

Surveiller ce qui compte

Approche de Qualité des services
de santé Ontario à l'égard
de la surveillance de la performance et
de la publication des rapports
Octobre 2014

Table des matières

Résumé.....	3
Calendrier de mise en œuvre.....	5
Introduction	6
Mandat de Qualité des services de santé Ontario.....	6
Surveillance de la performance et publication des rapports.....	6
Comment nous avons établi notre stratégie.....	6
Contexte.....	8
Notre stratégie.....	11
Partenariats et engagement externe	11
Engagement des patients, des aidants et du public.....	11
Cadre de mesure de la performance.....	11
Analyse et présentation des données	13
Comprendre notre performance collective	13
Déterminer les soins particulièrement bons ou mauvais	13
Comparaisons par rapport aux objectifs, normes et valeurs de référence	14
Sélection des indicateurs.....	15
Catalogue des indicateurs	15
Outils pour la publication des rapports	16
Rapports en ligne.....	17
Sources de données.....	20
Notre rôle au chapitre de l'amélioration de la qualité des données en Ontario	22
Liens avec l'amélioration de la qualité et Analyse des données et normes	23
Conclusion.....	24
Glossaire	26
Documents de référence.....	28

Résumé

Surveiller la performance et en rendre compte est une responsabilité importante qui a été conférée à Qualité des services de santé Ontario (QSSO) en vertu de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*. Nous sommes fiers du travail et des progrès réalisés par QSSO et ses partenaires au cours des dernières années, mais nous reconnaissons aussi que nous devons continuellement nous efforcer à accroître la pertinence et l'impact de nos efforts. Une stratégie claire et précise est nécessaire pour centrer ces efforts d'amélioration et s'assurer que QSSO une source indépendante et fiable d'information sur la qualité des soins de santé en Ontario. Une stratégie bien définie aura aussi l'avantage d'informer les fournisseurs de soins, les patients et le public sur la façon dont nos activités de surveillance et de publication des rapports vont probablement évoluer au cours des prochaines années.

QSSO misera sur son mandat qui englobe les fonctions de surveillance de la performance et de publication des rapports, d'amélioration de la qualité et d'établissement de preuves au sein d'un organisme. Ce rôle unique au sein du système de santé sera adopté lorsque nos activités de surveillance et de présentation des rapports seront plus étroitement intégrées aux fonctions qui nous sont conférées en vertu de la loi, et au rôle de conseil consultatif provincial que joue QSSO.

Au cours des trois prochaines années, nous visons les objectifs suivants :

- Améliorer continuellement le contenu des rapports que nous produisons pour la population de l'Ontario afin de mieux refléter les indicateurs les plus significatifs pour les patients, le public et les fournisseurs de soins.
- Améliorer continuellement l'échéance de nos rapports afin que la population et les fournisseurs de soins aient l'information dont ils ont besoin pour comprendre la performance très récente plutôt que les résultats du lointain passé.
- Améliorer continuellement la clarté et l'accessibilité de nos rapports afin de mieux informer les Ontariennes et Ontariens sur la performance du système de santé.
- Fournir aux fournisseurs de soins plus de données sur leur propre performance et en collaboration avec notre Direction de l'amélioration de la qualité et des partenaires externes à QSSO afin d'assurer que cette information est utilisée pour améliorer les soins.
- Améliorer continuellement notre analyse pour que nous puissions répondre correctement aux questions suivantes : Le système de santé ontarien s'améliore-t-il? Les Ontariennes et Ontariens sont-ils en meilleure santé? Comment notre système de santé se compare-t-il à celui d'autres provinces et d'autres pays? Les soins de santé sont-ils meilleurs dans certaines régions de l'Ontario que dans d'autres?
- Peaufiner et élargir continuellement le programme d'amélioration de la qualité qui servira de série d'indicateurs clés de la performance pouvant être utilisés pour évaluer l'état de santé des Ontariennes et Ontariens et la performance du système de santé. Une série stable d'indicateurs clés de la performance peut servir à déterminer les possibilités d'amélioration et contribuera à assurer la cohésion du programme d'amélioration de la qualité à l'échelle du système.

Pour réaliser ces objectifs, nous utiliserons les outils de publication des rapports suivants :

- Un rapport annuel qui fournira un aperçu de haut niveau de l'état de santé des Ontariennes et Ontariens et de la performance du système de santé.
- Des rapports en ligne, qui contiendront plus de détails au sujet de la performance des fournisseurs de soins et du système de santé dans son ensemble.

- Des rapports thématiques qui analyseront des questions importantes intéressant les intervenants du système de santé et détermineront les domaines à améliorer.
- Des rapports personnalisés à l'intention des fournisseurs de soins, qui seront utilisés pour fournir une rétroaction personnalisée aux praticiens individuels ou aux organismes.

En outre, QSSO préconisera activement des données plus complètes, plus opportunes et de meilleure qualité pour les soins de santé en Ontario et la santé de la population. Lorsque de nouvelles données sont nécessaires, QSSO pourrait s'associer à d'autres organismes pour recueillir des données et, dans certains cas, nous pourrions le faire nous-mêmes.

Enfin, nous continuerons à améliorer la façon dont nous faisons participer les professionnels de la santé, les responsables de l'amélioration de la qualité, les dirigeants du système, les patients et le public à notre travail. Pour catalyser ces efforts, nous avons établi un comité consultatif sur la surveillance de la performance du système de santé et la reddition des comptes afin d'améliorer la coordination des activités de publication des rapports entre les organismes du secteur de la santé, renforcer la défense des intérêts et fournir des conseils à QSSO.

Calendrier de mise en œuvre

QSSO prendra les mesures suivantes pour atteindre ses objectifs stratégiques. Ce travail sera réalisé au cours des 12 prochains mois et des trois années à venir. Vous trouverez dans ce document d'autres détails concernant chaque objectif.

Objectifs sur 12 mois

Rapports

- Publier un rapport annuel en utilisant la série d'indicateurs du programme d'amélioration de la qualité.
- Publier deux rapports thématiques axés sur un état clinique particulier, un secteur, une population de patients ou une source de données.
- Établir un processus pour déterminer et prioriser les futurs sujets des rapports thématiques.
- Publier des rapports personnalisés d'abord à l'intention des fournisseurs de soins.
- Établir une stratégie de communication pour mieux sensibiliser les gens et accroître l'impact de nos rapports auprès divers groupes.

Mesures

- Concevoir et publier un processus qui comprend des examens d'experts pour l'établissement, la priorisation et le retrait d'indicateurs. Ce processus déterminerait aussi si un indicateur doit servir de valeur de référence pour l'établissement des objectifs ou la détection de données aberrantes.
- Préparer un catalogue d'indicateurs qui énumère et définit toutes les mesures indiquées par QSSO ainsi que certaines des mesures que nous avons étudiées et décidé de ne pas présenter.
- Publier une politique sur la protection des données et une procédure standard de fonctionnement pour QSSO.
- Publier un livre blanc décrivant les données requises pour mieux surveiller la performance du système de santé en Ontario.
- Mettre au point un plan pour perfectionner notre méthode de publication des rapports en ligne.

Engagement

- Établir un comité consultatif provincial sur la surveillance de la performance du système de santé et la reddition des comptes.
- Mettre en œuvre un plan pour un plus grand engagement des patients et du public dans notre travail.

Objectifs sur trois ans

- Établir et commencer à mettre en œuvre une stratégie pour appuyer la publication des rapports personnalisés à l'intention des fournisseurs de soins et des organismes de tous les secteurs.
- Lancer un site Web actualisé qui décrit notre nouvelle méthode de surveillance de la performance et de publication des rapports.
- Inclure des indicateurs des soins primaires dans les rapports en ligne.
- Parvenir à produire huit à 10 rapports thématiques par an.
- Établir et commencer à mettre en œuvre un plan pour évaluer l'impact de notre travail de surveillance et de publication des rapports.
- Avoir établi et lancer des cadres de mesure de la performance de tous les secteurs.
- Publier un livre blanc sur l'établissement des objectifs.
- Mettre au point un plan de données provincial pour la surveillance et la publication des rapports sur la performance.
- Travailler avec des chercheurs éminents de l'Ontario et d'ailleurs pour faire progresser continuellement la rigueur de nos activités de surveillance et de publication des rapports.

Introduction

Mandat de Qualité des services de santé Ontario

Qualité des services de santé Ontario (QSSO) est un organisme gouvernemental indépendant, établi en vertu de la *Loi de 2005 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé*. En 2010, le mandat de QSSO a été élargi aux termes de la *Loi sur l'excellence des soins pour tous*. QSSO, dont le rôle est de conseiller la province au sujet de la qualité du système de santé, a les responsabilités suivantes aux termes de la Loi : surveiller l'état de santé et la performance du système de santé et en rendre compte à la population de l'Ontario, appuyer l'amélioration continue de la qualité et promouvoir des soins de santé étayés par des données scientifiques hors pair.

Surveillance de la performance et publication des rapports

QSSO a été chargé de surveiller l'accès aux services de santé financés par les deniers publics, les ressources humaines en santé dans les services de santé financés par les fonds publics, l'état de santé des consommateurs et de la population et les résultats du système de santé, et d'en rendre compte. En outre, la *Loi sur l'excellence des soins pour tous* souligne que le but de cette surveillance est d'encourager et de promouvoir un système de santé intégré axé sur la clientèle, d'accroître la transparence du système de santé de l'Ontario et de le responsabiliser davantage, de suivre les progrès à long terme qui sont accomplis en vue d'atteindre les buts qui ont été fixés et de tenir les engagements qui ont été pris pour l'Ontario en matière de santé, et d'aider la population ontarienne à mieux comprendre son système de santé.

QSSO affiche des indicateurs de la performance sur son site Web depuis 2010. Les rapports sont organisés en trois secteurs : soins de longue durée, soins à domicile et sécurité des patients en soins actifs. Les indicateurs de la sécurité des patients qui reçoivent des soins de longue durée et des soins actifs font l'objet de rapports et sont consultables au niveau provincial et des établissements. Les résultats des soins à domicile sont présentés à l'échelle de la province et pour les 14 centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario, les données relatives aux services fournis par les fournisseurs de soins seront ajoutées plus tard cette année¹. Pendant plusieurs années, QSSO a aussi produit un rapport intitulé *Observateur de la qualité*, qui évaluait la performance du système de santé et proposait des suggestions aux fins d'amélioration.

En ce qui concerne les activités de surveillance de la performance et de publication des rapports, nous sommes persuadés qu'une stratégie claire et précise est nécessaire pour cibler et intensifier l'impact de notre travail. La mise en œuvre de cette stratégie aidera QSSO à se positionner comme une source d'information fiable et indépendante sur la qualité des soins de santé en Ontario en plus d'appuyer ses autres activités.

Comment nous avons établi notre stratégie

Cette ébauche a été élaborée pour donner suite au mandat de QSSO en vertu de la loi : surveiller l'état de santé des Ontariennes et Ontariens et la performance du système de santé et en rendre compte à la population de l'Ontario. Le processus d'élaboration de la stratégie était étayé par des appréciations de nos activités de présentation de rapports provenant de tiers et en puisant dans les connaissances du personnel, de la haute direction, des collègues du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et de notre conseil d'administration. Une étude environnementale externe a été réalisée afin d'examiner les activités de surveillance de la performance et de

publication des rapports de certains organismes, provinces et pays connus pour leur leadership en la matière.

Une première ébauche a été distribuée aux intervenants, aux représentants des patients et à d'autres dirigeants aux fins de commentaires. Ces derniers étaient favorables à l'orientation générale présentée dans cette stratégie et les conseils fournis serviront à diriger sa mise en œuvre. Une ébauche révisée a été affichée pour que le public puisse la consulter avant d'être finalisée.

