adopter un formulaire interne normalisé de demande de données; de mettre en place un processus normalisé pour documenter les erreurs et les corriger; et de demander de la documentation aux fournisseurs de données au sujet de leurs processus d'assurance de la qualité des données.

RECOMMANDATION 5

Pour améliorer l'exactitude et la fiabilité des données diffusées publiquement au sujet du système des soins de santé, nous recommandons que Qualité des services de santé Ontario (QSSO) :

- conclue avec chaque fournisseur de données une entente de partage des données qui définit clairement les responsabilités du fournisseur en matière de fiabilité des données ainsi que les procédures de vérification que le fournisseur devra suivre;
- mette en place un processus normalisé de vérification des données utilisées pour chaque indicateur qui ferait l'objet d'une surveillance systématique de la part de la direction;
- mette en place un processus de suivi centralisé de toutes les divergences et erreurs et des mesures prises pour les corriger.

RÉPONSE DE QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO

Qualité des services de santé Ontario (QSSO) souscrit à cette recommandation. Ainsi que cela est indiqué dans le rapport d'audit, QSSO ne dispose pas pour le moment du pouvoir de recueillir des renseignements personnels relatifs à la santé, et il doit compter à cet égard sur des partenaires de confiance qui possèdent un tel pouvoir aux termes de la loi. QSSO modifiera ses ententes avec les fournisseurs pour renforcer les dispositions relatives à la fiabilité, et il améliorera ses processus servant à détecter et à corriger les erreurs dans les données ainsi qu'à faire le suivi de cette information.

4.3 Qualité des services de santé (QSSO) rate des occasions de gagner du temps et d'économiser de l'argent en ne travaillant pas en collaboration pour faire les évaluations des technologies et des services de santé

4.3.1 QSSO ne collabore pas avec d'autres administrations ni n'utilise des travaux semblables déjà réalisés dans ses évaluations des technologies et des services de santé

QSSO pourrait gagner du temps et économiser de l'argent lorsqu'il s'agit d'évaluer des dispositifs médicaux ou des services de soins de santé en collaborant avec d'autres administrations ou en comptant sur des travaux semblables déjà réalisés dans d'autres provinces ou sur les travaux de l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS). Toutefois, QSSO n'a pas de méthode pour collaborer avec d'autres administrations pour les évaluations et ne se renseigne pas non plus sur les travaux qui sont menés dans d'autres administrations.

QSSO présente à la ministre des recommandations reposant sur des données probantes au sujet du financement public des services de soins de santé et des dispositifs médicaux. Selon QSSO, les évaluations ont pour but de déterminer les services de soins de santé et les dispositifs médicaux existants ou nouveaux qui sont les plus susceptibles d'améliorer la qualité des services de santé en Ontario selon un bon rapport coût-efficacité. L'une des évaluations de technologies de la santé que QSSO a réalisées récemment est celle d'un appareil portatif aux rayons ultraviolets qui permet de désinfecter les surfaces et ainsi de réduire les infections nosocomiales. L'une des évaluations portant sur les services de soins de santé que QSSO a réalisées récemment est celle des services de psychothérapie individuelle ou de groupe dispensés par des

personnes qui ont reçu une formation mais qui ne sont pas des médecins pour des cas de dépression clinique et de trouble d'anxiété généralisée.

QSSO nous a dit que lorsqu'il entreprend une évaluation, il est très rare qu'une autre province ou que l'ACMTS ait terminé ou commencé une évaluation sur la même question. Nous avons examiné les évaluations faites par QSSO au cours des trois dernières années, et nous les avons comparées aux évaluations faites dans d'autres administrations. Nous en avons trouvé quatre sur des questions qui avaient été évaluées récemment dans une autre administration (chirurgie de la prostate assistée par robot, traitement contre la dépression, traitement pour des tumeurs de l'utérus et greffe de cellules dans les cas de diabète de type 1); trois avaient été faites par la province de l'Alberta et la quatrième par Healthcare Improvement Scotland, qui est un organisme du gouvernement de l'Écosse.

Dans trois de ces quatre évaluations, QSSO en est arrivé à la même conclusion que l'autre administration au sujet de l'efficacité de la technologie ou du service. L'évaluation des chirurgies de la prostate assistées par robot est l'exception : l'Alberta était partiellement en faveur alors que QSSO n'était pas en faveur. QSSO était au courant des trois évaluations menées par l'Alberta, mais ne s'est appuyé que sur l'une d'entre elles. Selon QSSO, le fait de compter sur les évaluations d'autres administrations lui a probablement permis de gagner du temps et d'économiser de l'argent, mais il ne pouvait pas quantifier les économies. Quand il a commencé son évaluation sur la question que Healthcare Improvement Scotland était déjà en train d'évaluer, QSSO n'était pas au courant de ces travaux déjà en cours.

La plupart des autres administrations au Canada comptent sur les évaluations des dispositifs médicaux et des services de soins de santé faites par l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (voir l'**annexe 3**), qui a été créée en 1989 par le gouvernement fédéral et les autorités provinciales et territoriales du Canada

pour assurer une démarche coordonnée en matière d'évaluation.

D'après QSSO, des évaluations semblables ont pu être faites ailleurs, mais selon le genre de dispositif ou de service évalué, il doit déterminer que l'évaluation tient compte de la façon dont les services de santé sont dispensés en Ontario et des besoins particuliers de la population ontarienne. De plus, la composante économique de l'évaluation doit généralement reposer sur une perspective ontarienne (ou du moins canadienne) parce que les coûts sont presque toujours propres à une administration en particulier. QSSO consulte des cliniciens de l'Ontario pour comprendre comment le service de soins de santé ou le dispositif médical sera utilisé dans la province.

Quoi qu'il en soit, en janvier 2017, QSSO a amorcé des discussions formelles avec l'ACMTS au sujet d'une collaboration en matière d'évaluation. En juillet 2018, les deux parties travaillaient conjointement à trois évaluations et QSSO pilotait deux d'entre elles. Ces trois évaluations portent sur une intervention chirurgicale très peu invasive du glaucome, des thérapies cognitivo-comportementales dispensées par Internet et un mode de surveillance ultra-rapide de la glycémie. Chacune de ces évaluations s'accompagne d'une entente sur le mandat du projet qui définit les responsabilités de chaque partie et les délais de réalisation.

Le Ministère et les intervenants préconisent davantage de collaboration pour accélérer les évaluations

Selon les lignes directrices de QSSO, la réalisation d'une évaluation et son approbation par le conseil d'administration de QSSO devraient prendre entre 48 et 52 semaines. Au cours des trois derniers exercices (de 2015-2016 à 2017-2018), ce processus a pris entre 37 et 93 semaines (voir la **figure 4**). Plus de 40 % de ce temps est consacré à la réalisation de l'évaluation; le reste est consacré à l'examen initial que le Ministère effectue, à la consultation publique et à la correction du rapport.

Figure 4 : Temps qu'il a fallu pour faire une évaluation d'une technologie de la santé au cours des trois dernières années

Source des données : Qualité des services de santé Ontario

	Nombre d'évaluations de technologies de la santé réalisées	Durée la plus courte (en semaines)	Durée la plus longue (en semaines)	Médiane (en semaines)
2015-2016	10*	46	87	68
2016-2017	11	49	88	70
2017-2018	12	37	93	65

* Douze évaluations ont été réalisées en tout, mais dix seulement ont fait l'objet d'un suivi parce que l'outil de suivi a été adopté en 2015-2016.

En 2017-2018, QSSO a consacré 4,7 millions de dollars en tout (4,2 millions de dollars en 2016-2017) à des évaluations qui ont demandé l'équivalent de 34 employés à temps plein.

En général, l'évaluation d'un dispositif médical comprend un examen clinique de toutes les preuves pertinentes publiées au sujet des avantages et des inconvénients de la technologie; une estimation économique afin de déterminer les coûts et les répercussions budgétaires possibles pour le gouvernement provincial; et un plan de mobilisation des patients pour tenir compte des préférences des patients et de leurs valeurs par rapport à la technologie. QSSO nous a dit que le volet économique de l'évaluation, en particulier l'incidence budgétaire, doit être propre à la province.

Le Ministère nous a appris qu'il avait eu des discussions avec QSSO au sujet de la possibilité de réaliser les évaluations plus rapidement lorsqu'il y a des preuves claires de l'efficacité de la technologie. Selon le rapport d'un consultant produit en 2018 au sujet du programme d'évaluation des technologies de la santé de QSSO, [traduction] « la majorité des intervenants consultés souhaite que QSSO publie ses recommandations plus rapidement afin que le programme soit plus adaptable à l'évolution du paysage des technologies de la santé. Certaines démarches proposées comprenaient notamment l'adoption d'une méthodologie d'examen accéléré reposant sur une collaboration avec d'autres organismes de même nature. » L'intervenant a également fait remarquer que [traduction]

« la collaboration avec d'autres programmes d'évaluation des technologies de la santé pour arrêter des principes directeurs et des processus collectifs [...] pourrait donner lieu à un processus conjoint d'examen de telle ou telle technologie qui a été définie comme étant une priorité. Cela pourrait permettre de réduire le chevauchement des activités d'évaluation. »

L'un des grands groupes d'intervenants avec lequel nous avons parlé estimait qu'un organisme central d'évaluation des technologies pour l'ensemble du Canada qui serait doté d'une base de données centralisée réunissant les évaluations menées dans toutes les administrations permettrait de rationaliser les activités et de réduire les chevauchements. Le groupe pensait également que si une technologie était adoptée avec succès dans une administration, QSSO devrait pouvoir utiliser les travaux déjà effectués dans cette administration, de sorte qu'il n'aurait pas à faire sa propre évaluation et qu'il pourrait ainsi gagner du temps et économiser de l'argent. De l'avis du groupe d'intervenants, QSSO devrait quand même faire un contrôle diligent de l'évaluation de l'autre administration, pour confirmer que la recherche sur laquelle repose ladite évaluation est de grande qualité, et il devrait élaborer un modèle économique pour l'Ontario, mais il pourrait quand même gagner beaucoup de temps et économiser beaucoup d'argent.

Nous avons constaté que dans des pays comme l'Australie, l'Angleterre et l'Écosse, les organismes

font aussi des évaluations des technologies et des services de santé. QSSO pourrait collaborer avec ces organismes ou se fier à des évaluations faites dans d'autres pays.

En 2016, l'Union européenne a lancé une initiative visant à renforcer la collaboration entre ses pays membres au chapitre de la réalisation d'évaluations des technologies de la santé. L'objectif de cette collaboration proposée est de « gommer certaines des divergences causées sur le marché intérieur des technologies de la santé par les différences procédurales et méthodologiques des évaluations cliniques effectuées dans les États membres et remédier à la répétition inutile de ces évaluations à travers l'Union ».

RECOMMANDATION 6

Pour que Qualité des services de santé Ontario (QSSO) soit en mesure de réaliser les évaluations des technologies et des services de santé plus efficacement et plus rapidement, nous recommandons :

- qu'il rationalise le processus d'évaluation des technologies et des services de santé lorsque d'autres administrations ont déjà adopté avec succès la technologie ou le service à l'étude;
- qu'il détermine s'il serait plus rapide et plus rentable d'adopter, quand c'est approprié, les résultats des évaluations effectuées par l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS) ou de travailler conjointement à des évaluations de technologies ou de services de santé pour l'Ontario.

RÉPONSE DE QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO

Nous souscrivons à cette recommandation.

Au printemps de 2018, Qualité des services de santé Ontario (QSSO) a commencé à élaborer un processus rationalisé qui sera utilisé lorsque d'autres administrations ont déjà évalué et mis en oeuvre les technologies médicales ou les

services de soins de santé à l'étude. Un schéma de processus général a été établi, et au moins un sujet sera examiné au moyen de ce processus accéléré d'ici la fin du présent exercice.

Au cours de la dernière année, QSSO a conclu une entente de partenariat avec l'Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé. L'entente a été signée officiellement en septembre 2018 et, ainsi que cela est précisé dans le rapport, nous travaillons déjà de concert dans le cadre de trois évaluations.