Contexte

Le but du processus de surveillance de la performance est de suivre, d'évaluer et de communiquer les vastes objectifs du système de santé en matière d'efficacité, d'équité, d'efficience, de réactivité et de productivité^{2, 3}. On compare souvent la performance à une moyenne, un objectif ou une performance optimale⁴. Les comparaisons peuvent aussi s'effectuer entre fournisseurs de soins ou territoires, et au fil du temps.

À l'échelle internationale, les processus de surveillance de la performance et de publication des rapports sont de plus en plus considérés comme une composante essentielle d'un système de santé hautement performant. Par exemple, après une enquête sur des incidents concernant la sécurité des patients en Australie, le commissaire Peter Garling a demandé que des changements transformateurs soient apportés, affirmant que « les rapports qui contiennent de l'information sur le système de santé et les hôpitaux [...] sont le principal moteur (ou levier) pour créer un système de santé auquel le public peut se fier, et pour favoriser l'engagement des cliniciens, l'amélioration de la pratique clinique et la rentabilité »⁵. Plus récemment, lors d'une déclaration sur la publication de son rapport final pour le Mid Staffordshire National Health Service (NHS) Foundation Trust Public Inquiry, Robert Francis a caractérisé l'information comme « l'essence d'une culture ouverte, transparente et candide » et déclaré qu'il était essentiel de produire « les normes fondamentales de soins auxquelles nous avons tous droit, tout en célébrant et appuyant la prestation de soins de santé excellents. »⁶

Les rapports qui contiennent de l'information sur le système de santé et les hôpitaux [...] sont le principal moteur (ou levier) pour créer un système de santé auquel le public peut se fier, et pour favoriser l'engagement des cliniciens, l'amélioration de la pratique clinique et la rentabilité.

Commissaire Peter Garling
New South Wales, Australie

En général, trois groupes participent aux activités de mesure de la performance : les patients et leurs aidants, les fournisseurs de soins et les établissements, et les organismes de direction et de supervision⁷. Les patients pourraient décider quel chirurgien cardiaque ils peuvent consulter après avoir comparé les résultats rajustés en fonction du risque sur un site public⁸. Les fournisseurs de soins ou les établissements pourraient utiliser des données sur la performance pour déterminer les domaines à améliorer et évaluer l'impact des changements au fil du temps⁹. Par exemple, un hôpital qui constate que les temps d'attente aux urgences sont supérieurs à la moyenne pourrait entreprendre une étude afin de déterminer les raisons de cette situation et modifier la nature de ses relations avec d'autres fournisseurs de soins pour améliorer le flux des patients. Les décideurs au niveau du système peuvent aussi utiliser les données sur la performance pour évaluer les effets des changements apportés aux politiques, informer les décisions relatives à l'affectation des ressources et identifier les fournisseurs de soins ou les établissements qui ont besoin d'un soutien ciblé.

La diffusion de données exactes sur la performance se traduit par une meilleure reddition des comptes à tous les niveaux. Cette responsabilisation accrue est importante non seulement parce que le public a le droit d'être au courant de la qualité des services financés par les deniers publics, mais aussi parce que les rapports publics peuvent favoriser l'amélioration des soins de santé^{10,11,12}. Le changement se produit de façon complexe (p. ex., interventions correctives, incitatifs, restructuration des attentes, pressions internes, apprentissage par les pairs), dont beaucoup peuvent être influencés par la mesure de la performance¹³.

Données probantes pour la mesure de la performance et la publication des rapports

Un examen systématique demandé récemment par l'Agency for Healthcare Research and Quality, organisme gouvernemental des États-Unis, s'est penché sur la mesure de la performance et la publication des rapports pour évaluer les données probantes relatives aux avantages et inconvénients de cette pratique¹⁴. Les auteurs de cet examen détaillé de 198 études menées dans huit pays ont conclu que la publication des rapports des données sur la performance se traduit par des améliorations.

De nombreux observateurs s'inquiètent des conséquences inattendues de la surveillance de la performance et de la publication des rapports¹⁵. Malgré quelques exemples de systèmes de la surveillance de la performance mal conçus qui ont entraîné des comportements spéculatifs¹⁶, et peut-être même des préjudices¹⁷, les conclusions de l'examen détaillé indiquent que les conséquences inattendues n'ont généralement qu'un léger impact. Par conséquent, les bénéfices de systèmes de surveillance de la performance et de publication des rapports bien conçus excèdent généralement les préjudices.

Les preuves suggèrent que les cliniciens et les organismes ont réagi à la mesure de la performance et à la publication des rapports en modifiant leurs comportements de façon positive. Toutefois, les patients n'utilisent généralement pas les données sur la performance publiées pour choisir leur fournisseur de soins, bien que cela puisse changer avec la quantité accrue de renseignements affichés en ligne.

Types d'indicateurs

Étant donné la complexité des systèmes de santé, concevoir et mettre en œuvre des systèmes de surveillance de la performance et de publication des rapports de grande qualité est une entreprise pleine de défis. Pour beaucoup d'importants aspects du système de santé, il n'y a tout simplement pas suffisamment de données pour évaluer la performance¹⁸. Par exemple, les erreurs de diagnostic constituent un facteur préoccupant au chapitre de la sécurité des patients, mais la plupart des systèmes de santé ne disposent pas des données requises pour surveiller systématiquement la performance dans ce domaine¹⁹. Pour cette raison et d'autres, il serait prématuré de surveiller et de publier les données sur les erreurs de diagnostic²⁰. Il faut néanmoins s'assurer que nous ne surveillons pas seulement les aspects des soins facilement mesurables, mais que nous nous efforçons continuellement de surveiller ce qui compte pour les patients.

L'un des moyens les plus communs de mesurer la performance est de séparer les indicateurs en trois catégories : structures, processus ou résultats^{21,22}. Par exemple, un hôpital établit un programme de gestion antimicrobienne (p. ex., un indicateur structural qui surveille la proportion de patients des unités de soins intensifs qui reçoivent des antibiotiques conformément aux lignes directrices (indicateur des processus), ainsi que les taux d'infections à *C. difficile* dans les hôpitaux (indicateur des résultats).

Le fait que la surveillance de la performance devrait porter principalement sur les indicateurs des processus ou les indicateurs des résultats reste une question controversée. Certains territoires, dont le Royaume-Uni, ont décidé de délaisser les indicateurs des processus pour les indicateurs des résultats²³. La principale raison de cette préférence pour les résultats est leur importance évidente pour les patients^{24,25}. Les mesures des résultats signalées par les patients²⁶ ou les mesures des expériences signalées par les patients ont pris de la maturité et la compréhension de ces mesures s'est améliorée en 30 ans²⁷; de plus, pour certaines personnes, ces mesures font partie des leviers les plus puissants d'amélioration de la performance²⁸. Toutefois, étant donné les divers facteurs qui influent sur les résultats, notamment ceux sur lesquels les professionnels de la santé n'ont aucun contrôle, dans certains cas, il est plus approprié de se concentrer sur les indicateurs des processus plutôt que les indicateurs des résultats.

Les indicateurs peuvent aussi être présentés comme des indicateurs composés, par exemple des systèmes de notation qui peuvent ensuite être utilisés pour comparer et placer les fournisseurs de soins, les établissements et les systèmes, semblables aux notes sous forme de lettres présentées sur les bulletins scolaires²⁹. Au Canada, nous avons comme exemple d'indicateurs composés pour la mesure de la

performance et la publication des rapports, le rapport Maclean sur la santé de 2002 qui classait 54 régions à l'aide d'un indicateur composé de catégories pondérées de résultats, soins prénatals, santé communautaire, services aux aînés, gain d'efficacité et ressources³⁰. Quoique faciles à lire, il arrive parfois que les indicateurs composés soient exagérément simplifiés, donnent la préférence aux aspects plus facilement mesurables ou dépendent de techniques de pondération controversées³¹.

On peut aussi utiliser des données qualitatives pour examiner la performance, en particulier les éléments qui peuvent être omis dans les approches quantitatives³². Il arrive qu'on obtienne une plus grande participation des intervenants et des détails plus riches en recueillant des données qualitatives auprès de groupes de discussion ou d'entretien. On peut aussi recueillir des données qualitatives lors de consultations avec le public, les fournisseurs de soins et les établissements, telles que celles qui ont été organisées par le Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick lorsqu'il a établi ses systèmes de mesure de la performance. Ces consultations ont permis de déterminer des domaines très utiles et, en fin de compte, ont facilité l'établissement d'un ensemble d'indicateurs aux fins d'évaluation³³.

Choisir les bons indicateurs pour évaluer la performance

Vu le potentiel en tant que catalyseur du changement de la surveillance de la performance, de plus en plus de gens s'y adonnent. Les patients eux-mêmes se mettent à donner leur avis sur la performance de leurs médecins sur des sites Web comme www.ratemds.com, bien qu'il ne faille pas trop se fier à la qualité et à la fiabilité de ces évaluations, car elles sont limitées. Aux États-Unis, le site Web des Centers for Medicare and Medicaid Services Physician Compare³⁴ publie désormais des données sur la façon dont les groupes de médecins traitent le diabète et les maladies cardiaques. Au Royaume-Uni, le NHS dispose d'un outil de présentation des rapports beaucoup plus complet sur les professionnels de la santé sur son site Web [Choices](#), qui permet aux patients de comparer les chirurgiens et les hôpitaux³⁵.

Il convient de noter que bon nombre d'indicateurs sont utiles pour surveiller les initiatives locales d'amélioration de la qualité, mais pas la performance d'un système de santé. La décision de faire connaître la performance du fournisseur ou de l'organisme individuel ne doit surtout pas être prise à la légère, car les différences dans la performance apparente peuvent être attribuables à divers facteurs, tels que la complexité de l'état du patient ou la qualité des données, plutôt qu'aux écarts dans la performance réelle. Mal évaluer la performance serait de toute évidence contre-productif pour les objectifs de la mesure de la performance³⁶. Comme d'autres l'ont dit, « il est dans l'intérêt général que tous (le gouvernement, les gestionnaires, les fournisseurs et le public) aient confiance dans le processus de surveillance de la performance, et jugent ses conclusions convaincantes »³⁷.

Notre stratégie

Partenariats et engagements externes

Qualité des services de santé Ontario croit en des relations fortes, collaboratives et mutuellement bénéfiques et continuera de s'associer à d'autres agences de renseignement et à des partenaires du système de santé pour renforcer la surveillance de la performance en Ontario. Plutôt que de dupliquer ce travail, les divers organismes intéressés à surveiller la performance de plusieurs aspects du système de santé peuvent collaborer ensemble pour produire des analyses et des renseignements solides qui permettent une compréhension plus claire et commune de la performance du système de santé.

Le nouveau comité consultatif sur la surveillance de la performance du système de santé et la reddition des comptes, qui fait partie d'un groupe de comités chargés de rendre compte à une table provinciale de concertation des partenaires de QSSO, facilitera la collaboration et l'harmonisation des connaissances en surveillance de la performance et publication des rapports. Cette initiative se traduira par un meilleur partage et plus de cohérence au sein du système et encouragera l'utilisation de données pour appuyer la prise de décision et l'établissement des rapports. Le comité comprendra des personnes représentant les organismes provinciaux et nationaux, les réseaux locaux intégrés des services de santé, des particuliers possédant des connaissances théoriques en surveillance de la performance et établissement de rapports publics, ainsi que des patients et des aidants. Le comité appuiera les activités des comités consultatifs sectoriels de QSSO pour les soins primaires, les soins à domicile, les soins de longue durée et la sécurité des patients dans les établissements de soins actifs et en tiendra compte dans son travail.