4.3.2 Les évaluations des technologies et des services de santé ont coûté près de 5 millions de dollars en 2017-2018, mais QSSO ne fait pas de contrôle pour déterminer si ces technologies ou ces services sont bel et bien utilisés

En 2017-2018, le coût moyen d'une évaluation des technologies ou des services de santé a été de 380 000 \$. QSSO a terminé 12 évaluations au cours de cet exercice pour un coût total de 4,7 millions de dollars. Cependant, ni QSSO, ni le Ministère, ni les RLISS ne procèdent activement à un suivi pour déterminer si les dispositifs médicaux et les services de soins de santé recommandés par QSSO et acceptés ou approuvés par le Ministère sont utilisés par les fournisseurs de services de soins de santé. Sans mesurer le taux réel d'adoption des technologies ou des services recommandés par QSSO chez les fournisseurs de soins de santé ni relier l'utilisation des dispositifs ou des services à des mesures appropriées du rendement du système de santé, QSSO ne peut pas déterminer si ses évaluations ont eu des répercussions réelles sur la qualité des services de santé.

QSSO prévoyait que les 12 évaluations réalisées en 2017-2018 pourraient avoir des répercussions pour plus de 300 000 Ontariens et Ontariennes annuellement. QSSO a recommandé au gouvernement de financer le dispositif ou le service qui avait été évalué dans 7 de ces

12 évaluations, ce qui allait coûter entre 40 et 115 millions de dollars annuellement pour la province. Dans le cas de quatre des cinq autres évaluations, QSSO a recommandé que le gouvernement ne finance pas les dispositifs médicaux ni les services examinés; pour l'une de ces évaluations, aucune recommandation n'a été faite à cause de la mauvaise qualité des éléments de preuve. En dépit des importants coûts qui sont consacrés à la réalisation des évaluations et à des projections des coûts et avantages, ni le Ministère, ni les RLISS, ni QSSO ne surveillent l'adoption de l'appareil médical ou du service de soins de santé recommandé, ni ne mesurent ses répercussions financières et ses conséquences pour la santé. Lors de l'examen le plus récent du programme, qui a été mené en 2018 par un consultant de l'extérieur, des observations semblables ont été faites au sujet de l'absence de suivi des répercussions des recommandations.

La position de QSSO est qu'il n'a pas les ressources nécessaires pour faire un suivi afin de déterminer dans quelle mesure les appareils ou les services recommandés ou approuvés par le Ministère ont bel et bien été adoptés.

Par ailleurs, le Ministère serait en mesure de faire un suivi de la mise en oeuvre des services de santé recommandés par QSSO et acceptés par le Ministère en établissant des codes de facturation à l'acte pour de tels services. Toutefois, le Ministère ne fait pas de suivi, et il nous a dit qu'il n'était pas en mesure de nous indiquer avec certitude les répercussions financières des recommandations de QSSO qu'il a mises en oeuvre.

Le Ministère n'est pas toujours en mesure d'évaluer la mise en oeuvre des recommandations de QSSO qu'il a acceptées en matière d'équipement médical et de dispositifs médicaux, parce qu'il ne verse pas de financement directement aux fournisseurs de services de santé pour ce genre d'équipement et de dispositifs. Les fournisseurs de services, comme les hôpitaux, reçoivent plutôt du financement des RLISS pour leurs activités générales dont ils peuvent consacrer une partie

à l'achat d'équipement médical. Pour déterminer si les fournisseurs de soins de santé ont respecté les recommandations de QSSO acceptées par le Ministère et ont acheté l'équipement, il faudrait communiquer avec eux directement. Ni le Ministère, ni les RLISS (qui financent les fournisseurs de soins de santé), ni QSSO ne font de suivi auprès des fournisseurs de soins de santé.

En 2009, soit avant l'élargissement du mandat de QSSO, qui remonte à 2011, le Ministère et le Comité consultatif ontarien des technologies de la santé (voir l'**annexe 1**) ont produit un rapport de suivi de l'adoption de certaines recommandations faites à l'époque par le Comité, lorsque des données existaient, en faisant un suivi de l'utilisation des appareils ou des services au fil du temps et par région. QSSO a produit un rapport de suivi semblable en 2013 et en 2014, mais il a cessé de le produire, car, selon QSSO, le rapport demandait beaucoup de ressources alors que son intérêt n'était pas significatif, car il était difficile de dire, à partir des données disponibles, si les services de soins de santé et les dispositifs médicaux étaient utilisés comme il se doit.

Il est ressorti de nos discussions avec le Ministère, avec QSSO et avec d'autres intervenants qu'il n'y a actuellement aucune partie prenante qui serait chargée de veiller à l'adoption des dispositifs médicaux ou des services de soins de santé recommandés au niveau des fournisseurs. C'est à chaque organisme qu'il incombe de mettre en oeuvre les dispositifs médicaux, les technologies ou les services de santé approuvés.

De plus, QSSO ne met pas en place de stratégies d'adoption ni de soutien pour aider les fournisseurs de soins de santé à adopter les dispositifs ou les services qu'il a recommandés. Mais QSSO prévoit des stratégies d'adoption pour les normes de soins cliniques qu'il établit (ce qu'il appelle des recommandations d'adoption).

RECOMMANDATION 7

Pour assurer une mise en oeuvre plus générale des dispositifs médicaux et des services de soins de santé recommandés par Qualité des services de santé Ontario (QSSO) et acceptés par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée, nous recommandons que QSSO fournisse l'orientation et le soutien requis pour aider les fournisseurs de soins de santé à utiliser et à mettre en oeuvre les dispositifs médicaux et les services de soins de santé recommandés dans les cas où le taux d'adoption se révèle faible.

RÉPONSE DE QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO

Qualité des services de santé Ontario (QSSO) souhaite aider à faire en sorte que ses recommandations, fondées sur des données factuelles, à propos des services de soins de santé et des dispositifs médicaux devant faire l'objet d'un financement public soient mises en oeuvre, de manière à améliorer de façon significative les résultats relatifs à la santé des Ontariens.

Il n'est pas facile de déterminer si un taux d'adoption est trop bas, s'il est trop élevé, ou s'il est à peu près adéquat, et cela peut mobiliser beaucoup de ressources. Lorsque les données probantes disponibles indiquent que le taux d'adoption est trop bas, QSSO fournira une orientation et un soutien pour appuyer de différentes façons la mise en oeuvre de ses recommandations. La nature du soutien offert variera en fonction du dispositif ou du service, et également selon qu'il y a ou non un organisme partenaire qui sera lui aussi en mesure d'appuyer la mise en oeuvre. Nous allons travailler en collaboration avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée ainsi qu'avec d'autres partenaires pour veiller à ce que le soutien destiné aux fournisseurs de soins de santé soit fourni par l'organisme approprié lorsque l'on déterminera que les taux d'adoption sont bas.

4.4 Les normes de soins cliniques recommandées et les améliorations dans des domaines désignés par Qualité des services de santé Ontario (QSSO) ne sont pas mises en oeuvre

4.4.1 Il se peut que les organismes de soins de santé aient besoin de plus de directives pour la mise en oeuvre des normes de soins cliniques recommandées par QSSO

En 2017-2018, QSSO a publié neuf normes de soins cliniques (voir la **figure 5**) qui, selon les estimations de l'organisme, pourraient toucher entre 13 000 et 4,3 millions de patients. Les normes de soins cliniques visent des états de santé ou des domaines où l'on constate de grandes variations dans la façon dont les soins sont dispensés ou des lacunes dans les soins dispensés en Ontario par rapport aux soins que les patients devraient recevoir. Par exemple, en 2014-2015, le pourcentage de patients qui ont attendu plus de 48 heures pour une intervention chirurgicale à la suite d'une fracture de la hanche variait de 2 % à 45 % selon l'hôpital.

Pour chaque norme de soins cliniques, QSSO établit de multiples énoncés de qualité et recommandations pour adoption. Par exemple, la norme de soins cliniques pour les fractures de la hanche qui a été publiée en octobre 2017 s'accompagnait de 15 énoncés de qualité censés guider et informer les cliniciens et les patients sur ce qui constituait des soins de grande qualité pour une fracture de la hanche. Ainsi, selon l'un des 15 énoncés de qualité, les patients s'étant fracturé la hanche devraient être opérés dans les 48 heures de leur arrivée dans un hôpital. De plus, QSSO produit des recommandations pour adoption qui sont censées aider le secteur des soins de santé à mettre la norme en oeuvre. La norme de soins pour une fracture de la hanche s'accompagnait de 18 recommandations. QSSO indique quelles parties prenantes dans le système des soins de santé sont responsables de donner

Figure 5 : Normes de soins cliniques, énoncés de qualité et recommandations à mettre en oeuvre produits par Qualité des services de santé Ontario entre mai 2015 et septembre 2018

Source des données : Qualité des services de santé Ontario

	Date de lancement	Norme de soins cliniques	Nombre d'énoncés de qualité	Nombre de recommandations à mettre en oeuvre
1	Octobre 2016	Symptômes comportementaux de la démence	14	11
2	Octobre 2016	Dépression clinique	12	14
3	Octobre 2016	Schizophrénie (soins actifs)	11	7
4	Octobre 2017	Ménorragies	14	11
5	Octobre 2017	Fracture de la hanche	15	18
6	Décembre 2017	Ulcère du pied diabétique	12	18
7	Décembre 2017	Ulcères de jambe veineux/mixtes	13	20
8	Décembre 2017	Plaies de pression	13	18
9	Mars 2018	Démence (soins dispensés dans la collectivité)	10	19
10	Mars 2018	Trouble lié à l'usage d'opioïdes	11	27
11	Mars 2018	Prescription d'opioïdes pour soulager la douleur aiguë	9	17
12	Mars 2018	Prescription d'opioïdes pour soulager la douleur chronique	10	18
13	Avril 2018	Soins palliatifs	13	23
14	Avril 2018	Accouchement vaginal après une césarienne	9	14
Total		166	235	235

suite à chaque recommandation, soit le Ministère, les RLIS, les partenaires du système (associations de réglementation, groupes de défense des droits et programmes d'éducation), les hôpitaux, les foyers de soins de longue durée et d'autres organismes et les fournisseurs de soins de santé.

Entre mai 2015 et septembre 2018, QSSO a publié 14 normes de soins cliniques s'accompagnant de 166 énoncés de qualité et de 235 recommandations de mise en oeuvre (voir la **figure 5**). Environ le quart des recommandations formulées en 2017 et en 2018 était destiné à de multiples organismes de soins de santé.

Selon les personnes à qui nous avons parlé, les intervenants aimeraient davantage de lignes directrices pour la mise en oeuvre des normes. QSSO n'évalue pas pour l'instant la formation et les ressources dont pourraient avoir besoin les fournisseurs de soins de santé pour mettre en oeuvre une norme de soins cliniques.

Un intervenant a fait remarquer que compte tenu du grand nombre de normes de soins cliniques

déjà publiées par QSSO et de normes encore à venir, des plans d'action et des mesures de soutien s'imposent pour guider les hôpitaux, les services de soins communautaires et les médecins des soins primaires dans la mise en oeuvre de ces normes. L'intervenant a ajouté qu'il serait utile de savoir quelles sont les stratégies d'amélioration de l'Ontario et quelles normes sont prioritaires, car les fournisseurs de soins de santé ne peuvent pas travailler à la mise en oeuvre de toutes les normes en même temps. Il était également d'avis que le Ministère devrait jouer un rôle de leadership pour aider les secteurs à adopter les nouvelles normes.

QSSO nous a dit que les normes de soins cliniques qu'il avait publiées ou auxquelles il était en train de travailler, même si elles sont conçues pour s'appliquer systématiquement, peu importe le contexte dans lequel les patients reçoivent des soins, ne se répercuteraient pas sur tous les secteurs de la même façon. Elles ne s'appliqueraient pas non plus de manière égale à tous les fournisseurs de soins de santé dans un même secteur. Cependant,

QSSO a fait remarquer qu'il n'a pas cartographié en détail la façon dont chaque énoncé de qualité s'applique à tel ou tel secteur en particulier pour chaque nouvelle norme de soins. C'est peut-être là un des facteurs qui expliquent que les organismes se sentent dépassés parce qu'ils pensent que tous les énoncés s'appliquent à eux. QSSO se propose de prendre des mesures en réponse aux rétroactions des intervenants.