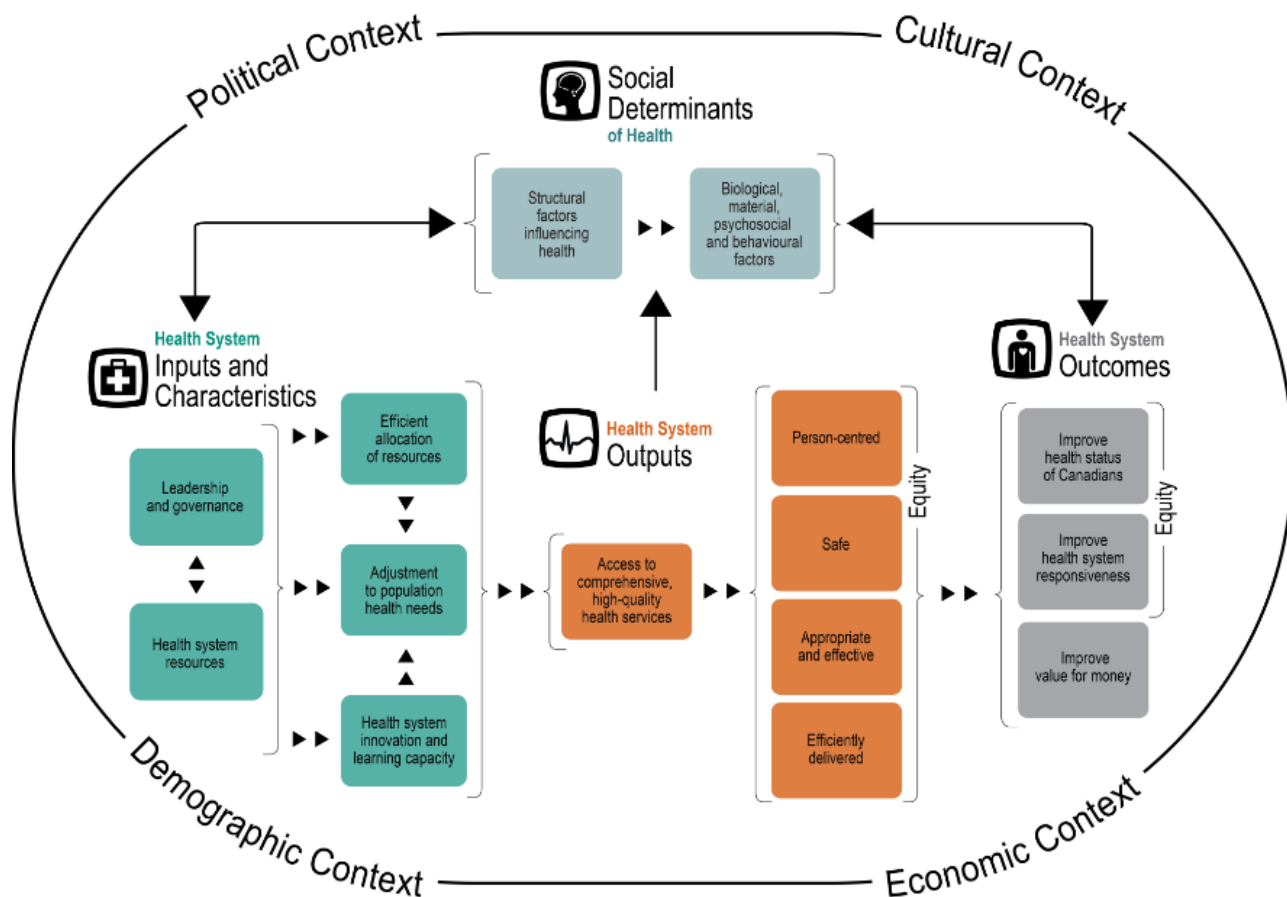
De plus, nous collaborerons davantage avec des cliniciens, non seulement par l'intermédiaire des organisations qui les représentent, mais aussi par divers autres moyens.

Engagement des patients, des aidants et du public

Par ailleurs, QSSO souhaite que les patients, les aidants et le public participent à ses activités et considère qu'ils pourraient jouer un rôle déterminant pour renforcer la surveillance de la performance et la publication des rapports. Les utilisateurs du système de santé apportent des renseignements, points de vue, expériences et idées utiles qui ne peuvent être obtenus ailleurs. Il devient évident qu'une participation appropriée des patients, des aidants et du public peut avoir une incidence positive sur des objectifs clairement énoncés, ainsi que sur les méthodes de mesure³⁸. Le but est essentiellement d'améliorer les expériences, la qualité des soins et des services et de s'assurer que le système de santé est plus réactif. QSSO élabore une stratégie complète pour renforcer la participation des patients au sein de l'organisme et dans tout le système de santé. En termes de surveillance de la performance et de publication des rapports, le but de cet engagement des patients, des aidants et du public est de nous assurer que nous surveillons ce qui compte.

Cadre de mesure de la performance

Les cadres contribuent à cibler les mesures sur les principaux aspects et objectifs d'un système de santé hautement performant. D'autres territoires, par exemple, le Royaume-Uni, ont défini de tels cadres et les ont utilisés pour identifier des indicateurs généraux et les domaines à améliorer. L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) a établi un excellent cadre pour évaluer la performance du système de santé (voir le graphique 1)³⁹.



Graphique 1 : Cadre de mesure de la performance du système de santé mis au point par l'ICIS

QSSO, de concert avec les partenaires du système de santé, a mis au point une première série d'indicateurs dans le cadre du programme commun d'amélioration de la qualité (PCAQ) pour aider le système à se concentrer sur les principales priorités. Le PCAQ est structuré par secteur (p. ex., hôpitaux, soins de longue durée, soins primaires, etc.) et comprend des indicateurs globaux qui indiquent si divers secteurs travaillent bien ensemble. Les indicateurs inclus évolueront au fil du temps, de façon à dépendre d'un certain nombre de facteurs, dont la disponibilité des données et les priorités du système actuelles. En plus de couvrir tous les secteurs, ils couvriront les neuf attributs d'un système de santé hautement performant, c'est-à-dire accessible, efficace, sûr, axé sur les patients, équitable, efficace, adéquatement outillé, intégré et centré sur la santé de la population. Au fil du temps, nous nous attendons également à mettre davantage l'accent sur des indicateurs portant sur l'expérience des patients. Les indicateurs du PCAQ seront utilisés pour un certain nombre d'objectifs différents, mais connexes : surveillance et rapports publics, responsabilisation, amélioration de la qualité et surveillance pour l'établissement de preuves. QSSO améliorera continuellement ces indicateurs de concert avec les intervenants du système, les professionnels de la santé et les patients.

Analyse et présentation des données

Comprendre notre performance collective

QSSO est déterminé à fournir aux patients, au public et au personnel de la santé des données sur la performance de grande qualité et facilement accessibles et, autant que possible, en temps réel. Bien que nous devions parfois inclure des données ciblées et détaillées dans nos rapports, QSSO cherchera à maintenir une approche « centrée sur tous les groupes » en fournissant des résumés destinés au public. Le rapport ou l'annexe technique pourrait contenir des données plus détaillées destinées à un groupe particulier de fournisseurs de soins.

Nous sommes également déterminés à analyser et à interpréter les données de façon à permettre les comparaisons au fil du temps et entre régions. Les Ontariennes et Ontariens méritent d'avoir les réponses à des questions telles que celles-ci : La santé de la population s'améliore-t-elle? Notre système de santé s'améliore-t-il? Comment notre système de santé se compare-t-il à d'autres systèmes d'autres provinces et pays? Dans quelle mesure les soins de santé varient-ils en Ontario? Les gens bénéficient-ils d'un accès équitable à des soins de santé de haute qualité? Réalisons-nous les objectifs établis par le gouvernement, des experts externes et les patients? Des fournisseurs de soins particuliers fournissent-ils des soins de qualité particulièrement faible ou élevée? La prestation de soins s'améliore-t-elle du point de vue du patient?

Déterminer les soins particulièrement bons ou mauvais

Les points de données qui tombent à des niveaux extrêmement bas ou élevés dans un échantillon sont fréquemment qualifiés de « données aberrantes »^{40,41,42,43,44,45,46,47}. Les points de données aberrantes peuvent indiquer une performance exceptionnellement positive ou négative, mais aussi déceler des erreurs dans la mesure ou d'autres problèmes méthodologiques^{48,49}.

QSSO pense que l'identification de données aberrantes est une composante importante du processus de surveillance du système de santé et de publication des rapports. Ce type d'analyse peut aider à déterminer les défis associés aux mesures et les variations inhabituelles dans un paramètre de santé particulier. Les variations ne sont pas nécessairement mauvaises et, dans certains cas, indiquent qu'un système répond à divers besoins et préférences des patients⁵⁰. L'identification des données aberrantes peut aussi contribuer à souligner de véritables réussites et des performances insuffisantes. La récente controverse autour de la situation inacceptable due aux taux de mortalité élevés et à la mauvaise gestion à la Mid Staffordshire NHS Foundation Trust, au Royaume-Uni, souligne les risques de ne pas identifier les données aberrantes et de ne pas intervenir de façon appropriée⁵¹.

Trois pays nous ont aidés à établir notre méthode de traitement des données aberrantes : le Royaume-Uni, l'Australie et les États-Unis. Le Royaume-Uni a pris récemment la décision d'adopter une approche plus facile à comprendre par le public pour la présentation des indicateurs de la performance. Les indicateurs sont groupés en catégories cliniques (p. ex., cancer, santé des enfants, santé mentale, soins primaires) pour faciliter la comparaison entre régions, hôpitaux ou cabinets. Le National Cancer Intelligence Network, partenariat établi à l'échelle du Royaume-Uni administré par Public Health England, utilise des graphiques en entonnoir pour évaluer d'éventuelles données aberrantes⁵²; les observations au-delà ou en deçà de 99,8 % (ou environ trois écarts types) sont classées comme des données aberrantes⁵³. De même, les indicateurs relevant du groupe des enfants sont classés de la même manière⁵⁴. La transparence fait partie des avantages du diagramme en entonnoir. Bien que le rajustement en fonction du risque ait produit les résultats escomptés, des données aberrantes sont évidentes lorsqu'on examine le graphique lui-même^{55,56,57}. Le National Clinical Audit Advisory Group fournit des conseils pour la détection et la gestion des données aberrantes⁵⁸.

La National Health Performance Authority, organisme australien indépendant, publie ses rapports essentiellement via deux sites Web : [MyHealthyCommunities](#) et [MyHospitals](#). Les données aberrantes sont indiquées au moyen de lignes en pointillés, chaque pointillé représentant un établissement, de taille proportionnelle à son volume⁵⁹. Cette représentation des données indique une variation et la présence de données aberrantes sans désigner explicitement les établissements individuels.

Deux organismes qui essaient de quantifier la performance du système de santé aux États-Unis sont la Veterans Health Administration, qui relève du U.S. Department of Veterans Affairs⁶⁰ une fondation privée, le Commonwealth Fund, qui est une fondation privée⁶¹. La feuille de notation Veterans Health Administration Hospital Report Card classe les hôpitaux du plus élevé au plus bas (p. ex., 100-0) dans un tableau de style sportif, fondé sur un panier d'indicateurs sans désigner ceux qui affichent une performance exceptionnelle. Le Commonwealth Fund compare les indicateurs de la performance de régions locales à l'échelle des États-Unis à l'aide d'un tableau matriciel comportant des codes de couleur pour distinguer les différents quartiles les uns des autres. Le premier 90^e percentile et le dernier 10^e percentile sont également notés.