RECOMMANDATION 8

Pour que les fournisseurs de soins de santé adoptent rapidement les normes de soins cliniques et pour réduire les variations dans les soins à l'échelle de l'Ontario, nous recommandons que Qualité des services de santé Ontario (QSSO), en collaboration avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée :

- produise du matériel de formation et du soutien pour chaque norme de soins cliniques, s'il y a lieu;
- évalue les avantages qu'il pourrait y avoir à faire adopter les normes de soins cliniques par l'entremise des réseaux locaux d'intégration des services de santé.

RÉPONSE DE QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO

Nous souscrivons à cette recommandation. Qualité des services de santé Ontario (QSSO) convient qu'il est important de miser sur des mesures de soutien appropriées pour aider les fournisseurs à adopter et à mettre en application les normes de soins cliniques. À l'heure actuelle, les normes de qualité sont assorties d'une orientation que nous fournissons à l'intention des organismes de soins de santé et d'autres partenaires pour les aider à utiliser lesdites normes à des fins d'amélioration de la qualité, amélioration que l'on mesurera à partir de données factuelles (relativement aux recommandations à adopter). Nous convenons également qu'une formation et un soutien

complémentaires pourraient être utiles, et nous examinerons les mesures que nous pourrions prendre à cet égard, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) ainsi qu'avec d'autres partenaires du système de santé.

QSSO travaillera de concert avec le Ministère en vue d'évaluer les avantages qu'il y aurait à rendre exécutoires les normes de soins cliniques. Cette évaluation comportera une étude des mesures prises par d'autres administrations comparables à celle de l'Ontario pour appuyer l'adoption rapide de normes de soins cliniques.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) souscrit à cette recommandation. Il encouragera QSSO à continuer d'utiliser des outils et des ressources pour aider les fournisseurs à utiliser les normes de soins cliniques, et il se penchera sur la possibilité de préparer du matériel de formation et de soutien plus ciblé lorsque l'on constate qu'un besoin existe. Le Ministère convient aussi d'envisager des moyens de renforcer l'adoption et la mise en application des normes de soins cliniques de QSSO par l'intermédiaire des réseaux locaux d'intégration des services de santé.

4.4.2 Les hôpitaux risquent d'afficher un rendement inférieur s'ils ne se concentrent pas sur des efforts d'amélioration dans les domaines prioritaires

Il y a des hôpitaux qui n'intègrent pas à leurs plans d'amélioration de la qualité les indicateurs de QSSO relatifs aux améliorations à apporter dans les domaines prioritaires, et certains de ces hôpitaux affichent un rendement inférieur à celui d'autres établissements. Tous les hôpitaux publics et les foyers de soins de longue durée en Ontario et tous les groupes de soins primaires réunissant des équipes interprofessionnelles (comme les

équipes de santé familiale et les centres de santé communautaires) ainsi que tous les RLSS (en ce qui touche leur fonction relative aux soins à domicile) doivent élaborer leur plan d'amélioration de la qualité et le soumettre à QSSO au plus tard le 1^{er} avril chaque année. Pour l'exercice 2017-2018, QSSO a reçu environ 1 070 plans d'amélioration de la qualité d'entités appartenant à tous les secteurs rattachés aux soins de santé.

D'autres secteurs (santé mentale et dépendances, ambulances terrestres, services d'aide à la vie autonome, etc.) qui sont mentionnés à l'**annexe 5** ne sont pas tenus de préparer un plan annuel d'amélioration de la qualité qui soit axé sur des aspects précis à améliorer et qui énonce des cibles de rendement afin que l'entité rende compte de ses objectifs d'amélioration.

Dans les documents d'orientation portant sur l'élaboration des plans d'amélioration de la qualité, QSSO encourage les organismes de soins de santé à évaluer leur rendement et, lorsque cela est pertinent, à intégrer à leurs plans les améliorations que QSSO a indiquées comme étant prioritaires. Cependant, les organismes de soins de santé ne sont pas tenus de choisir les améliorations recommandées par QSSO, et ce dernier ne fait pas de suivi auprès d'eux pour veiller à ce qu'ils le fassent. QSSO nous a expliqué que c'est parce que la responsabilité de sélectionner les priorités incombe aux conseils d'administration des organismes.

QSSO mène une consultation exhaustive auprès des intervenants pour déterminer annuellement les domaines où des améliorations devraient être apportées en priorité dans chacun des quatre secteurs : les hôpitaux, les soins de longue durée, les soins primaires et les soins à domicile. (On trouvera les domaines d'amélioration prioritaires des trois derniers exercices à l'**annexe 2**.) Dans certains cas, ainsi que cela est souligné à l'**annexe 2**, QSSO a supprimé des améliorations données de la liste des améliorations prioritaires, par suite de la rétroaction reçue des parties prenantes ou en raison d'une faible participation du secteur. Dans ces cas particuliers, QSSO n'a

pas cherché à déterminer si des améliorations suffisantes avaient été réalisées et si, du fait de ce meilleur rendement, il y avait lieu d'envisager le retrait du domaine prioritaire.

L'utilisation des indicateurs prioritaires de QSSO varie d'un secteur à l'autre. Selon notre analyse, les équipes de soins de santé primaires et les organismes de soins à domicile étaient les plus susceptibles d'inclure des indicateurs prioritaires de QSSO dans leur plan d'amélioration de la qualité (voir la **figure 6**).

Les hôpitaux étaient les moins susceptibles d'inclure des indicateurs prioritaires de QSSO dans leurs plans d'amélioration de la qualité, même ceux dont le rendement était inférieur à la moyenne provinciale. Par exemple, 29 hôpitaux (21 %) qui affichaient un rendement inférieur à la moyenne provinciale en 2015 à l'indicateur « taux de réadmission dans les 30 jours, toutes causes confondues, ajusté en fonction des risques, parmi les patients atteints d'insuffisance cardiaque congestive » n'ont pas inclus cet indicateur dans leur plan d'amélioration de la qualité de 2017-2018. (Compte tenu d'un décalage dans les délais de production des rapports, au moment où les hôpitaux soumettaient leurs plans annuels d'amélioration pour 2017-2018, les résultats les plus récents disponibles pour ces deux indicateurs étaient ceux de l'année civile 2015.) De la même façon, 21 hôpitaux (15 %) qui affichaient un rendement inférieur à la moyenne provinciale en 2015 à l'indicateur « taux de réadmission dans les 30 jours parmi les patients ayant subi un AVC » n'ont pas inclus cet indicateur dans leur plan d'amélioration de la qualité de 2017-2018. Ces indicateurs permettent de repérer plus facilement les patients qui ont obtenu un congé rapide de l'hôpital ou un congé sans soutien adéquat et qui ont été réadmis à l'hôpital. Comme ils n'ont pas inclus ces domaines prioritaires dans leurs plans d'amélioration de la qualité, ces hôpitaux ne se concentrent pas sur ces domaines et ils continueront peut-être d'afficher un rendement inférieur à celui d'autres hôpitaux à ce chapitre.

Figure 6 : Taux d'adoption des plans d'amélioration de la qualité de Qualité des services de santé Ontario dans les domaines prioritaires selon le secteur des soins de santé, 2017-2018 et 2016-2017

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

	Secteur			
	Milieu hospitalier (soins actifs)	Soins à long terme	Soins primaires	Soins à domicile
Nombre d'indicateurs prioritaires de QSSO pour 2017-2018	11	5	3	6
% qui ont choisi 100 % des indicateurs prioritaires	13	57	88	93
% qui ont choisi ≥50 % et <100 % des indicateurs prioritaires	25	22	6	7
% qui ont choisi >0 % et <50 % des indicateurs prioritaires	47	17	2	0
% qui ont choisi 0 % des indicateurs prioritaires	15	4	4	0
Total	100	100	100	100
Nombre d'indicateurs prioritaires de QSSO pour 2016-2017	12	8	8	6
% qui ont choisi 100 % des indicateurs prioritaires	8	28	92	93
% qui ont choisi ≥ 50 % et <100 % des indicateurs prioritaires	25	38	6	7
% qui ont choisi >0 % et <50 % des indicateurs prioritaires	48	32	1	0
% qui ont choisi 0 % des indicateurs prioritaires	19	2	1	0
Total	100	100	100	100

Un intervenant nous a dit que le secteur hospitalier préférerait des priorités moins nombreuses qui viseraient des enjeux à l'échelle de la province et que les hôpitaux aimeraient avoir l'autonomie nécessaire pour se concentrer sur d'autres priorités locales et régionales lorsqu'ils choisissent des indicateurs pour leurs plans d'amélioration de la qualité.

4.4.3 Les dirigeants des hôpitaux déterminent de quelles améliorations de la qualité dépendra leur rémunération, voire même si leur rémunération dépendra de quelque amélioration que ce soit

Selon la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*, les hôpitaux publics doivent établir un lien entre la rémunération de leurs dirigeants et la réalisation de cibles comprises dans leurs plans d'amélioration de la qualité. Toutefois, les hôpitaux sont libres de choisir les indicateurs qui seront reliés à la rémunération des dirigeants et ils ne sont pas tenus de choisir des indicateurs prioritaires définis par QSSO ou leur RLISS. Étant donné que

les indicateurs sont choisis par les dirigeants avec l'approbation de leur conseil d'administration, le risque existe qu'ils ne choisissent pas des indicateurs dans des domaines où le rendement de l'hôpital est inférieur parce que leur rémunération pourrait s'en ressentir. Nous avons d'ailleurs pu observer des exemples où les hôpitaux évitaient de choisir des indicateurs reliés à des domaines où leur rendement laissait à désirer.

Nous avons examiné cinq indicateurs prioritaires pour 2017-2018 et nous avons repéré les hôpitaux dont le rendement était inférieur à la moyenne provinciale pour chacun de ces indicateurs (en fonction des résultats d'avril 2017, qui sont les plus récents) et qui ne les avaient pas inclus dans leurs plans d'amélioration de la qualité de 2017-2018. Ces hôpitaux représentaient entre 15 % et 24 % du nombre total d'hôpitaux selon l'indicateur prioritaire. Comme ces indicateurs prioritaires n'étaient pas inclus dans leurs plans d'amélioration de la qualité, il est peu probable que ces hôpitaux concentrent leurs efforts dans ces domaines où leur rendement n'était pas satisfaisant. Mais il est possible que l'équipe des dirigeants ait touché une

prime de rémunération même si les hôpitaux ne se sont pas concentrés sur les domaines où des améliorations s'imposaient. QSSO ne disposait pas d'information sur le montant des primes de rémunération reliées à l'amélioration de la qualité auxquelles les dirigeants de ces hôpitaux ont eu droit en 2017-2018.

QSSO n'a pas fait d'analyse pour déterminer si le fait de relier un indicateur prioritaire à la rémunération des dirigeants se traduisait par une plus grande amélioration au chapitre de cet indicateur par rapport à d'autres indicateurs.

RECOMMANDATION 9

Nous recommandons que, pour hausser l'efficacité de l'initiative des plans d'amélioration de la qualité :

- le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) exige de tous les organismes de soins de santé dont le rendement est inférieur à la moyenne provinciale pour un indicateur prioritaire désigné par Qualité des services de santé Ontario (QSSO) qu'ils incluent l'indicateur en question dans leurs plans d'amélioration de la qualité et que cet indicateur soit lié à la rémunération de leurs dirigeants;
- le Ministère détermine si d'autres secteurs de soins de santé (comme les fournisseurs de services de santé mentale et les ambulances terrestres) devraient être tenus de présenter des plans d'amélioration de la qualité à QSSO;
- QSSO élimine des domaines de la liste des priorités provinciales uniquement lorsque l'on dispose de données probantes faisant état d'une amélioration durable sur une période de plusieurs années.