Toutes identifications futures de données aberrantes dans les rapports de QSSO seront étayées à l'aide des exemples ci-dessus et d'autres pratiques exemplaires. L'expérience de NHS, en particulier, souligne la nécessité de s'assurer que les rapports des données aberrantes sont étayés par des normes rigoureuses d'analyse des données. Il est clair que les rapports sur les données aberrantes sont un moyen important de récompenser les organismes qui s'appliquent à améliorer la qualité et qu'ils soulignent les pratiques exemplaires dont d'autres peuvent s'inspirer. À l'autre bout du spectre de la performance, les organismes qui affichent des rendements inférieurs à ceux de leurs homologues n'ont peut-être pas suffisamment d'information pour le constater. En les informant de leur performance relative, on peut aider les fournisseurs de soins et les dirigeants à déterminer les domaines à améliorer. En outre, QSSO est spécialement bien placée pour offrir un soutien ciblé du fait de son mandat d'amélioration de la qualité.

Une stratification accrue pourrait aussi informer un organisme de sa performance par rapport à celle de ses homologues, en regroupant les performances en trois groupes : hautement performants, performants et sous-performants⁶². On pourrait aussi présenter les tendances durables et les « déviations » précoces dans la performance au fil du temps⁶³.

Les comparaisons avec d'autres territoires seront élargies afin de fournir aux lecteurs des renseignements sur la performance relative à d'autres régions, provinces et pays. Des comparaisons internationales sont considérées comme étant particulièrement importantes dans les domaines médicaux où la performance du Canada est actuellement inférieure à celle de ses homologues.

Comparaisons par rapport aux objectifs, normes et valeurs de référence

On utilise souvent les termes « objectif », « norme » et « valeur de référence » de façon interchangeable, alors qu'ils ont des significations différentes dans les domaines de l'amélioration de la qualité et de la mesure de la performance. Un « objectif » est une valeur mesurable de performance souhaitée et peut être établi par les fournisseurs de soins eux-mêmes (p. ex., objectifs d'amélioration de la qualité) ou par des organismes externes (p. ex., évaluation de la performance, responsabilisation ou financement). Une « norme » représente généralement une valeur minimale ou une échelle de performance acceptable et est habituellement établie par un bailleur de fonds ou un organisme de réglementation. Une « valeur de référence » est une marque d'excellence et généralement déterminée en examinant la performance de divers organismes.

Lorsque des objectifs ou des normes relatives à la performance sont largement acceptés (p. ex., les temps d'attente pour un service de santé particulier), nous surveillerons la performance par rapport à ces objectifs, au niveau provincial ainsi qu'au niveau régional ou du professionnel de la santé, le cas échéant. Il existe des objectifs naturels pour certains indicateurs des processus ou résultats (p. ex., le taux d'interventions chirurgicales qui ne sont pas réalisées dans le bon établissement est zéro). Toutefois, il n'existe pas d'objectifs naturels ou établis par le gouvernement pour de nombreux autres indicateurs. Par exemple, le taux optimal de chutes dans un foyer de soins de longue durée n'est pas déterminé. Ainsi, un foyer de soins de longue durée où le taux de chutes est de zéro peut ne pas autoriser ses résidents à se déplacer comme ils le souhaitent. Pour de tels indicateurs, la meilleure façon de procéder serait peut-être d'établir une échelle de performance acceptable. On peut aussi encourager une interprétation « équilibrée » (pour que la performance relative à un indicateur soit évaluée par rapport à un autre indicateur connexe, comme le taux d'utilisation des moyens de contention par rapport au taux de chutes chez les résidents).

Les valeurs de référence sont différentes des objectifs⁶⁴. Elles sont établies en tenant compte des résultats récents des meilleurs organismes et généralement utilisées pour informer les fournisseurs du rendement de leurs homologues. Pour certains indicateurs (tels que ceux indiqués par QSSO dans le secteur des soins de longue durée), QSSO a dirigé les processus pour établir des valeurs de référence, qui peuvent ensuite servir d'objectifs à atteindre pour les fournisseurs de soins.

Il convient de souligner que le terme « objectif » est souvent utilisé autrement dans le contexte de l'amélioration de la qualité. Dans ce contexte, les objectifs servent à encourager les fournisseurs de soins et les organismes à atteindre des objectifs précis. Toutefois, ces objectifs sont généralement établis à l'interne et on s'attend à ce que nombre d'entre eux ne soient pas réalisés, tout au moins sur le court terme. Si tous les objectifs d'amélioration de la qualité étaient atteints, cela signifierait alors qu'ils sont trop modestes.

Dans certains cas, les objectifs peuvent servir à orienter le changement et l'amélioration de la qualité pour les indicateurs divulgués au public. Déterminer les indicateurs prioritaires et les objectifs à atteindre est une composante importante du programme commun d'amélioration de la qualité de QSSO. Dans ce cas, l'établissement des objectifs se fera avec beaucoup de précautions, du point de vue du système et en partenariat avec les professionnels de la santé et les patients, et tiendra compte des connaissances acquises et émergentes des sources de variation de la performance⁶⁵.

Cependant, l'utilisation d'objectifs pour motiver le changement comporte des risques potentiels. En plus des problèmes associés au fait de relier les objectifs à des incitatifs financiers, une trop grande importance accordée aux objectifs peut remplacer l'altruisme professionnel, induire des comportements spéculatifs ou résulter en une lassitude au niveau des objectifs^{66,67}.

QSSO tiendra compte de ces questions au moment de déterminer les autres domaines pour lesquels ses rapports doivent comprendre des objectifs et appuiera les activités d'amélioration de la qualité. Au cours des 12 prochains mois, nous établirons un processus que nous, et d'autres en Ontario, pouvons utiliser pour établir des objectifs. Dans de nombreux cas, cela peut comporter une échelle par rapport à laquelle nous comparerions la performance des fournisseurs de soins dans nos rapports.

Sélection des indicateurs

Catalogue des indicateurs

Une seule bibliothèque de définition des indicateurs peut aider à organiser l'information et en faciliter la diffusion auprès des utilisateurs et du public. L'ICIS fait preuve de leadership en établissant une telle bibliothèque⁶⁸. QSSO constate le bien-fondé de cette approche et, au cours des 12 prochains mois, établira un catalogue d'indicateurs du système de santé utilisé pour l'évaluation de notre performance et l'établissement de rapports. Nous avons établi ce catalogue principalement pour nous obliger à être entièrement transparents au sujet de nos méthodes. Nous pourrions mieux expliquer pourquoi nous avons décidé de présenter ou non certains indicateurs, et fournir des définitions claires aux professionnels de la santé intéressés et au public. Dans de nombreux cas, évidemment, la bibliothèque des indicateurs de QSSO soulignera simplement que nous avons défini un indicateur en utilisant la même définition que l'ICIS.

Le catalogue pourrait inclure les indicateurs que nous présentons ainsi que ceux que nous avons étudiés et décidé de ne pas présenter. À un moment donné, nous pourrions aussi inclure des indicateurs qui conviendraient plutôt à l'amélioration de la qualité qu'à la publication des rapports. Le catalogue pourrait aussi comprendre des indicateurs composés qui mesurent la qualité sous de multiples aspects, des indicateurs qui ne sont actuellement pas mesurés ou ne comportent pas une source de données actuelle, ou encore des indicateurs qu'il faut encore étudier.

Nous définirons et publierons un processus pour de nouveaux indicateurs, dont ceux suggérés par le public. Nous mettons au point des critères pour nous assurer que les indicateurs proposés respectent les normes pour la qualité des données, la rigueur statistique et l'importance⁶⁹. Nous voulons notamment inclure les indicateurs qui comptent le plus pour les patients, tels que ceux associés à l'expérience des soins.

Dans la mesure du possible, les indicateurs seraient semblables à ceux utilisés par d'autres agences de renseignement de l'Ontario, du Canada et du monde entier. Ainsi, on pourrait s'entendre sur les principaux paramètres de la qualité et permettre des comparaisons entre territoires et au sein des territoires et l'établissement de valeurs de références. Ce consensus pourrait être atteint par l'entremise du comité consultatif sur la surveillance de la performance du système de santé et la reddition des comptes et d'autres structures similaires.

Outils pour la publication des rapports

QSSO utilisera plusieurs outils pour produire des rapports, dont un rapport annuel, des rapports en ligne et des rapports thématiques. De plus, nous fournirons une rétroaction personnalisée aux fournisseurs individuels pour stimuler l'amélioration de la qualité en distribuant des rapports de façon confidentielle aux professionnels de la santé ou en facilitant la diffusion de ce type de rapports par nos partenaires. De nouvelles activités de communications seront aussi établies pour mieux faire connaître QSSO et nos activités de surveillance et de publication des rapports, et de souligner les principales constatations de nos rapports auprès du public.

Rapport annuel

QSSO continuera à présenter un rapport annuel à la ministre de la Santé et des Soins de longue durée conformément à la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*. Ce rapport évaluera l'état de santé de la population et la performance globale du système de santé, et identifiera aussi les principaux domaines à améliorer. Le rapport annuel utilisera la série d'indicateurs du PCAQ, déterminés de concert avec les partenaires du système de santé (comme il est décrit dans la section du cadre de mesure de la performance). La version 1.0 de cette série d'indicateurs a été publiée fin 2013. La série d'indicateurs sera modifiée considérablement au cours des prochaines années, mais nous prévoyons qu'elle se stabilisera et seulement un petit nombre d'indicateurs seront ajoutés ou retirés chaque année. Nous ferons des comparaisons avec les objectifs établis, et mettrons au point des valeurs de référence nationales et internationales. Le rapport comprendra également aussi une section afin de déterminer les limites associées à la nature des données disponibles. Ensemble, la PCAQ et le rapport annuel constitueront un document de référence pour QSSO et appuieront d'autres activités au sein de l'organisme. Les principaux thèmes et domaines à améliorer établis dans le cadre du rapport peuvent étayer d'autres priorités, des possibilités d'examen des preuves et les efforts d'amélioration de la qualité.

Rapports thématiques

Une nouvelle série de rapports portera sur les principales questions associées à la performance du système de santé ontarien. Une approche plus approfondie sera appliquée pour se concentrer sur un défi associé au système, décrivant la performance actuelle et contenant des conseils aux fins d'amélioration. Au fil du temps, nous prévoyons atteindre une série stable de 8 à 10 rapports par an pour attirer l'attention sur les principaux aspects du système de santé. Un calendrier de publication plus fréquent intensifiera les efforts de QSSO en matière de publication des rapports, accroîtra son profil auprès des médias et confirmera sa réputation à titre d'organisme fiable en matière de surveillance de la performance du système de santé et d'établissement de rapports en Ontario.

Nous pensons que ces rapports pourraient porter sur un secteur, une population ou une maladie spécifique, analyser les lacunes dans les soins ou traiter de thèmes transversaux qui nous rapprochent d'un système intégré. Un processus ouvert sera conçu pour déterminer les sujets qui encourageraient divers groupes indépendants de QSSO à soumettre des thèmes, dont la communauté des fournisseurs de soins et le public. QSSO encouragerait les chercheurs, les patients et les aidants, les organismes et les cliniciens de première ligne à participer à l'évaluation des thèmes qui seront présentés dans les rapports, compte tenu des

questions prioritaires connues et des lacunes établies. Nous nous efforcerons également d'aligner les thèmes des rapports sur les priorités de l'Ontario en matière d'amélioration de la qualité ainsi que sur la publication des nouvelles données probantes et des conseils, en nous attardant particulièrement sur le travail de la direction Analyse des données et normes.

En outre, QSSO instaurera une certaine souplesse pour répondre aux demandes spéciales de la ministre de la Santé et des Soins de longue durée, prérogative ministérielle établie aux termes de la *Loi de 2010 sur l'excellence des soins pour tous*. Un rapport publié récemment en Alberta sur la continuité des soins sert de modèle à un tel rapport⁷⁰.