RÉPONSE DE QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO

Nous allons collaborer avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée pour veiller à ce que les plans d'amélioration de la qualité

demeurent des outils efficaces dont disposent les organisations pour concentrer leurs efforts sur leurs grandes priorités. Nous convenons qu'il faut déployer des efforts constants pour apporter des améliorations durables, et que l'élimination de domaines de la liste des priorités aux fins des plans d'amélioration de la qualité devrait reposer sur un examen approfondi. Afin d'assurer la transparence des décisions d'élimination de domaines, Qualité des services de santé Ontario prend l'engagement de faire publiquement état des raisons ayant justifié de tels changements, au moyen des documents d'orientation devant servir à la préparation des plans d'amélioration de la qualité.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) va examiner les options envisageables en vue d'exiger l'inclusion d'indicateurs dans les plans d'amélioration de la qualité lorsque le rendement est inférieur à la moyenne provinciale. Le Ministère se penchera aussi sur les façons possibles d'exiger que tous les organismes de soins de santé qui présentent des plans d'amélioration de la qualité à QSSO rattachent la rémunération des cadres à ces indicateurs prioritaires.

Le Ministère et QSSO collaborent avec les membres du secteur de la santé mentale et des dépendances au niveau communautaire afin qu'ils soient prêts à présenter des plans d'amélioration de la qualité. La mise en oeuvre intégrale à l'échelle de ce secteur dépendra de son degré de préparation et du moment où les systèmes de données requis seront en place à l'appui de la collecte de données et de la reddition de comptes. Le Ministère étudiera des moyens d'exiger que d'autres secteurs reliés à la santé, comme les exploitants de services d'ambulance terrestre, présentent des plans d'amélioration de la qualité à QSSO.

4.4.4 Les soins varient dans la province, mais QSSO n'établit pas de fourchettes idéales pour les cibles de rendement

Nous avons constaté que même si QSSO établit des domaines prioritaires où une amélioration de la qualité s'impose, il n'indique pas de cibles précises – ni même de fourchette de cibles – que les organismes de soins de santé devraient atteindre selon les pratiques exemplaires, pas plus qu'il ne fixe de cibles minimales. Les organismes de soins de santé établissent leurs propres cibles, ce qui peut créer ou perpétuer des variations dans les normes des soins dispensés à la population ontarienne dans différentes régions de la province.

Nous avons constaté des écarts importants dans les cibles établies par différents organismes pour le même indicateur, ce qui peut se répercuter sur la qualité des soins. Par exemple, en 2015-2016 :

- un foyer de soins de longue durée avait fixé à 0 % sa cible du pourcentage de résidents qui allaient recevoir un antipsychotique en l'absence d'un diagnostic de psychose dans les sept jours précédant leur évaluation, alors qu'un autre foyer s'était fixé une cible de 45 %. En principe, la cible dans ce cas devrait être extrêmement faible. Dans le foyer qui avait adopté une cible de 0 %, le pourcentage réel a été de 5 % pour la période de 12 mois qui s'est terminée en septembre 2016, tandis que dans l'autre foyer, le pourcentage réel a été de 26 % pendant la même période de 12 mois. Dans cet exemple, seul le deuxième foyer a atteint sa cible; toutefois, ses résultats ont été pires que ceux du premier foyer.
- Une équipe de soins primaires s'était fixé comme cible que 97 % des patients pourraient voir un médecin ou une infirmière praticienne le jour même ou le lendemain quand ils en avaient besoin, tandis qu'une autre équipe s'était fixé une cible de 41 %. En 2015-2016, la première équipe de soins primaires a affiché un pourcentage de

96 %, mais la deuxième équipe a affiché un pourcentage de seulement 44 %.

En 2016-2017 et en 2017-2018, certains organismes de soins de santé ont établi des cibles dans leurs plans d'amélioration de la qualité qui n'étaient pas meilleurs que leurs résultats les plus récents pour cet indicateur. On parle dans ce cas de cibles régressives. QSSO ne fait pas de suivi régulier auprès des organismes qui se fixent des cibles régressives. Toutefois, lorsque ces organismes soumettent leurs plans d'amélioration de la qualité à QSSO en ligne, ils reçoivent un message automatique du système leur indiquant qu'ils ont entré une cible régressive et les invitant à envisager de la modifier.

QSSO fait un suivi auprès des organismes au sujet de cibles régressives dans le seul cas où plusieurs organismes du même secteur se fixent des cibles régressives pour un indicateur de rendement en particulier. QSSO a mentionné cet enjeu dans son rapport sommaire de 2016-2017 sur les plans d'amélioration de la qualité et a régulièrement fait des mises en garde contre l'utilisation de cibles régressives. Cependant, le nombre d'organismes de soins de santé qui établissent une cible régressive pour au moins un indicateur prioritaire a augmenté, passant de 12 % en 2016-2017 à 16 % en 2017-2018. Nous avons également noté le problème des variations significatives dans l'établissement des cibles dans notre audit de 2015 du Programme des soins à domicile des centres d'accès aux soins communautaires et dans notre audit de 2017 des centres de santé communautaires.

RECOMMANDATION 10

Pour soutenir l'amélioration continue de la qualité des soins et réduire ses variations à l'échelle de la province, Qualité des services de santé Ontario (QSSO) doit :

- établir des fourchettes idéales pour les cibles de rendement;

- mener une enquête sur toutes les variations significatives des cibles établies pour les indicateurs prioritaires parmi les fournisseurs du même secteur;
- en consultation avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les réseaux locaux d'intégration des services de santé, veiller à ce que tous les organismes établissent des cibles axées sur l'amélioration de la qualité des soins et à ce que les cibles visent une amélioration par rapport au rendement courant (il ne soit pas s'agir de cibles régressives).

RÉPONSE DE QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO

Nous convenons que l'établissement efficace de cibles constitue un volet important du processus d'amélioration de la qualité. Fixer des cibles stimulantes mais réalistes à l'appui de l'amélioration de la qualité peut constituer un défi pour des organisations, surtout dans le cas d'indicateurs où il n'existe pas de fourchette idéale pouvant s'appliquer uniformément à l'ensemble des organismes de soins de santé. L'une des demandes les plus fréquentes des organisations aux responsables du programme des plans d'amélioration de la qualité a trait à l'établissement de cibles appropriées dans leur plan d'amélioration de la qualité.

Qualité des services de santé Ontario (QSSO) va définir des fourchettes idéales pour les cibles de rendement à l'appui de l'amélioration de la qualité, et il communiquera ces fourchettes dans les documents d'orientation devant servir à la préparation des plans d'amélioration de la qualité.

QSSO va également analyser les variations entourant l'établissement de cibles à l'égard des indicateurs prioritaires. De plus, nous allons travailler de concert avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée ainsi qu'avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé afin d'appuyer l'établissement de cibles appropriées.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) convient que les organisations doivent établir des cibles stimulantes plutôt que des cibles régressives, et que cette approche aiderait à étayer les efforts d'amélioration de la qualité ainsi qu'à obtenir de meilleurs résultats. Le Ministère coopérera étroitement avec QSSO et avec les réseaux locaux d'intégration des services de santé afin d'aider les organisations à établir des cibles de rendement à l'égard des indicateurs figurant dans leur plan d'amélioration de la qualité.

4.4.5 Aucune évaluation n'est faite pour déterminer si les initiatives d'amélioration de la qualité sont menées à bien

QSSO n'est pas en mesure de déterminer si les initiatives d'amélioration de la qualité signalées par les organismes de soins de santé sont menées à bien et ont une influence positive.

Pour chaque indicateur de rendement choisi par un organisme de soins de santé dans son plan d'amélioration de la qualité, l'organisme est censé exposer une idée pour favoriser le changement qui l'aidera à atteindre ses objectifs d'amélioration. Par exemple, dans les plans d'amélioration des hôpitaux que nous avons examinés pour 2015-2016, un hôpital avait sélectionné l'indicateur du 90^e percentile pour la durée du séjour au service des urgences (c'est-à-dire la durée maximale que 9 patients sur 10 sont censés passer aux urgences) et s'était fixé un objectif de 25 heures (compte tenu de son rendement de 30 heures au cours de l'année civile 2014). Nous avons constaté que selon ses propres données, l'hôpital avait mis en oeuvre 13 de ses 17 idées pour apporter des changements entre le 1^{er} avril 2015 et le 31 mars 2017, notamment des initiatives comme déterminer les heures d'affectation des médecins en fonction du volume des patients dans la salle des urgences et faire enquête sur les causes des retards dans la mise en

congé. L'hôpital a ainsi été en mesure de réduire à 9,8 heures la durée du séjour aux urgences de 9 patients sur 10 au cours de l'année civile 2016.

QSSO demande aux organismes d'autodéclarer la mise en oeuvre des idées visant à favoriser le changement au cours de l'année suivante. En raison des limites de son système actuel d'information, QSSO n'est pas en mesure de résumer les données ni d'analyser la relation entre la mise en oeuvre d'une idée et ses répercussions au chapitre de l'amélioration de la qualité. QSSO n'est donc pas non plus en mesure de calculer le pourcentage des idées visant à favoriser le changement qui ont été mises en oeuvre et de déterminer si la mise en oeuvre d'une idée a donné lieu à une amélioration du rendement. Par conséquent, QSSO n'est pas non plus en mesure de déterminer les pratiques exemplaires découlant des idées visant à favoriser le changement ni de les communiquer à d'autres organismes.

RECOMMANDATION 11

Pour maximiser les effets des plans d'amélioration de la qualité sur la qualité des soins de santé, Qualité des services de santé Ontario (QSSO), en collaboration avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et les réseaux locaux d'intégration des services de santé, doit :

- faire un suivi pour déterminer si les organismes de soins de santé mettent en oeuvre les idées visant à favoriser le changement qu'ils ont indiquées dans leurs plans d'amélioration, et déterminer si ces idées ont conduit à des améliorations utiles;
- communiquer avec les organismes dont le rendement n'affiche pas d'amélioration et les encourager à mettre en oeuvre les idées visant à favoriser le changement;
- faire part d'idées visant à favoriser le changement qui se sont révélées efficaces, qui ont été mises de l'avant par des organismes de soins de santé dans leurs plans d'amélioration de la qualité et qui

pourraient être utiles à d'autres organismes de soins de santé.

RÉPONSE DE QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ ONTARIO

Jusqu'ici, Qualité des services de santé Ontario (QSSO) n'a pas effectué d'analyse poussée des données relatives aux idées visant à favoriser le changement afin de déterminer l'incidence des efforts collectifs au chapitre des améliorations. QSSO convient qu'il serait possible d'en savoir plus sur ce qui est nécessaire en vue de réaliser des améliorations en matière de soins si l'on procédait à une analyse plus rigoureuse des pratiques des organisations en vue de mettre en oeuvre les idées visant à favoriser le changement. Nous allons de ce fait chercher à renforcer notre capacité de suivi afin de voir si les organisations mettent en application les idées visant à favoriser le changement dans le cadre de leurs plans et si ces idées ont des répercussions positives, ce qui ira de pair avec un suivi auprès des organisations à propos de leur utilisation des idées visant à favoriser le changement lorsque l'on n'observe pas d'amélioration. Afin d'encourager la mise en commun des pratiques exemplaires, QSSO communiquera les idées efficaces dans les rapports faisant le point sur les plans d'amélioration de la qualité, ou encore sur Quorum, le forum en ligne de la communauté de pratique sur l'amélioration de la qualité de QSSO.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée convient que les idées visant à favoriser le changement ouvrent d'excellentes possibilités d'amélioration de la qualité, et il collaborera avec QSSO et les RLIS :

- pour élaborer des moyens de faire le suivi de la mise en application d'idées visant à favoriser le changement qui sont énoncées dans les plans d'amélioration de la qualité;

- pour mesurer les effets des idées mises en application;
- pour faire un suivi dans le but d'encourager les organisations qui ne font pas état d'une amélioration de leur rendement à l'égard d'un indicateur donné et qui n'ont pas mis en application d'idées pertinentes visant à favoriser le changement aux termes de leur plan d'amélioration de la qualité à appliquer ces idées;
- pour mettre en commun les idées qui se révèlent efficaces.