Nous voulons produire la plupart des rapports thématiques de concert avec d'autres intervenants du système de santé. Le fait de surveiller la performance et de produire des rapports en collaboration avec d'autres organismes renforcera l'analyse, l'interprétation et améliorera l'impact et l'adoption, et réduira le fardeau associé à la collecte de données sur le terrain. Évidemment, il faudrait créer de tels partenariats de façon à préserver notre capacité à surveiller la performance indépendamment.

Chaque rapport pourrait déterminer et décrire des indicateurs, analyser les tendances au fil du temps, comparer la performance d'autres territoires et déterminer les objectifs en matière de performance. Dans certains cas, les rapports pourraient être très courts et ne contenir que quelques indicateurs. On étudiera également possibilité de se fier davantage à des évaluations qualitatives, de concert avec la communauté des chercheurs. Tous les indicateurs contenus dans ces rapports pourraient être sélectionnés avec l'aide de conseillers externes. Ce processus de sélection tiendrait compte des cadres de mesure des secteurs et du système, ainsi que du PCAQ et des dimensions de la qualité et de QSSO. De plus, certains indicateurs pourraient être qualifiés d'indicateurs clés susceptibles d'être inclus dans d'autres rapports de QSSO, comme le rapport annuel ou les rapports en ligne, pour évaluer la performance de manière continue.

Comme pour le rapport annuel, on s'attend à ce que l'importance des données et les recommandations pour des données de meilleure qualité seront une composante de chaque rapport thématique.

Rapports en ligne

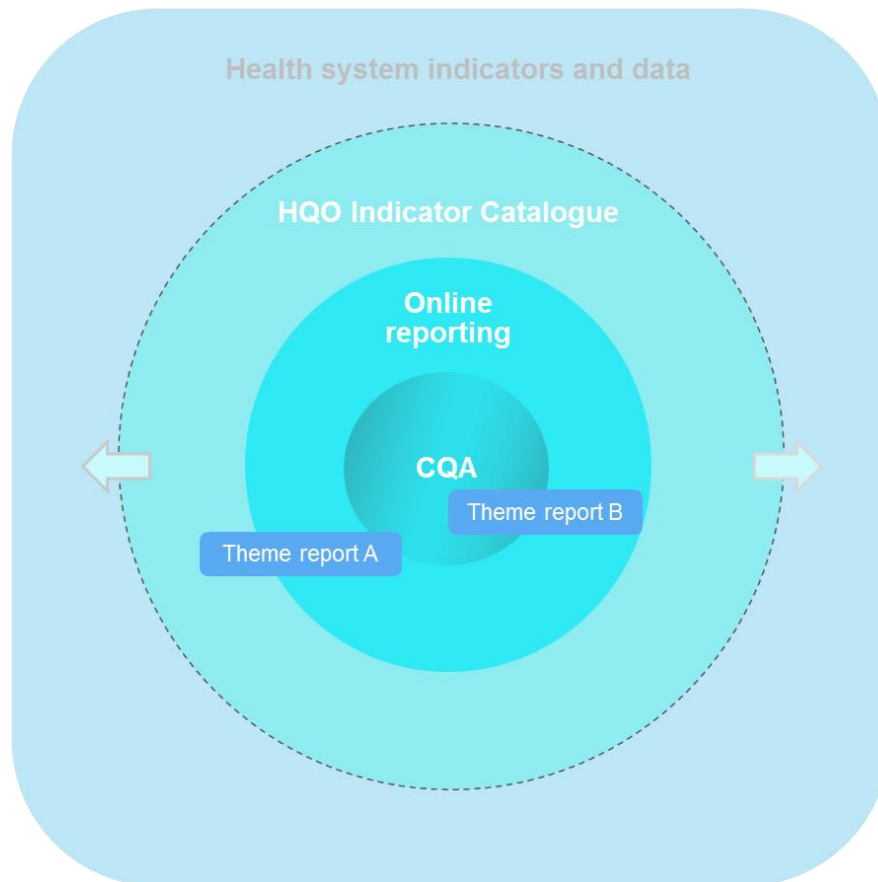
La publication des rapports en ligne est un mécanisme efficace pour atteindre de vastes audiences diversifiées, et un moyen rentable de fournir des données plus détaillées au public, aux patients et aidants et aux fournisseurs de soins. QSSO est un chef de file national au chapitre de la prestation en ligne de données sur la performance des soins de santé, et nous avons l'intention de renforcer cette réussite. Nous voulons notamment nous assurer que notre site Web est convivial et contient des renseignements pour tous les groupes intéressés.

Dans la mesure du possible, nos rapports, qui sont étayés par de solides méthodes, désigneront les organismes de soins et seront suffisamment détaillés pour mettre l'accent sur l'amélioration de la qualité, comme le démontre le rapport du Réseau des soins cardiaques de l'Ontario sur les résultats des chirurgies cardiaques⁷¹. Les rapports suivront les conseils susmentionnés portant sur une présentation efficace des données, et contiendront des comparaisons entre pairs, des objectifs et des valeurs de référence ainsi qu'une description des données aberrantes. Dans la mesure du possible, des liens seront établis avec d'autres aspects de notre processus de surveillance de la performance (p. ex., rapports thématiques pertinents), les données probantes disponibles et les conseils en matière d'amélioration de la qualité.

Au cours des deux prochaines années, nos rapports en ligne seront plus intégrés. Tout en continuant de présenter la plupart des données pour lesquelles nous établissons des rapports, nous inclurons également plus de données sur les secteurs que nous n'avons pas l'habitude de couvrir en ligne, y compris le secteur des soins primaires et une gamme plus vaste d'indicateurs associés aux soins hospitaliers. Le site deviendra aussi beaucoup plus intéressant et interactif.

Le graphique 2 montre comment le catalogue des indicateurs de QSSO contiendra des indicateurs utilisés pour des rapports en ligne détaillés et le rapport annuel plus sélectif fondé sur le PCAQ. Les rapports

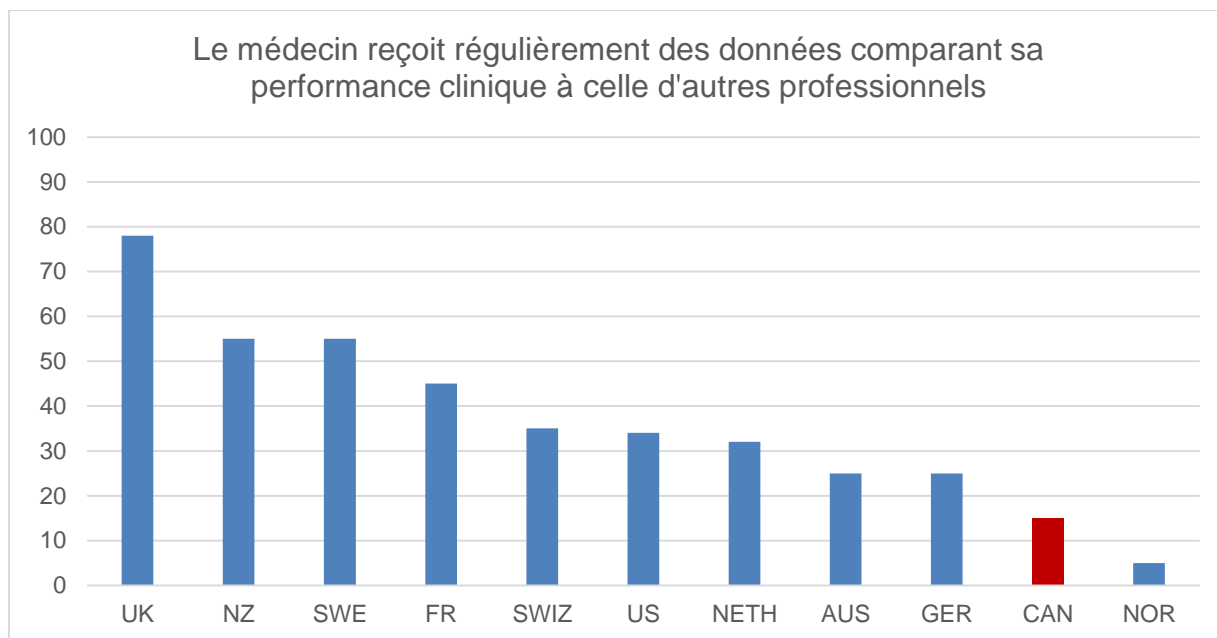
thématiques contiendraient certains indicateurs provenant de ces trois sources et se rapportant au sujet. Ce système dynamique comportera des indicateurs externes au fil du temps, ainsi que ceux qui sont présentés et retirés. Dans la mesure du possible, les indicateurs de QSSO seraient alignés sur les indicateurs présentés par d'autres organismes.



Graphique 2 : Environnement des indicateurs – rapports emboîtés.

Personnalisation des rapports

Malgré la myriade de données sur le système de santé disponibles au Canada et en Ontario, nous sommes à la traîne derrière d'autres territoires lorsqu'il s'agit de fournir des renseignements intéressants sur leur profession aux fournisseurs de soins. Une étude récente du Fonds du Commonwealth a conclu que seulement 15 % des médecins canadiens reçoivent des données régulièrement qui comparent leur performance à celle d'autres médecins. Le graphique 3 montre la mesure dans laquelle le Canada est à la traîne derrière les autres pays, en utilisant les médecins de soins primaires comme exemple.



Source: Enquête internationale du Fonds du Commonwealth sur les politiques de santé concernant les médecins de soins primaires (2012)

Graphique 3: Comparaison à l'échelle internationale des données sur la performance des fournisseurs de soins

Cette information peut aider les fournisseurs de soins à évaluer leur performance par rapport à celle de leurs pairs, encourager l'amélioration de la qualité et l'apprentissage par les pairs. En effet, les preuves suggèrent qu'il y a probablement une amélioration lorsque la mesure de la performance vise les fournisseurs de soins eux-mêmes⁷². En outre, des données probantes récentes indiquent que les données sur la performance peuvent être beaucoup plus motivantes que les incitatifs financiers⁷³.

Il n'est pas nécessaire d'inclure cette information dans les rapports pour encourager le changement. En fait, beaucoup d'indicateurs ne sont pas prêts à être publiés (p. ex., en raison de l'incertitude concernant l'intégralité des données, de l'incapacité de rajuster adéquatement les données en fonction des écarts entre les populations des patients, etc.). En plus d'être un levier propice au changement, les rapports personnalisés peuvent aussi être un outil pour essayer et peaufiner de nouveaux indicateurs qui pourraient servir à effectuer des changements sans attendre, mais ne sont toutefois pas suffisants pour tirer des conclusions au sujet de la performance entre groupes.

QSSO prendra les mesures suivantes pour que les rapports puissent être personnalisés :

- encourager les fournisseurs de soins à déterminer quels rapports seraient utiles à leur pratique et comment l'information pourrait être présentée de façon significative et réalisable;
- fournir des données, par exemple, par le biais des rapports sur le secteur des soins primaires⁷⁴, ou aider d'autres à fournir de telles données;
- relier les professionnels dont la performance est élevée à ceux dont la performance est faible pour encourager l'apprentissage et l'amélioration de la qualité;
- établir des normes et des lignes directrices afin d'aider les autres organismes ou agences qui souhaitent faire un travail similaire;
- aider les fournisseurs de soins à déterminer des indicateurs locaux pour les ajouter aux indicateurs publiés à l'échelle de la province;
- mettre au point des outils, p. ex., feuilles de notation de la performance dans des domaines cliniques importants;

- prôner un meilleur partage de l'information avec les fournisseurs de soins, la mise au point de sources de données, et tirer parti des outils d'information innovateurs sur les examens/audits réalisés par des pairs;
- étudier les possibilités d'agir comme un pôle central de programmes collaboratifs de surveillance des initiatives d'amélioration de la qualité dans plusieurs établissements et encourager la participation à des initiatives existantes, comme que le American College of Surgeon's National Surgery Quality Improvement Program (ACS NSQIP).