4.5 Les économies que le regroupement de cinq organismes devait permettre de réaliser ne se sont pas matérialisées

Le gouvernement s'attendait à réduire ses coûts opérationnels sans augmenter le niveau de dotation, voire même en le réduisant, lorsqu'il a réuni cinq organismes ou programmes d'amélioration de la qualité pour créer QSSO en 2011 (voir l'**annexe 1**). Toutefois, le financement et le niveau de dotation ont doublé au cours des sept dernières années à mesure que le mandat de QSSO s'élargissait.

Le gouvernement s'attendait à ce que le regroupement de 2011 se traduise par des gains d'efficacité qui allaient permettre de réduire le budget combiné des cinq organismes originaux de 23,4 millions de dollars en 2010-2011 à 18,8 millions de dollars en financement pour QSSO dès 2013-2014. Le Ministère se proposait également de consentir un financement additionnel au titre de projets ponctuels allant de 10,4 à 13,9 millions de dollars par exercice sur les trois exercices se terminant en 2013-2014. On s'attendait à ce que les dépenses de QSSO se chiffrent autour de 32,7 millions de dollars en 2013-2014, ce qui allait comprendre le financement de projets ponctuels. Ce dernier était censé financer des initiatives d'amélioration de la qualité ayant pour objet de réduire les admissions et les réadmissions inutiles dans les hôpitaux tout en améliorant la qualité

des services de santé mentale, l'accès aux soins primaires (de façon à ce que les patients puissent voir leur fournisseur de soins de santé le jour de leur choix) et le bien-fondé des aiguillages vers les services de diagnostic.

Selon des documents ministériels, le Ministère ne s'attendait pas à relever les effectifs au-delà de 111 équivalents à temps plein (ETP), ce qui représentait le nombre total des employés des 5 organismes regroupés en 2011. Il pensait plutôt que le niveau de dotation pourrait être abaissé grâce à des gains d'efficacité sur les plans opérationnel et administratif, particulièrement le regroupement des postes de haute direction.

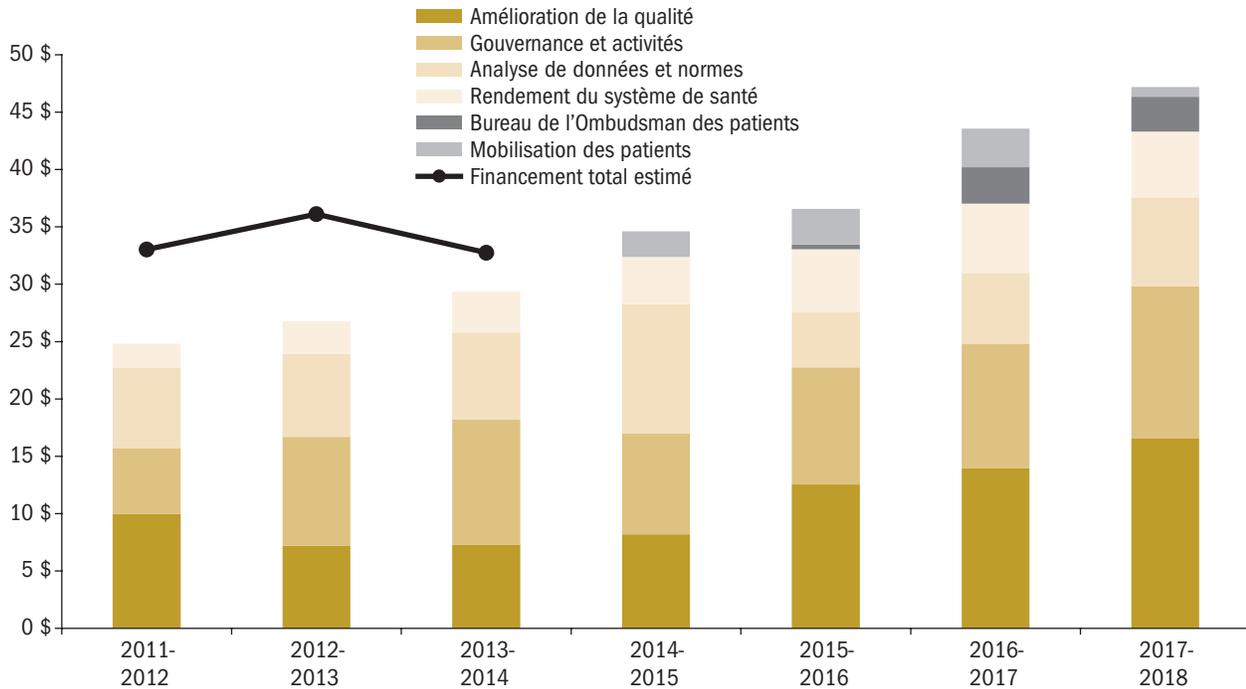
Au 31 mars 2018, les dépenses annuelles de QSSO avaient augmenté à environ 44,2 millions de dollars (voir la **figure 7**) (ce montant comprend le coût des projets ponctuels, mais ne comprend pas les dépenses du Bureau de l'Ombudsman des patients) et l'effectif se composait de 291 ETP (voir la **figure 8**).

L'augmentation des dépenses s'explique en partie par le fait que le mandat de QSSO a été élargi au-delà de ce qui avait été prévu à l'origine : surveiller le rendement du système de santé et produire des rapports publics à son sujet, présenter des recommandations à la ministre sur la question de savoir s'il y a lieu de financer des services et des dispositifs de santé, présenter des recommandations aux organismes de soins de santé au sujet des normes de soins et favoriser l'amélioration continue de la qualité. À la suite de modifications apportées à la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* en décembre 2014, les responsabilités des relations avec les patients et de l'Ombudsman des patients ont été confiées à QSSO. Au 31 mars 2018, ces nouvelles fonctions représentaient des dépenses supplémentaires de 840 000 \$ et de 3 millions de dollars respectivement. Toutefois, ces nouvelles responsabilités n'expliquent pas la totalité de l'augmentation des dépenses et du niveau de dotation.

D'autres augmentations importantes s'expliquent principalement par les éléments suivants :

Figure 7 : Dépenses de Qualité des services de santé Ontario par fonction entre 2011-2012 et 2017-2018 (en millions de dollars)

Source des données : Qualité des services de santé Ontario



1. La fonction Analyse de données et normes comprend les évaluations des technologies et des services de santé et l'élaboration de normes cliniques.
2. Le financement total estimé pour ces trois années est tiré de documents du ministère de la Santé et des Soins de longue durée.

Figure 8 : Effectif (équivalents temps plein) de Qualité des services de santé Ontario selon la fonction, de 2013-2014 à 2017-2018

Source des données : Qualité des services de santé Ontario

						Variation sur cinq ans	
	2013-2014 ¹	2014-2015 ¹	2015-2016	2016-2017	2017-2018	Nombre	%
Communications et mobilisation des patients	6	9	18	21	25	19	317
Affaires générales	29	35	37	50	73	44	152
Analyse de données et norme ²	46	21	45	57	60	14	30
Rendement du système de santé	29	32	46	45	49	20	69
Partenariats stratégiques (gestion de projets externes)	12	4	5	5	6	(6)	(50)
Amélioration de la qualité	31	48	62	64	69	38	123
Autre	1	2	7	9	9	8	800
Total	154	151	220	251	291	137	89

1. Les données relatives à l'effectif pour 2013-2014 et 2014-2015 sont basées sur le nombre total d'employés - à temps plein et à temps partiel - parce qu'il n'y avait pas de données sur les équivalents temps plein pour cette période, de sorte qu'elles ne sont peut-être pas comparables aux niveaux de dotation des exercices suivants.
2. La fonction Analyse de données et normes comprend les évaluations des technologies et des services de santé (qui sont menées depuis 2011) et l'élaboration de normes cliniques (depuis mai 2015).

- Les Affaires générales ont connu une hausse de plus 44 ETP, soit plus de 150 %, entre 2013-2014 et 2017-2018; elles sont ainsi devenues la plus grande division de QSSO avec 73 ETP. Les fonctions qui en font partie incluent les finances, les ressources humaines, la technologie de l'information, la conception et le développement de produits numériques ainsi que la gestion de projets. Ces deux dernières fonctions mobilisent 30 ETP, qui se consacrent principalement à l'exécution des quatre fonctions de base prévues par le mandat. Le regroupement de cinq organismes en 2011 devait donner lieu à des économies dans les frais généraux qui allaient permettre d'accorder plus d'attention à l'amélioration des soins de santé; l'augmentation de l'effectif des Affaires générales n'a pas contribué à l'atteinte de cet objectif.
- Les dépenses de la Division de l'amélioration de la qualité ont augmenté de 9 millions de dollars (130 %) et son personnel, de 38 ETP (123 %) entre 2013-2014 et 2017-2018. La Division a mené un plus grand nombre d'initiatives d'amélioration de la qualité, le nombre de ces initiatives passant de 6 à 18 au cours de la période en question. Ces nouvelles initiatives comprennent par exemple la désignation de responsables de la qualité des soins cliniques pour chaque réseau local d'intégration des services de santé, l'organisation de tables rondes

provinciales sur l'amélioration de la qualité et la formulation de recommandations en vue de l'adoption de normes de soins cliniques. En outre, le Ministère a transféré à QSSO des projets relevant d'initiatives d'amélioration de la qualité qui représentent approximativement 5 millions de dollars par année.

RECOMMANDATION 12

Pour aider Qualité des services de santé Ontario (QSSO) à utiliser ses ressources efficacement, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit procéder à une évaluation pour déterminer si l'augmentation des dépenses et de l'effectif est raisonnable, compte tenu du mandat actuel de l'organisme.

RÉPONSE DU MINISTÈRE

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée souscrit à cette recommandation. Il va procéder à un examen et à une évaluation de la croissance, des dépenses et des activités de Qualité des soins de santé Ontario, en tenant compte du contexte actuel entourant le système de soins de santé ainsi que des priorités du gouvernement concernant ce système.

Annexe 1 : La création de Qualité des services de santé Ontario

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé est l'organisme qui a précédé Qualité des services de santé Ontario (QSSO). Le Conseil avait été créé en septembre 2005 en vertu de la *Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*. À l'origine, il avait pour tâche de surveiller la qualité des soins de santé en Ontario et de produire des rapports à son sujet. En vertu de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous* (la Loi de 2010), le mandat du Conseil a été élargi pour comprendre aussi l'établissement de normes de soins et la promotion de l'amélioration de la qualité.

En vertu de la Loi de 2010, les organismes ou programmes suivants ont également été fusionnés avec le Conseil parce que leurs mandats se recoupaient :

- **Secrétariat des services consultatifs médicaux** : direction du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) qui se spécialisait dans la réalisation d'analyses reposant sur des données probantes au sujet des technologies de la santé dont on envisageait l'adoption en Ontario.
- **Comité consultatif ontarien des technologies de la santé** : comité d'experts

dont les membres étaient nommés par le sous-ministre du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et dont le mandat était de présenter des recommandations au système de soins de santé de l'Ontario et au Ministère au sujet de technologies émergentes en matière de soins de santé.

- **Partenariat de l'amélioration de la qualité et de l'innovation** : organisme financé par le Ministère qui était chargé de fournir des soutiens au secteur des soins de santé primaires pour favoriser l'amélioration de la qualité.
- **Centre for Healthcare Quality Improvement** : programme financé par le Ministère au sein de la Change Foundation; il s'agissait d'un organisme indépendant de recherche sur les politiques de santé qui fournissait des soutiens pour favoriser l'amélioration de la qualité à des fournisseurs de services qui recevaient du financement des réseaux locaux d'intégration des services de santé, particulièrement des hôpitaux et des centres d'accès aux soins communautaires.

Dans sa nouvelle incarnation, QSSO a commencé ses activités le 1^{er} avril 2011 à Toronto.