Sources de données

La capacité de QSSO de surveiller la performance du système de santé et l'état de santé de la population de la province et d'en rendre compte dépend considérablement de la qualité et de la quantité des données à sa disposition.

Le tableau 1 présente la plupart des sources des données que nous utilisons dans notre travail

Bases de données/sources des données utilisées par le passé et présentement par QSSO	Fournisseur des données	Secteurs
Registre des médecins actifs	Ontario Physician Human Resources Data Center	SP
Système d'information de BORN	BORN Ontario	SP, SA
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	Institut de recherche en services de santé	SP, SLD, soins généraux
Registre du Réseau des soins cardiaques de l'Ontario	Réseau des soins cardiaques de l'Ontario	SA
Base de données Client Agency Program Enrolment	Institut de recherche en services de santé	SP
Sondage sur l'expérience des clients et des aidants naturels	Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario	SD
Base de données sur le profil des clients	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée	SD, SLD, SA
Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario	Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario	SP, soins généraux
Enquête internationale du Fonds du Commonwealth sur les politiques de la santé	Fonds du Commonwealth Fund	SP,SA,SLD,SD
Système d'information sur les soins de longue durée	Institut canadien d'information sur la santé*	SA, SD, SLD
Base de données des fournisseurs commerciaux	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée	SP, soins généraux
Système d'information sur les soins aux malades en phase critique	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée	SA
Cytobase	Action Cancer Ontario	SP
Base de données sur les congés des patients	Institut de recherche en services de santé (IRSS), Action Cancer Ontario (ACO), ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Institut canadien d'information sur la santé	SP,SA,SLD,SD
HIMSS Analytics	Ontario Hospital Association	SP
Base de données sur les soins à domicile	Institut de recherche en services de santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée	SD
Système d'information sur les services à domicile	Institut canadien d'information sur la santé	SD
Système d'information sur les dossiers d'immunisation	Santé publique Ontario	SP
Système intégré de gestion de la clientèle	Action Cancer Ontario	SP
Laboratory Reporting Tool	Action Cancer Ontario	SP
Système national d'information sur les soins ambulatoires	Institut de recherche en services de santé, ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Institut canadien d'information sur la santé	SP,SA,SLD,SD
Sondage de NRC Picker sur la satisfaction des patients	Ontario Hospital Association	SA

Programme ontarien de dépistage du cancer du sein	Action Cancer Ontario	SP
Registre du cancer de l'Ontario	Action Cancer Ontario	SP,SA
Base de données sur le diabète de l'Ontario	Institut de recherche en services de santé	SP,SA
Base de données sur les régimes d'assurances-médicaments de l'Ontario	Institut de recherche en services de santé	SP, SLD
Base de données des demandes de remboursement à l'Assurance-maladie de l'Ontario	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, Institut de recherche en services de santé	SP,SA,SLD,SD
Système d'information financière et statistique sur les services de santé de l'Ontario	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée	SP
Système d'information ontarien sur la santé mentale	Institut de recherche en services de santé, Institut canadien d'information sur la santé	SP, SA
Audit du système ontarien relatif à l'AVC	Institut de recherche en services de santé	SA
Système de gestion d'information pathologique	Action Cancer Ontario	SP
Instrument d'évaluation des résidents –soins à domicile	Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario	SD
Instrument d'évaluation des résidents – ensemble de données minimales 2.0	Institut de recherche en services de santé	SLD
Base de données sur les personnes inscrites	Institut de recherche en services de santé	SP, SA, SLD, SD
Initiative de publication des rapports par l'organisme	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée	SA
Programme d'objectifs en matière d'efficience des soins chirurgicaux	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée	SA
Statistiques vitales	Statistique Canada, ministère de la Santé et des Soins de longue durée	SP, soins généraux
Système d'information sur les temps d'attente	Action Cancer Ontario	SA
Système de publication des rapports sur le Web	Ministère de la Santé et des Soins de longue durée	SA
Base de données Enterprise Information Warehouse de la CSPAAAT	Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail	SP, SA, SLD ,SD

*organisme de collecte des données/principal détenteur. SA : soins actifs, SD : soins à domicile, SLD : soins à domicile, SP : soins primaires.

Remarque : toutes les sources de données ne couvrent pas tous les patients ou professionnels dans un secteur.

Tableau 1 : Sources de données utilisées par QSSO

L'Ontario est riche en données et se compare très favorablement à beaucoup de territoires au chapitre de la collecte et de la disponibilité des informations sur la santé^{75,76}. Néanmoins, les sources de données disponibles en Ontario ne donnent pas une image complète du système de santé et, dans certains cas, l'Ontario est à la traîne derrière d'autres pays au chapitre de la disponibilité des données. Au Royaume-Uni, par exemple, le NHS peut extraire des données détaillées sur les soins primaires des dossiers médicaux électroniques et les entrer dans un registre central des données. Ces données sont fournies aux particuliers et organismes approuvés capables d'en démontrer les bienfaits pour les soins prodigués aux patients et d'appuyer le NHS. On espère que ces données appuieront la recherche, la publication des rapports et l'amélioration de la qualité dans le secteur des soins primaires⁷⁷. Certains chercheurs et organismes ont entrepris de recueillir des données similaires en Ontario, mais ces efforts se limitent à certains fournisseurs (p. ex., soins primaires) ou à des domaines cliniques spécifiques (p. ex., chirurgie cardiaque). Des données détaillées se rapportant à certains secteurs, dont les soins primaires et les soins communautaires, ne sont toujours pas disponibles en Ontario.

La Suède offre un autre exemple de milieu riche en données, centré sur les résultats en finançant et en adoptant des registres de maladies. Chef de file mondial, la Suède compte près de 90 registres cliniques financés par le gouvernement. Le taux d'utilisation est élevé et le financement continue d'augmenter considérablement en raison des avantages perçus de la recherche et des soins. Le registre national de la cataracte, par exemple, contient des renseignements sur 95,6 % de l'ensemble des opérations de la cataracte réalisées depuis 1992⁷⁸.

L'ACS NSQIP extrait des données cliniques des dossiers des patients afin de permettre aux hôpitaux participants (dont un très petit nombre d'hôpitaux de la province) de mesurer et d'améliorer la qualité et les taux de complication des soins chirurgicaux. Les données sont rajustées en fonction du risque, fondées sur les résultats et peuvent être évaluées. Les hôpitaux participants peuvent évaluer leur performance et surveiller leurs initiatives d'amélioration de la qualité grâce aux données⁷⁹. Le Réseau des soins cardiaques de l'Ontario publie également des rapports sur la performance des hôpitaux concernant le taux de mortalité postopératoire associé à un certain nombre d'interventions cardiaques⁸⁰.

Les données administratives peuvent faciliter la publication des rapports, notamment pour les indicateurs du volume des services. Toutefois, les données provenant de sources cliniques plutôt qu'administratives peuvent présenter plusieurs avantages généraux, p. ex., elles illustrent les soins fournis aux patients de façon plus directe, sont d'actualité, plus facilement comparables et favorisent davantage l'amélioration de la qualité au niveau du fournisseur de soins individuel. La collecte de données peut aussi être plus facilement intégrée au travail du fournisseur et aux systèmes de dossiers, et la soumission des données peut être supervisée par les personnes qui s'intéressent à l'éducation et à l'amélioration de la qualité plutôt qu'au financement⁸¹. Ce type de supervision peut aussi encourager la collaboration entre les programmes de publication des rapports et les fournisseurs de soins pour assurer la normalisation, promouvoir l'amélioration de la qualité et faciliter l'évaluation des répercussions⁸².

Notre rôle au chapitre de l'amélioration de la qualité des données en Ontario

Pour l'instant, QSSO n'est pas autorisé à détenir les renseignements sur la santé personnels identifiables nécessaires à l'entretien de ces registres, mais nous avons l'intention d'appuyer les partenaires du système de santé et faire équipe avec eux afin de mieux mesurer la performance de notre système de santé. Nous jouerons un rôle plus grand pour tirer parti des données disponibles et souligner l'importance des données sur les résultats pour la santé. Nous prônerons des données plus fortes, en temps voulu, et la coordination de la collecte et de l'utilisation de l'information entre les partenaires en santé. Le cas échéant, QSSO prônera la collecte de nouvelles séries de données et la modification des données existantes. En ce qui concerne des indicateurs spécifiques, QSSO utilisera le processus d'approbation des indicateurs (décrit dans le catalogue des indicateurs) afin de déterminer ceux susceptibles d'améliorer la surveillance du système de santé, mais qui ne bénéficient pas d'une source de données normalisée et de grande qualité. Si l'avantage de recueillir cette information est supérieur aux inconvénients (p. ex., fardeau associé à la collecte de données), QSSO collaborera avec d'autres pour appuyer et créer des systèmes de collecte de données.

Il existe d'autres formes de données qui ne sont pas des renseignements personnels sur la santé que nous pouvons aussi commencer à recueillir. Par exemple, nous pourrions enquêter sur les fournisseurs de soins, au niveau individuel ou institutionnel, afin d'obtenir des renseignements sur les structures et les processus associés aux soins de grande qualité.

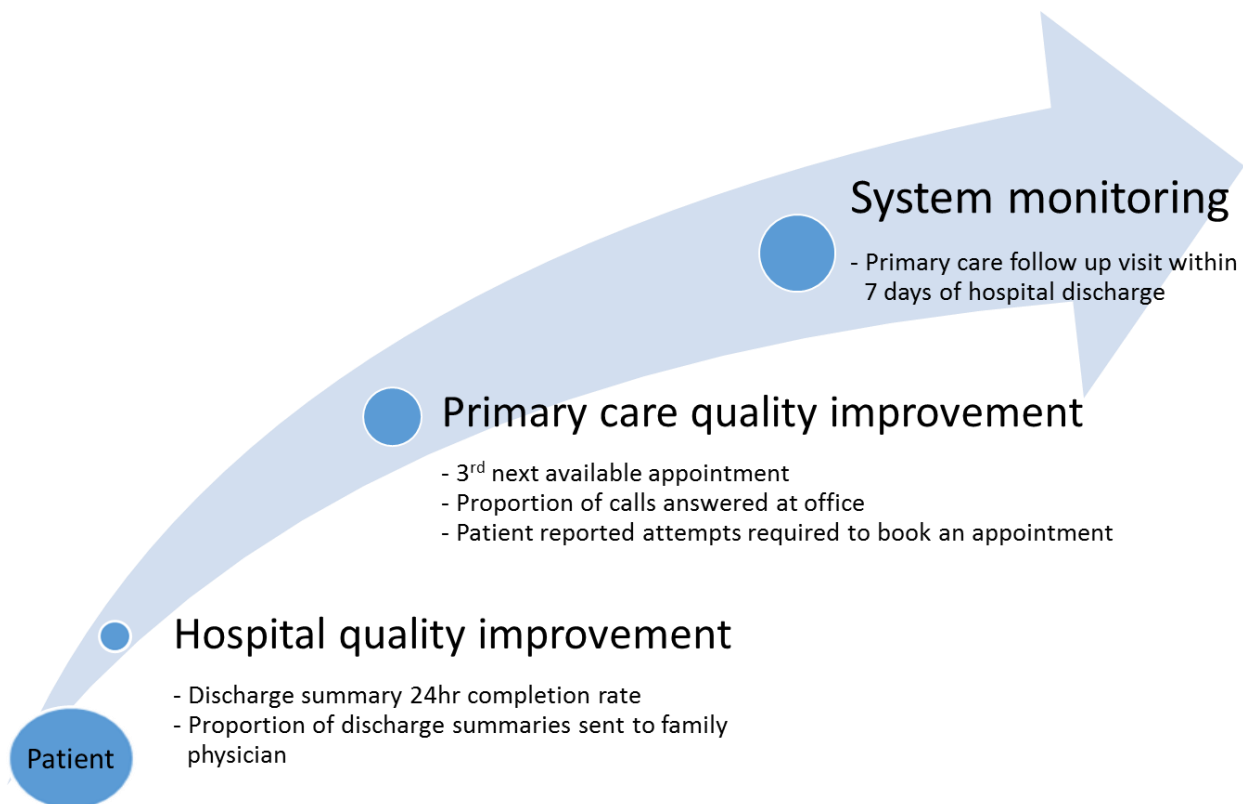
Au cours des 12 prochains mois, QSSO produira un livre blanc décrivant les dispositions actuelles et à court terme relatives aux données, ainsi qu'une vision à plus long terme pour améliorer l'accès à l'information sur la performance du système de santé de l'Ontario. Un principe directeur important est que toute nouvelle collecte de données doit améliorer la pratique et les soins aux patients, tout en limitant le fardeau associé à la collecte des données pour les organismes de soins et les fournisseurs de première ligne. On se penchera aussi sur la qualité des données, et QSSO préconisera des relations plus fortes avec les organismes qui font des audits et des inspections au sein du système de santé, qui sont autorisés en vertu de la *Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé*.