Annexe 2 : Indicateurs de rendement prioritaires de Qualité des services de santé Ontario entre 2015-2016 et 2017-2018

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Voici une liste des indicateurs de rendement, par secteur de soins de santé, proposés par QSSO en vue de leur inclusion par les organismes de soins de santé dans leurs plans d'amélioration de la qualité, pour les exercices 2015-2016, 2016-2017 et 2017-2018.

Milieu hospitalier (soins actifs)	2015-2016	2016-2017	2017-2018	
Infection à <i>Clostridium difficile</i>	✓	✓		1
90 ^e percentile pour le temps passé aux services des urgences par les patients nécessitant des soins complexes	✓	✓	✓	
Bilan comparatif des médicaments à l'admission	✓	✓	✓	
Bilan comparatif des médicaments à la mise en congé			✓	
Taux de réadmission dans les 30 jours dans un groupe sélectionné de patients hospitalisés du modèle d'allocation fondée sur la santé (p. ex. pneumonie, diabète)		✓		2
Taux de réadmission dans les 30 jours, toutes causes confondues, ajusté en fonction des risques, parmi les patients atteints d'insuffisance cardiaque congestive		✓	✓	
Taux de réadmission dans les 30 jours, toutes causes confondues, ajusté en fonction des risques, parmi les patients atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique		✓	✓	
Taux de réadmission dans les 30 jours, toutes causes confondues, ajusté en fonction des risques, parmi les patients ayant subi un accident vasculaire cérébral		✓	✓	
Nombre total de jours désignés comme autres niveaux de soins (ANS) auquel ont contribué les patients en attente d'un ANS	✓	✓	✓	
% de patients qui donnent une réponse favorable à la question suivante : Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous les soins et les services que vous avez reçus au service des urgences?	✓	✓		3
% de patients qui donnent une réponse favorable à la question suivante : Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous les soins et les services que vous avez reçus à l'hôpital?	✓	✓		3
% de patients qui donnent une réponse favorable à la question suivante : Recommanderiez-vous ce service des urgences à vos amis et aux membres de votre famille?	✓	✓	✓	
% de patients qui donnent une réponse favorable à la question suivante : Recommanderiez-vous cet hôpital à vos amis et aux membres de votre famille?	✓	✓	✓	
Taux de réadmission dans les 30 jours parmi les patients de groupes sélectionnés de maladies analogues	✓			3
En pourcentage, mesure dans laquelle les recettes totales sont supérieures ou inférieures aux dépenses totales de l'organisme	✓			4
% de patients en soins palliatifs ayant obtenu leur congé de l'hôpital pour retourner à domicile avec le statut « à domicile avec services de soutien »			✓	
% de patients qui donnent une réponse favorable à la question suivante : Le personnel de l'hôpital vous a-t-il fourni assez d'information sur ce que vous deviez faire en cas d'inquiétudes quant à votre état ou votre traitement après votre sortie de l'hôpital?			✓	

Soins de longue durée	2015-2016	2016-2017	2017-2018	
Nombre de visites aux urgences pour une liste modifiée de conditions propices aux soins ambulatoires (qui auraient pu être évitées dans le cas des résidents de foyers de soins de longue durée)	✓	✓	✓	
% de résidents qui ont donné une réponse favorable à la question suivante : Quelle note attribueriez-vous pour indiquer la qualité de l'écoute du personnel quand vous lui parlez?	✓	✓	✓	
% de résidents qui ont fait une chute au cours des 30 jours ayant précédé leur évaluation		✓		5
% de résidents qui ont donné une réponse favorable à la question suivante : Recommanderiez-vous ce foyer de soins infirmiers à d'autres personnes? Recommanderiez-vous ce site ou cet organisme à d'autres personnes?	✓	✓	✓	
% de résidents qui ont répondu par l'affirmative à l'énoncé suivant : Je peux exprimer mon opinion sans crainte de représailles	✓	✓	✓	
% de résidents qui ont reçu des antipsychotiques sans diagnostic de psychose	✓	✓	✓	
% de résidents qui étaient soumis à des moyens de contention physique	✓	✓		5
% de résidents qui avaient une plaie de pression qui s'était aggravée récemment	✓	✓		5
% de résidents qui avaient fait une chute récemment (dans les 30 jours précédents)	✓			3
% de résidents dont la perte de contrôle de la vessie s'était aggravée sur une période de 90 jours	✓			5
Soins primaires	2015-2016	2016-2017	2017-2018	
% de patients qui ont déclaré que le médecin ou le membre du personnel infirmier praticien qu'ils consultent ou un autre employé du bureau passent toujours ou souvent assez de temps avec eux	✓	✓		6
% de patients qui ont dit que lorsque qu'ils consultent leur médecin ou un membre du personnel infirmier praticien, cette personne ou un autre employé du bureau leur donne toujours/souvent l'occasion de participer autant qu'ils le souhaitent aux décisions au sujet des soins et des traitements qu'ils recevront	✓	✓	✓	
% de patients/prestataires qui ont vu leur fournisseur de soins primaires dans les sept jours suivant leur congé de l'hôpital pour certaines conditions	✓	✓	✓	
% de patients qui ont dit que lorsque qu'ils consultent leur médecin ou un membre du personnel infirmier praticien, cette personne ou un autre employé du bureau leur donne toujours/souvent l'occasion de poser des questions au sujet du traitement recommandé	✓	✓		6
% de patients et de prestataires qui peuvent consulter un médecin ou un membre du personnel infirmier praticien le jour même ou le lendemain, au besoin	✓	✓	✓	
% de patients de 40 ans ou plus qui sont atteints de diabète et qui ont subi deux tests d'hémoglobine glycosylée (HbA1C) ou plus au cours des 12 derniers mois		✓		5
% de patients admissibles au dépistage âgés de 50 à 74 ans qui ont subi un test de dépistage du sang dans les selles au cours des 2 dernières années, d'autres examens (p. ex. une sigmoïdoscopie flexible) au cours des 10 dernières années ou une colonoscopie au cours des 10 dernières années		✓		5
% de femmes de 21 à 69 ans qui ont passé un test de Pap (frottis de Papanicolaou) au cours des trois dernières années		✓		5

Soins à domicile	2015-2016	2016-2017	2017-2018
Temps d'attente de cinq jours – visites pour soins infirmiers à domicile : % de patients recevant des soins à domicile qui ont reçu leur première visite pour soins infirmiers dans les cinq jours suivant la date d'autorisation de ces services	✓	✓	✓
Temps d'attente de cinq jours – soutien personnel pour les patients ayant des besoins complexes : % de patients ayant des besoins complexes qui ont reçu une première visite pour services de soutien à la personne dans les cinq jours suivant la date d'autorisation de ces services	✓	✓	✓
% de patients recevant des soins à domicile qui ont répondu « bon », « très bon » ou « excellent » lorsqu'il s'agissait d'attribuer une note globale sur une échelle de 1 à 5 à toute question du sondage portant sur l'expérience des prestataires : <ul style="list-style-type: none"> • note globale pour les services de soins à domicile • note globale pour la gestion des soins par le coordonnateur ou la coordonnatrice des soins • note globale pour le service dispensé par le fournisseur de services 	✓	✓	✓
% d'adultes résidant dans un foyer de soins de longue durée pour lesquels une chute est documentée dans l'évaluation de suivi	✓	✓	✓
% de prestataires recevant des soins à domicile qui ont été réadmis à l'hôpital sans que ce soit prévu dans les 30 jours de leur mise en congé	✓	✓	✓
% de prestataires recevant des soins à domicile qui ont fait une visite non prévue moins pressante aux urgences dans les 30 jours de leur mise en congé	✓	✓	✓

Raisons pour lesquelles les indicateurs ont été supprimés de la liste :

1. Amélioration constatée.
2. Indicateur rarement choisi par les organisations pour leurs plans d'amélioration de la qualité.
3. Remplacement par un nouvel indicateur.
4. Indicateur peu pertinent dans une optique d'amélioration de la qualité.
5. Indicateur prioritaire transformé en indicateur facultatif à des fins de rationalisation des indicateurs.
6. Indicateur similaire à un autre indicateur existant.

Annexe 3 : Comment diverses administrations gèrent les principales fonctions assurées par Qualité des services de santé Ontario

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Administration	Rapports publics sur le rendement du système de santé	Réalisation d'évaluations de technologies de la santé	Élaboration de normes de soins cliniques	Promotion d'améliorations de la qualité
Ontario	Organisme provincial (QSSO)	Organisme provincial (QSSO)	Organisme provincial (QSSO)	Organisme provincial (QSSO)
Colombie-Britannique	Ministère provincial et autorités sanitaires ¹	Organisme fédéral autonome (ACMTS) Le ministère de la Santé de la C.-B. conclut des ententes avec des institutions qui font des évaluations des technologies de la santé pour son compte	Autre organisme provincial (Ordre des médecins et chirurgiens de la Colombie-Britannique)	Organisme provincial (Conseil de la qualité et de la sécurité des patients de la C.-B.)
Alberta	Santé Alberta et Services de santé Alberta ¹	Organisme fédéral autonome (ACMTS)	Services de santé Alberta ¹	Organisme provincial (Conseil de la qualité des services de santé de l'Alberta) Services de santé Alberta ¹
	Organisme provincial (Conseil de la qualité des services de santé de l'Alberta)	L'Alberta travaille également en partenariat avec : <ul style="list-style-type: none"> • Services de santé Alberta¹ • L'Institut d'économique • L'Université de l'Alberta • L'Université de Calgary 		Autre organisme provincial (Association médicale de l'Alberta) Ordre des médecins et chirurgiens de l'Alberta
Saskatchewan	Organisme provincial (Conseil de la qualité des services de santé de la Saskatchewan) ² Ministère de la Santé	Organisme fédéral autonome (ACMTS)	Ministère provincial et Autorité sanitaire de la Saskatchewan ¹	Organisme provincial (Conseil de la qualité des services de santé de la Saskatchewan) Ministère de la Santé
Manitoba	Ministère provincial (Santé, Aînés et Vie active)	Organisme fédéral autonome (ACMTS)	Ministère provincial (Santé, Aînés et Vie active)	Ministère provincial (Santé, Aînés et Vie active)
Nouvelle-Écosse	Ministère provincial (Santé et Bien-être)	Organisme fédéral autonome (ACMTS)	Autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse ¹	Ministère provincial (Santé et Bien-être) et Autorité sanitaire de la Nouvelle-Écosse ¹
Nouveau-Brunswick	Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick	Organisme fédéral autonome (ACMTS)	Autorités sanitaires régionales ¹	Autorités sanitaires régionales ¹
Canada	Organisme fédéral autonome (ICIS)	Organisme fédéral autonome (ACMTS)	Organisme fédéral autonome (Organisation de normes en santé)	Organisme fédéral autonome (ICIS)

Administration	Rapports publics sur le rendement du système de santé	Réalisation d'évaluations de technologies de la santé	Élaboration de normes de soins cliniques	Promotion d'améliorations de la qualité
Écosse	Healthcare Improvement Scotland	Healthcare Improvement Scotland	Healthcare Improvement Scotland	Healthcare Improvement Scotland
Angleterre	Public Health England	National Institute for Health and Care Excellence	National Institute for Health and Care Excellence	National Health Service (NHS) Improvement

	Un ministère provincial ou une autorité sanitaire provinciale assure la surveillance du système de santé
	Organisme qui se consacre à l'amélioration de la qualité
	Organisme fédéral autonome
	Organisme de réglementation

QSSO – Qualité des services de santé Ontario

ACMTS – Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé

ICIS – Institut canadien d'information sur la santé

FCASS – Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé

1. Les autorités sanitaires et les services sanitaires provinciaux et régionaux jouent un rôle semblable à celui des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) en Ontario.
2. Après un examen, le mandat du Conseil a été élargi en décembre 2016. Auparavant, la Saskatchewan comptait sur l'Institut canadien d'information sur la santé pour l'évaluation du rendement du système de santé.