Liens avec l'amélioration de la qualité et Analyse des données et normes

Les répercussions de nos initiatives de surveillance de la performance et de publication des rapports peuvent être intensifiées au moyen de liens avec les autres domaines de responsabilités de QSSO, à savoir, le développement de données probantes et l'amélioration de la qualité, ainsi que notre rôle à titre de principal conseiller de la province au chapitre de la qualité. Du fait de la mise en œuvre de cette stratégie et

de son mandat d'améliorer la qualité des services de santé en Ontario, QSSO est très bien placé pour renforcer ces liens et les renforcer .

QSSO prendra des mesures pour renforcer les liens entre la surveillance de la performance au niveau du système et fournira des renseignements utiles aux fournisseurs de soins individuels. L'accent sera mis sur les processus et les résultats les plus propices au changement. Par exemple, la proportion de patients qui consultent dans les sept jours qui suivent leur sortie de l'hôpital est l'un des indicateurs de soins primaires les plus souvent présentés. Publier ces données rétroactivement peut faciliter l'évaluation de la performance du système dans une certaine mesure, mais n'aide pas vraiment les fournisseurs de soins qui n'ont pas accès aux données en temps réel. Une clinique de soins primaires ne sait pas nécessairement quand les patients sont admis à l'hôpital ou en sortent, peut être submergée par le nombre de résumés complexes à préparer pour suivre la performance en temps réel, ou ne sait peut-être pas que le patient a obtenu des soins ailleurs après son hospitalisation. C'est pour ces raisons qu'il peut être plus important pour les cliniques de suivre la performance sur les indicateurs liés aux soins après une hospitalisation, tels que les indicateurs liés à l'accès, comme le troisième rendez-vous disponible, la proportion d'appels reçus au cabinet ou les indicateurs liés aux soins axés sur le patient, pour encourager la communication continue entre le patient et le fournisseur de soins. Ce lien plus fort entre les indicateurs du système et les indicateurs de l'amélioration de la qualité, comme l'indique le graphique 4, aidera les fournisseurs de soins et l'organisme à établir des plans d'amélioration de la qualité et à atteindre les objectifs du système⁸³.



Graphique 4 : Cascade des indicateurs – de l'amélioration de la qualité à la publication des rapports publics

Pendant que nous renforçons la publication des rapports personnalisés pour les fournisseurs de soins individuels, QSSO fera aussi en sorte que l'information fournie reste significative et utile et appuie les efforts d'amélioration de la qualité au fil du temps. Les mesures en faveur de l'amélioration de la qualité encourageront l'adoption de cette initiative, et renforceront les leçons tirées du travail réalisé par d'autres partenaires du système de santé à cet égard⁸⁴.

La direction Analyse des données et normes de QSSO collabore avec des experts cliniques, des collaborateurs scientifiques, et des partenaires en évaluation sur le terrain pour étudier le bien-fondé de l'efficacité, de la rentabilité et de la sécurité des interventions médicales; et pour formuler des recommandations fondées sur des preuves, des lignes directrices et des normes. Ce travail continuera d'étayer la surveillance de la performance et la publication des rapports par l'entremise des indicateurs pour lesquels nous établissons des rapports et les thèmes que nous choisissons pour les rapports spéciaux. Le rythme auquel les nouvelles preuves et les nouveaux conseils sont adoptés par le système de santé est un aspect de la performance du système de santé que nous continuerons de surveiller. QSSO publie un rapport annuel qui suit l'utilisation et l'adoption des interventions et des technologies de la santé que le Comité consultatif ontarien des technologies de la santé (CCOTS) recommande depuis 2003. Ce rapport présente une méthode permettant de déterminer les variations régionales associées à l'accès aux soins de santé fondés sur des données probantes.

Conclusion

Cette stratégie décrit les futurs projets de QSSO concernant la surveillance de l'état de santé des Ontariennes et Ontariens et la performance du système de santé ontarien et la publication des rapports. QSSO est déterminé à déployer les efforts nécessaires pour instaurer un système de santé hautement performant qui fournit des d'excellents soins à l'ensemble de la population, et pense que la surveillance de la performance et les rapports publics sont une composante importante du programme d'amélioration de la qualité. Nous sommes impatients de concrétiser notre orientation et continuerons d'engager les personnes qui travaillent dans le secteur de la santé, les patients et les aidants, ainsi que la population en général.

Glossaire

Référence

Niveau de performance avant une intervention, ou mesure permanente utilisée pour l'évaluation ou la comparaison des progrès.

Valeur de référence

Point de référence par rapport auquel la performance peut être évaluée; les valeurs de référence s'appuient généralement sur la performance récente ou présumée affichée par un groupe d'organismes comparables.

Diagramme en boîte

Méthode qui consiste à représenter dans un tableau des données en quartiles, ou quatre groupes égaux; les diagrammes en boîte peuvent comprendre des lignes verticales (ou « moustaches ») qui indiquent une variabilité au-delà des quartiles.

Intervalle de confiance

Indique le degré d'incertitude d'une mesure en présentant une échelle de résultats de l'étude qui comprendra probablement la valeur « réelle ». L'intervalle de confiance (IC) est habituellement présenté comme « IC de 95 % », ce qui signifie que le l'échelle de valeurs a 95 chances sur 100 d'inclure la valeur « réelle ».

Efficacité

Concerne le processus de prestation des soins et la publication des résultats, conformément aux données scientifiques.

Efficiences

Se rapporte aux mesures prises pour éviter le gaspillage, de matériel, de fournitures, d'idées et d'énergie.

Équité

Concerne la prestation de soins de qualité égale, quelles que soient les caractéristiques personnelles, comme le sexe, l'ethnicité, l'emplacement géographique et la situation socio-économique.

Graphique en entonnoir

Description graphique de données où chaque point représente une étude, indique la taille de l'étude; ces graphiques peuvent servir à déceler les déviations – un entonnoir symétrique indique une relation entre l'effet et la taille de l'étude.

Suivi des répercussions

Mesure de la performance ou résultats des soins, après un programme ou une intervention.

Indicateur

Variable quantitative ou qualitative qui fournit une méthode valide et fiable de mesurer le rendement, de surveiller la performance ou de refléter les changements associés à une intervention. Les indicateurs peuvent affecter une quantité à un attribut et détecter une erreur ou une variation dans la performance.

Suivi

Suivi et reddition des comptes réguliers de l'information prioritaire sur un programme, un projet ou une activité, les intrants et les produits recherchés, les résultats et les répercussions.

Résultat

Changement dans l'état de santé d'un patient après la prestation de soins dans le but ou non de modifier l'état de santé.

Donnée aberrante

Valeur qui « se détache » (beaucoup plus petite ou plus grande) de la plupart des autres valeurs incluses dans une série de données.

Participation des patients

Participation des patients à la planification du système et à la publication des rapports; cette participation se fait en collaborant avec les patients (et les aidants) afin de représenter leurs points de vue et perspectives et de produire des renseignements qui les aideront à prendre une décision en ce qui concerne leurs soins.

Performance

Mesure dans laquelle une intervention ou un organisme fonctionne selon des critères, normes ou lignes directrices spécifiques ou produit des résultats conformément aux objectifs et plans établis.

Processus

Activité associée aux soins de santé par un patient ou en son nom.

Publication des rapports

Activité consistant à fournir au public des renseignements qui lui permettent de noter ou de comparer des domaines, groupes ou professionnels de la santé individuels d'après des normes de qualité, l'expérience des patients ou l'utilisation des ressources.

Données qualitatives

Données recueillies à l'aide de méthodes qualitatives, p. ex., entretiens, groupes de discussion, observations et entretiens, et entrevues des intervenants clés. Les données qualitatives peuvent servir à éclairer les situations et interactions sociales, ainsi que les valeurs, perceptions, motivations et réactions des gens. Elles sont généralement présentées sous forme narrative, d'images ou d'objets (et non par des nombres).

Données quantitatives

Données recueillies à l'aide de méthodes quantitatives, p. ex., sondages, ou de données administratives. Les données quantitatives sont mesurées sur une échelle numérique, peuvent être analysées à l'aide de méthodes statistiques et affichées au moyen de tableaux, de diagrammes, d'histogrammes et de graphiques.

Diagramme de dispersion

Graphique dans lequel les valeurs de deux variables sont placées le long de deux axes; la tendance qui en résulte en ce qui concerne les points révèle toute corrélation entre les variables, le cas échéant.

Surveillance sentinelle

Collecte et analyse constantes et systématiques de données à partir de certains sites (p. ex., en fonction du lieu, du but, de la population desservie) choisies pour leur potentiel d'indication précoce du changement.

Norme

Valeur ou échelle de performance acceptable définie par un fournisseur, entre pairs, ou, généralement, par un organisme de réglementation indépendant.

Objectif

Objectif d'un programme ou intervention dont le résultat est exprimé en une valeur mesurable; valeur souhaitée pour un indicateur à un moment donné.

Validité

Mesure dans laquelle une mesure ou un test mesure exactement ce qui doit être mesuré.