Annexe 4 : Critères de l'audit

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

1. Des structures de gouvernance et de responsabilisation efficaces sont en place pour veiller à ce que Qualité des services de santé Ontario s'acquitte du mandat que lui confère la loi qui consiste à soutenir l'amélioration du système de santé en Ontario selon un bon rapport coût-efficacité.
2. Des indicateurs de rendement du système de santé permettent de surveiller toutes les caractéristiques de soins de santé de bonne qualité (c'est-à-dire des soins qui sont sûrs, efficaces, centrés sur les patients, dispensés en temps opportun, qui présentent un bon rapport coût-efficacité et qui sont équitables). Des mesures sont en place pour fournir des assurances sur la qualité et la comparabilité des données utilisées par Qualité des services de santé Ontario pour la surveillance du rendement du système de santé et la production de rapports à son sujet.
3. Qualité des services de santé Ontario présente au ministère de la Santé et des Soins de longue durée des recommandations qui sont faites en temps opportun et qui reposent sur des éléments probants au sujet du financement public des services de soins de santé et des dispositifs médicaux. L'incidence des recommandations qui sont mises en oeuvre est évaluée périodiquement, l'objectif étant de déterminer si les avantages souhaités se concrétisent.
4. Qualité des services de santé Ontario présente au Ministère, aux organismes de soins de santé et à d'autres entités des recommandations qui sont faites en temps opportun et qui reposent sur des éléments probants au sujet des normes en matière de soins cliniques. Un soutien suffisant est assuré aux organismes pour qu'ils mettent en oeuvre les normes de soins cliniques recommandées par Qualité des services de santé Ontario, et l'incidence des recommandations est évaluée périodiquement, l'objectif étant de déterminer si les avantages souhaités se concrétisent.
5. Des processus sont en place pour aider les organismes de soins de santé à élaborer des plans d'amélioration de la qualité assortis de cibles précises et qui sont axés sur les priorités provinciales. Un soutien suffisant est donné aux organismes pour la mise en oeuvre de leurs plans.
6. Des processus sont en place pour veiller à ce que les ressources soient gérées dans une optique d'économie et d'efficacité et qu'elles soient utilisées pour les fins prévues.
7. Des mesures et des cibles de rendement sont fixées et font l'objet d'un suivi et de comparaisons par rapport aux résultats obtenus dans les faits, et cette information est rendue publique, l'objectif étant de faire en sorte que les résultats escomptés des activités de Qualité des services de santé Ontario se concrétisent et que des correctifs soient apportés rapidement lorsque des problèmes sont décelés.

Annexes 5 : Parties à qui incombent des responsabilités en matière d'amélioration de la qualité des soins de santé en Ontario

Préparée par le Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario

Parties qui constituent le système de soins de santé	Bailleur de fonds	Modalités de responsabilisation	Responsable de la qualité	Les parties sont-elles tenues de produire des plans d'amélioration de la qualité et de les soumettre à Qualité des services de santé Ontario?	Dépenses globales en 2017-2018 (en millions de dollars)
Hôpitaux	Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) par l'entremise des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS)	Entente sur la responsabilisation en matière de services hospitaliers (ERS-H) entre le RLISS et le conseil d'administration d'un hôpital à titre individuel	<ul style="list-style-type: none"> • Au RLISS qui s'en acquitte en évaluant les indicateurs de rendement établis par l'hôpital • Aux conseils d'administration des hôpitaux • Aux comités sur la qualité des soins des conseils d'administration des hôpitaux (obligatoire) 	Oui – Tous les hôpitaux, y compris les hôpitaux psychiatriques	17 967
Médecins (sauf les médecins employés par les centres de santé communautaires)	Le Ministère	<p>Pour les médecins rémunérés à l'acte :</p> <p>Entente sur les services de médecin conclue entre l'Ontario Medical Association et le Ministère (se reporter au barème des prestations)</p> <p>ou</p> <p>Pour les médecins participant à d'autres régimes de paiement :</p> <p>Contrats entre des groupes de médecins, le Ministère et l'Ontario Medical Association</p>	<ul style="list-style-type: none"> • À l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario • Aux conseils d'administration des équipes de soins primaires • Aux comités sur la qualité des équipes de soins primaires (facultatif) 	Oui – mais seulement les modèles/équipes interdisciplinaires de soins de santé primaires (p. ex. les équipes de santé familiale)	14 940

Parties qui constituent le système de soins de santé	Baillieur de fonds	Modalités de responsabilisation	Responsable de la qualité	Les parties sont-elles tenues de produire des plans d'amélioration de la qualité et de les soumettre à Qualité des services de santé Ontario?	Dépenses globales en 2017-2018 (en millions de dollars)
Foyers de soins de longue durée	Le Ministère par l'entremise des RLISS	Entente sur la responsabilisation en matière de services liés aux soins de longue durée (ERS-SLD) entre le RLISS et le conseil d'administration d'un foyer de soins de longue durée à titre individuel	<ul style="list-style-type: none"> • Au RLISS qui s'en acquitte en évaluant les indicateurs de rendement établis par le foyer de soins de longue durée • Aux conseils d'administration des foyers de soins de longue durée • Aux comités sur la qualité des conseils d'administration (facultatif) • Au Ministère qui s'en acquitte au moyen du programme d'inspections 	Oui – tous les foyers	3 782
Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS)	Le Ministère	Entente de responsabilisation entre le Ministère et le RLISS (ERS-RLISS)	<ul style="list-style-type: none"> • Au Ministère au moyen d'indicateurs de rendement semblables prévus dans l'ERS-SLD conclue avec chaque RLISS • Aux conseils d'administration des RLISS • Au comité sur la qualité de chaque RLISS 	Oui – mais seulement pour les programmes de soins à domicile et de soins communautaires dans le secteur du RLISS (qui s'appelaient autrefois centres d'accès aux soins communautaires)	2 960*
Fournisseurs de services en matière de santé mentale et de dépendances	Le Ministère par l'entremise des RLISS	Entente sur la responsabilisation en matière de services multifactoriels (ERS-M) entre le RLISS et les conseils d'administration à titre individuel	<ul style="list-style-type: none"> • Au RLISS qui s'en acquitte en évaluant les indicateurs de rendement établis par chaque entité • Aux conseils d'administration des organismes de soins de santé communautaires • Aux comités sur la qualité (facultatif) 	Non	1 053

Parties qui constituent le système de soins de santé	Baillieur de fonds	Modalités de responsabilisation	Responsable de la qualité	Les parties sont-elles tenues de produire des plans d'amélioration de la qualité et de les soumettre à Qualité des services de santé Ontario?	Dépenses globales en 2017-2018 (en millions de dollars)
Services d'ambulances	<p>Services d'ambulances aériennes : Le Ministère Services d'ambulances terrestres : le généralement le Ministère (50%) et les municipalités (50%)</p>	<p>Ambulances aériennes : Entente de rendement entre le Système provincial d'ambulances aériennes (ORNGE) et le Ministère; agrément des ambulances aériennes</p> <p>Ambulances terrestres : le Ministère; La <i>Loi sur les ambulances</i> définit les exigences en matière d'accréditation et les normes que doivent respecter les services d'ambulances en matière de documentation, de soins des patients et de transport ainsi que les procédures de base et les procédures avancées de maintien des fonctions vitales des patients.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Au Ministère qui s'en acquitte en faisant un examen des exploitants des services d'ambulances, des répartiteurs et des bases hospitalières tous les trois ans • Au Ministère qui accrédite les exploitants d'ambulances • Au Ministère qui s'en acquitte en faisant une évaluation des indicateurs de rendement prévus dans les ententes 	Non	922
Services communautaires de soutien, services d'aide à la vie autonome et fournisseurs de logements avec services de soutien	Le Ministère par l'entremise des RLISS	Entente sur la responsabilisation en matière de services multifactoriels (ERS-M) entre le RLISS et les conseils d'administration à titre individuel	<ul style="list-style-type: none"> • Au RLISS qui s'en acquitte en évaluant les indicateurs de rendement établis par chaque entité • Aux conseils d'administration des organismes de soins de santé communautaires • Aux comités sur la qualité (facultatif) 	Non	920

Parties qui constituent le système de soins de santé	Baillieur de fonds	Modalités de responsabilisation	Responsable de la qualité	Les parties sont-elles tenues de produire des plans d'amélioration de la qualité et de les soumettre à Qualité des services de santé Ontario?	Dépenses globales en 2017-2018 (en millions de dollars)
Centres de santé communautaires	Le Ministère par l'entremise des RLSS	Entente sur la responsabilisation en matière de services multisectoriels (ERS-M) entre le RLSS et les conseils d'administration à titre individuel	<ul style="list-style-type: none"> • Au RLSS qui s'en acquitte en évaluant les indicateurs de rendement établis par chaque entité • Aux conseils d'administration des organismes de soins de santé communautaires • Aux comités sur la qualité (facultatif) 	Oui	419
Établissements de santé autonomes (services d'imagerie, p. ex. radiographies et échographies)	Le Ministère	Le Ministère en accréditant les établissements en vertu de la <i>Loi sur les établissements de santé autonomes</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Aux ordres de réglementation, p. ex. l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario et l'Ordre des sages-femmes • Au Ministère par l'entremise de son Service d'inspection des installations radiologiques 	Non	48

* Comprend le financement accordé par le Ministère pour le fonctionnement des RLSS et les services de soins à domicile, mais ne comprend pas le financement accordé par le Ministère aux hôpitaux, aux foyers de soins de longue durée et à d'autres services de soins de santé par l'entremise des RLSS.

Source des données : Qualité des services de santé Ontario

MyPractice: Primary Care Report

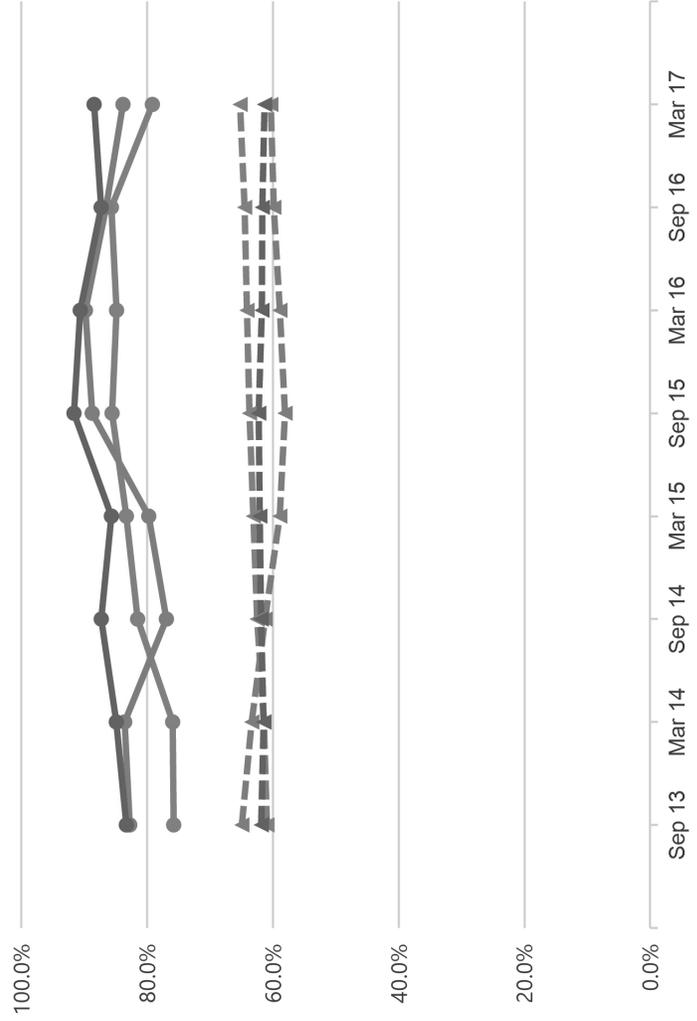
Health Quality Ontario

Cancer Screening Indicators Summary

Data as of March 31, 2017

Summary of my cancer screening indicators

- My practice is **higher than** the Ontario average in **CRC** screening.
- My practice is **higher than** the Ontario average in **Pap smear** screening.
- My practice is **higher than** the Ontario average in **Mammogram** screening.



My Practice

Colorectal —

Pap smear —

Mammogram —

Ontario

Colorectal ---

Pap smear ---

Mammogram ---

MyPractice: Primary Care Report

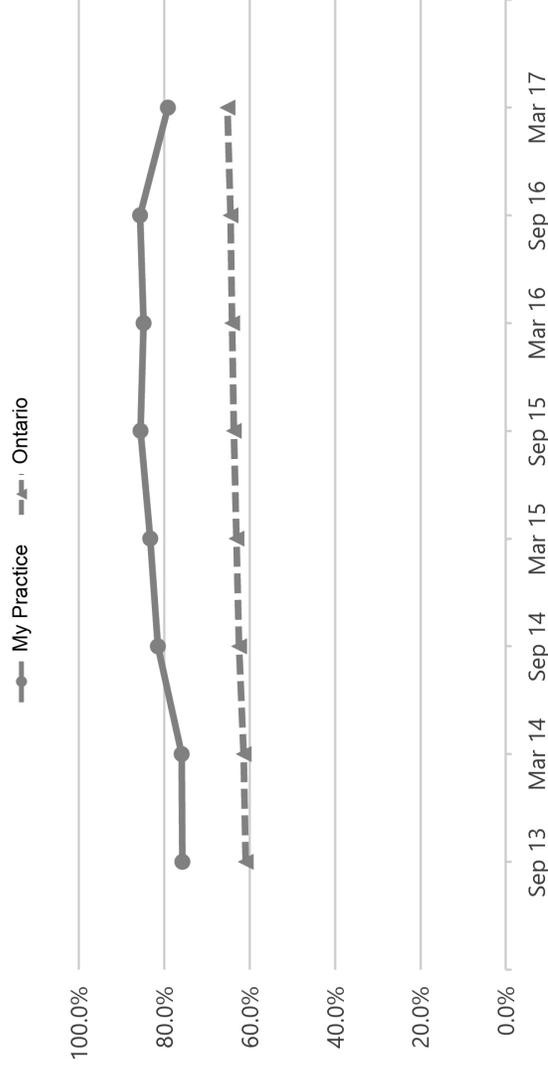
Health Quality Ontario

CRC Screening

Data as of March 31, 2017

What percentage of my eligible patients aged 52-74 are up-to-date with any colorectal screening (FOBT within the past two years, colonoscopy within the past 10 years, or other investigations i.e. sigmoidoscopy within the past five years)?

- As of March 31, 2017, 79.2% of my patients were up-to-date with colorectal screening. My group and LHIN percentages are 73.0% and 69.1%, respectively.
- My practice is **higher than** the provincial percentage of 65.3%.



Number of my eligible patients not screened

31

Evidence for CRC screening continues to evolve. Health Quality Ontario will continue to monitor screening guidelines and modify the indicator, as appropriate (2).

How can I improve my CRC screening? (page 16)

To identify patients requiring follow up for CRC screening, please access your screening activity report (SAR) through the Cancer Care Ontario Portal

[SAR Report Portal](#)

† Data suppressed as per ICES' privacy policy (e.g. number of patients between 1 to 5); N/A: Data not available; * Please interpret with caution, denominator ≤ 30

A small proportion of FOBTs performed as diagnostic tests could not be excluded from the analysis. Tests performed in hospital laboratories or paid through alternative payment plans are not captured.

Annexe 7 : Extrait de rapport sur la pratique d'un médecin dispensant des soins aux résidents d'un foyer de soins de longue durée

Source des données : Qualité des services de santé Ontario

MyPractice: Long-Term Care Health Quality Ontario

Summary: Jul 01, 2017 - Sep 30, 2017

What are my overall prescribing rates?

	My Rate (unadjusted)	Ontario Rate (unadjusted)	How does my prescribing compare to my peers?
Antipsychotic Prescribing <small>for dementia without psychosis</small>	32.7%	24.1%	My prescribing rate is higher than 60 percent of my peers
Benzodiazepine Prescribing	11.1%	13.4%	My prescribing rate is similar to many of my peers (between the 25th & 60th percentile)
3 or more Specified* CNS-Active Medications	Data Suppressed	16.6%	My rate for the most recent quarter is suppressed (e.g. number of residents between 1 and 5)

Exclusions: All indicators exclude residents under 66, in palliative care, or new to the LTC home (in home for less than 100 days).
*Specified CNS-active medications include antipsychotics, opioids, oral benzodiazepines and antidepressants (including trazadone).

Who are my residents?

Total residents	Mean age (years)	Female	New residents
60	85	73.3%	Data Suppressed

MyPractice: Long-Term Care

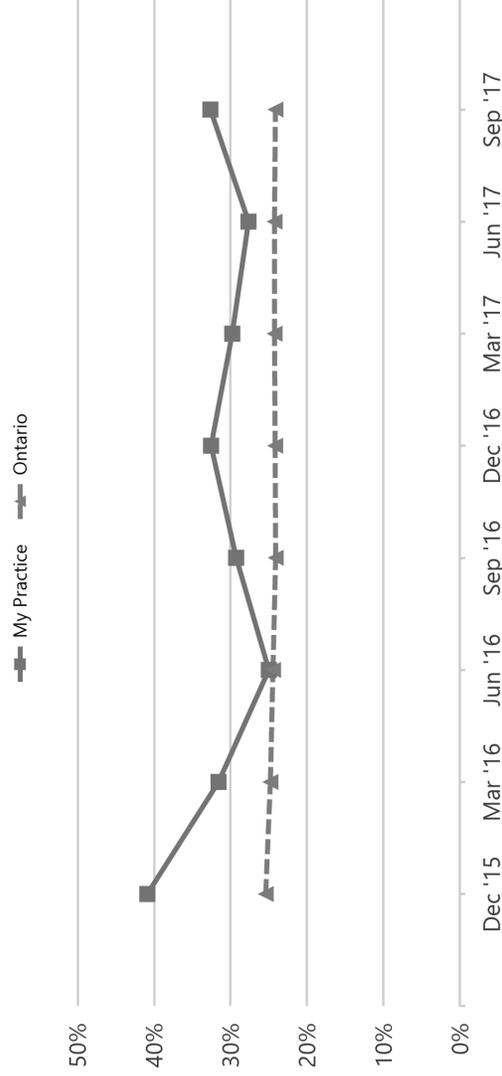
Health Quality Ontario

Antipsychotic prescribing

Reporting Period: Jul 2017 - Sep 2017

What percentage of my residents aged 66 and older who have dementia without psychosis were prescribed antipsychotics?

- Between Jul 01, 2017 and Sep 30, 2017
- **32.7%** of my residents with dementia, without psychosis, were prescribed an antipsychotic.
- My overall rate is **higher than** the provincial rate of **24.1%**. The rate in my LHIN is **29.7%**.
- **22.5%** of my residents were prescribed antipsychotics for at least 90 continuous days.²⁻³
- 1 to 5 of my residents were newly prescribed an antipsychotic (i.e. no prescription in previous 12 months).⁴



Exclusions: Residents who are under 66 years old, diagnosed with psychosis, in palliative care, or new to the LTC home (in the home for less than 100 days). Diagnoses are captured through previous five years of OHIP/DAD/OMHRS data and one year of ODB data.

Number of my residents with dementia (without psychosis) prescribed an antipsychotic

16

In some cases, antipsychotics are indicated for management of responsive behaviours and BPSD.⁵ The data cannot weigh the benefits against the possible harms for a particular resident, but they can point to practice patterns worthy of reflection.

The **Change Ideas: BPSD** suggest ways you can optimize your antipsychotic prescribing.

Source des données : Qualité des services de santé Ontario

My Dashboard

My Corporation Name:
Hospitals within my corporation that performed low-risk surgeries are:

My corporation's performance in fiscal year (FY) 2016/17

◆ My Corporation ● Ontario

Percentage of endoscopy cases with pre-operative...



Percentage of ophthalmologic surgery cases with pre-operative...



Percentage of other low-risk surgery cases with pre-operative...



How many surgeries were done in FY2016/17 in my corporation?

Endoscopy Procedures

2,456

Ophthalmologic Surgeries

8,267

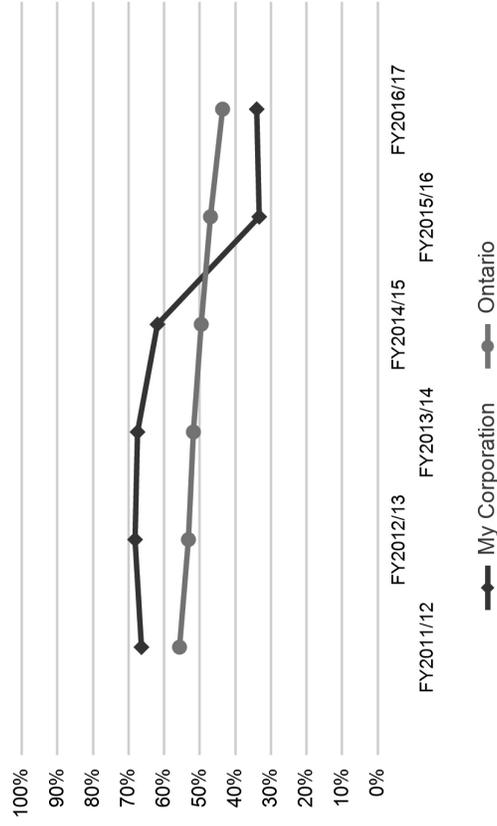
Other Low-risk Surgeries

3,139

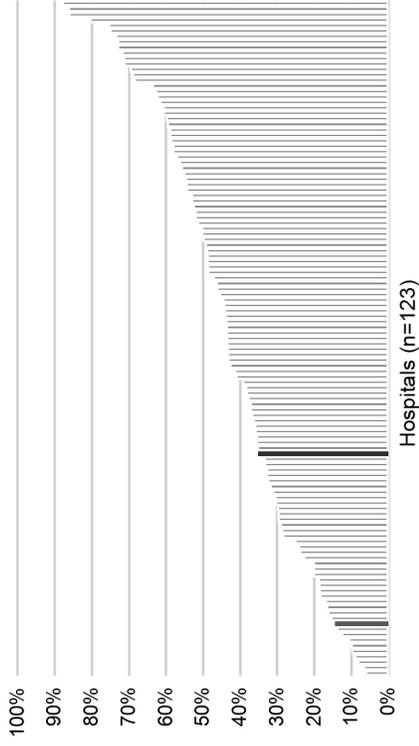
Data sources: Discharge Abstract Database (DAD), National Ambulatory Care Reporting System (NACRS), Ontario Health Insurance Plan (OHIP) Claims History Database and Registered Persons Database (RPDB), provided by the Institute for Clinical Evaluative Sciences (ICES).

My Corporation's Performance: ECG Test before Other Low-Risk Surgery

Percentage of other low-risk surgery cases with pre-operative ECG, from FY2011/12 to FY2016/17



How did my hospitals compare with others in FY2016/17?



Note: This graph and the analysis included in the table below do not include hospitals with suppressed data or hospitals without low-risk surgeries within the reporting period.

Period	FY 2011/12	FY 2012/13	FY 2013/14	FY 2014/15	FY 2015/16	FY 2016/17
My Corporation	66.4%	68.2%	67.5%	61.9%	33.3%	34.0%
Ontario	55.7%	53.2%	51.8%	49.6%	47.0%	43.6%

	FY2016/17
Site	35.2%
Site	14.5%
Minimum value	6.3%
25th percentile	30.3%
Median	43.8%
75th percentile	55.7%
Maximum value	88.0%

Key Findings

In FY2016/17, 1,068 pre-operative ECG tests were conducted before 3,139 other low-risk surgeries in my corporation. My corporation's rate was 34.0% in FY2016/17, which is lower than the provincial rate of 43.6%. For the same time period, the rates ranged from 6.3% to 88.0% across Ontario hospitals that performed these procedures.