Documents de référence

1. Qualité des services de santé Ontario. Rapports annuels [page sur Internet]. Toronto; 2014. Consultable à <http://www.hqontario.ca/rapports/rapport-annuel>.
2. Smith P, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S. Performance Measurement for Health System Improvement. Cambridge: Cambridge University Press; 2009.
3. Institute of Medicine. Crossing the quality chasm : a new health system for the 21st century. Washington, DC: Institute of Medicine of the National Academies, Committee on Quality of Health Care in America; 2001.
4. University of British Columbia Centre for Health Services Policy Research [Internet]. Vancouver (BC) : Peckham, S. Approaches to Accountability: indicators across different sectors; 25 février 2014. Consultable à : http://www.chspr.ubc.ca/sites/default/files/file_upload/hpc/2014/Stephen%20Peckham%20Slides%20-%20CHSPR2014.pdf.
5. State of New South Wales. Special Commission of Inquiry. Final Report of the Special Commission of Inquiry : Acute Care in NSW Public Hospitals – Volume 2. New South Wales; 2008.
6. Royaume-Uni. The Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry. *Chairman's Statement*. [Internet]. Londres. 2013. Consultable à : <http://www.midstaffpublicinquiry.com/sites/default/files/report/Chairman%27s%20statement.pdf>.
7. Marshall M.N., P.G. Shekelle, S. Leatherman, R.H. Brook. The public release of performance data. *JAMA*. 2008; 283: 1866-1874.
8. Berwick D.M., B. James, M.J. Coye. Connections between quality measurement and improvement. *Medical Care*. 2003; 41 (Supplément 1) :I30-38.
9. Hibbard J.H., J. Stockard, M. Tusler. Does publicizing hospital performance stimulate quality improvement efforts? *Health Affairs*. 2003; 22(2):84-94.
10. Bevan G, C. Hood. Have targets improved performance in the English NHS? *British Medical Journal*. 2006; 332:419-422.
11. Morris K., J. Zelmer. Public reporting of performance measures in health care. 2005. Canadian Policy Research Networks. Février 2005.
12. US Agency for Healthcare Research and Quality. *Public Reporting as a Quality Improvement Strategy. Closing the Quality Gap: Revisiting the State of the Science*. Rapport d'expertise n° 208. Maryland (É.-U.); 2012.
13. Contandriopoulos D, F. Champagne, J.L. Denis. The Multiple Causal Pathways between Performance Measures' Use and Effects. *Medical Care Research and Review*. 2014; 71(1):3-20.
14. US Agency for Healthcare Research and Quality. *Public Reporting as a Quality Improvement Strategy. Closing the Quality Gap: Revisiting the State of the Science*. Rapport d'expertise n° 208. Maryland (É.-U.); 2012.
15. Royal Statistical Society. Performance Indicators : Good, Bad, Ugly. *Journal of the Royal Statistical Society*. 2005; 168(1):1-27.
16. British Medical Association. Survey of Accident and Emergency Waiting Times. Londres : BMA, 2000.

-
17. Salisbury C, S. Goodall, A.A. Montgomery, D.M. Pickin, S. Edwards, F. Sampson, et coll. Does Advanced Access improve access to primary health care? Sondage des patients. *British Journal of General Practice*. 2007; 57(541):615-621.
18. Smith P, E. Mossialos, I. Papanicolas, S. Leatherman. Performance Measurement for Health system Improvement. Cambridge : Cambridge University Press; 2009.
19. Wachter R.M. Why diagnostic errors don't get any respect – and what can be done about them. *Health Affairs*. 2010; 29(9):1605-1610.
20. Schiff GD. Diagnosis and diagnostic errors: time for a new paradigm. *BMJ Quality & Safety*. 2014;23:1-3.
21. Campbell S.M., J. Braspenning, A. Hutchinson, M. Marshall. Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care. *British Medical Journal*. 2003; 326(7293):816-819.
22. Donabedian A. Evaluating the quality of health care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1966. 44(3):106-126.
23. Royaume-Uni. Equity and Excellence: Liberating the NHS. Londres : Department of Health; 2012.
24. Campbell S, T. Shield, A. Rogers, L. Gask. How do stakeholder groups vary in a Delphi technique about primary mental health care and what factors influence their ratings. *Quality and Safety in Healthcare*. 2004; 13(6):428-434.
25. Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring, Vol. 1 : The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor : Health Administration Press; 1980.
26. Ware J, C. Sherbourne. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36).1. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*. 1992; 30(6):473-483.
27. Fitzpatrick R. Patient-reported outcomes measures and performance measurement. Dans : Smith P, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S. *Performance Measurement for Health system Improvement*. Cambridge: Cambridge University Press; 2009. p. 63-86.
28. Royaume-Uni. High Quality Care for All : NHS Next Stage Review Final Report. Londres (R.U.): Department of Health; 2008.
29. Smith P. Developing composite indicators for assessing health system efficiency. Dans : Smith P, éditeur. *Measuring up: improving the performance of health systems in OECD countries*. Paris : Organisation de coopération et de développement économiques; 2002.
30. Maclean's Magazine. Health Report 2002. 17 juin 2002.
31. Goddard M, R. Jacobs. Using composite indicators to measure performance in health care. Dans : Smith P, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S. *Performance Measurement for Health system Improvement*. Cambridge: Cambridge University Press; 2009:339-3688.
32. McDavid J.C., L.R.L. Hawthorn. Program Evaluation and Performance Measurement: An Introduction to Practice. Thousand Oaks, Californie : Sage Publications; 2006.
33. Conseil de la santé du Nouveau-Brunswick. *Notre santé. Nos perspectives. Nos solutions : Établir une vision commune de la santé Our Health. Résultats de notre première initiative d'engagement des citoyennes et des citoyens du Nouveau-Brunswick*. Moncton (Nouveau-Brunswick): 2010. [Internet] Consultable à http://www.nbhc.ca/sites/default/files/pdf/CEI_NSNPNS_Resultats_FR_VF_081110.pdf.

-
34. Centres for Medicare and Medicaid Services [Internet]. Baltimore (MD). Les médecins des CMS comparent des fiches d'information; 2014. Consultable à : https://www.cms.gov/Medicare/Quality-Initiatives-Patient-Assessment-Instruments/physician-compare-initiative/Downloads/Physician_Compare_Fact_Sheet_2013_Redesign.pdf.
35. Royaume-Uni. Your choices : consultant choice. Londres : National Health Service; 2014.
36. McGlynn, E. Measuring Clinical Quality and Appropriateness. Dans : Smith P, Mossialos E, Papanicolas I, Leatherman S. *Performance measurement for health system improvement*. Cambridge: Cambridge University Press; 2009. p.87-113.
37. Royal Statistical Society. Performance Indicators: Good, Bad, Ugly. *Journal of the Royal Statistical Society*. 2005;168(1):1-27.
38. McQuillen K, C.L. Davis, K. Ho, P. McGowan, J. Resin, K. McEwan, L. Kallstrom, C. Rauscher. Case studies from British Columbia's Patients as Partners Initiative. *Journal of Participatory Medicine*. 2013; 5.
39. Tableau modifié extrait d'un rapport avec autorisation. Institut canadien d'information sur la santé. Cadre de mesure de la performance du système de santé canadien. Ottawa; 2013. Consultable à : https://secure.cihi.ca/free_products/HSP_Framework_Technical_Report_EN.pdf.
40. Bird SM, D. Cox, H. Goldstein, V.T. Farewell, H. Goldstein, T. Holt, P.C. Smith. Performance indicators: Good, bad, and ugly. *Journal of the Royal Statistical Society*. 2005;168:1-27.
41. Morton A, K. Mengersen, M. Waterhouse, S. Steiner. Analysis of aggregated hospital infection data for accountability. *Journal of Hospital Infection*. 2006;76:287-291.
42. Bayman E, K. Chaloner, B. Hindman, M. Todd, et les enquêteurs de l'IHAST. *Bayesian methods to determine performance differences and to quantify variability among centers in multi-center trials*; essai de l'IHAST. *BMC medical research Methodology*. 2013,13:5.
43. Woodall W, B. Adams, J. Benneyan. The use of control charts in healthcare. Dans : Faltin FW, R.S. Kenett, F. Ruggeri, éditeurs. *Statistical methods in healthcare*. Chichester (R.U.): Wiley; 2012.
44. Ohlssen DI, L.D. Sharples, D.J. Spiegelhalter. A hierarchical modelling framework for identifying unusual performance in health care providers. Cambridge (R.U.): MRC Biostatistics Unit; 2007.
45. Jones, HE et D.J. Spiegelhalter. The identification of "unusual" health-care providers from a hierarchical model. *The American Statistician*. 2011; 65:154–163.
46. Seaton S.E., L. Barker, H.F. Lingsma, E.W. Steverberg, B.N. Manktelow. What is the probability of detecting poorly performing hospitals using funnel plots? *BMJ Quality and Safety*. 2013;22(10):870-6.
47. Department of Health. Patient reported outcome measures (PROMs) in England : A method for identifying potential outliers. Londres; 2001. Consultable à : https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216651/dh_128447.pdf.
48. Eason V.J. et J.H. McColl. Statistics glossary. Glasgow; consulté en avril 2014 à : http://www.stats.gla.ac.uk/steps/glossary/presenting_data.html#out.
49. National Clinical Audit Advisory Group. Detection and management of outliers. Londres; 2011. Consultable à : https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/213767/dh_123888.pdf.

-
50. Qualité des services de santé Ontario [Blogue du Dr Joshua Tepper]. Toronto; 13 mars 2014. Consultable à : <http://www.hqontario.ca/about-us/blog>.
51. Public Inquiry, Francis R. Report of the Mid Staffordshire NHS Foundation Trust Public Inquiry. Londres; février 2013. Consultable à : <http://www.midstaffpublicinquiry.com/sites/default/files/report/Executive%20summary.pdf>.
52. Spiegelhalter D.J. Funnel plots for comparing institutional performance. *Statist. Med.* 2005;24:1185-1202.
53. Public Health England. National Cancer Intelligence Network, PCT profiles. Consulté en avril 2013 à : http://www.ncin.org.uk/profiles/gynae/primary_care_trusts/Funnel_Plot/funnel_plot/atlas.html.
54. Public Health England. National Child Measurement Programme. Consulté en avril 2013 à : <http://fingertips.phe.org.uk/profile/national-child-measurement-programme>.
55. Ieva, F., A.M. Paganoni. Detecting and visualizing outliers in profiling via funnel plots and mixed effect models. *MOX-Report*. 2013;26.
56. Dover D.C., D.P. Schopflocher. Using funnel plots in public health surveillance. *Population Health Metrics*. 2011;9:58.
57. National Joint Registry. Méthologie adoptée par le NJR pour l'identification d'éventuelles données aberrantes. Londres; Juillet 2008. Consultable à : http://www.njrcentre.org.uk/njrcentre/Portals/0/Documents/England/Stat_Meth.pdf.
58. Healthcare Quality Improvement Partnership. Outlier guidance for audit providers. Londres; janvier 2011. Consultable à : <http://www.hqip.org.uk/outlier-guidance-for-audit-providers-issued-by-hqip-and-the-department-of-health/>.
59. National Health Performance Authority. Time in emergency statistics. Sydney (Australie); consulté en avril 2013 à : <http://www.nhpa.gov.au/internet/nhpa/publishing.nsf/content/Time-in-emergency>.
60. Veteran's Affairs. Finding The Best. Consulté en avril 2013 à : <http://va-hospital.findthebest.com/>.
61. Commonwealth Fund. Rising to the Challenge. 2002. Consultable à : http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/2012/Mar/Local%20Scorecard/1578_Commission_rising_to_challenge_local_scorecard_2012_FINALv2.pdf.
62. Bureau of Health Information [page d'accueil sur Internet]. Sydney (Australie): 2013. Consultable à : <http://www.bhi.nsw.gov.au/>.
63. Saskatchewan Health Quality Council. Quality Insight [page d'accueil sur Internet]. Regina : 2013. Consultable à : <http://www.qualityinsight.ca/>.
64. Smith P.C., E. Mossialos, I. Papanicolas, S. Leatherman. Performance measurement for health system improvement. Cambridge (R.U.): Cambridge University Press; 2009; 2009.
65. Bird S.M., D. Cox, H. Goldstein, V.T. Farewell, H. Goldstein, T. Holt, P.C. Smith. Performance indicators : Good, bad, and ugly. *Journal of the Royal Statistical Society*. 2005;168:1-27.
66. Propper C., M. Sutton, C. Whitnall, F. Windmeijer. *Did 'targets and terror' reduce waiting times in England for hospital care?* Bristol (R.U.); 2007. Consultable à : <http://www.bris.ac.uk/cmpo/publications/papers/2007/wp179.pdf>.
67. Wismar M., M. McKee, K. Ernst, D. Srivastava, R. Busse. Health targets in Europe; learning from experience. European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.

-
68. Institut canadien d'information sur la santé. Répertoire des indicateurs [page sur Internet]. Consulté en avril 2014 à : <http://indicatorlibrary.cihi.ca/display/HSPIL/Indicator+Library?desktop=true>.
69. Qualité des services de santé Ontario. Amélioration de la qualité [page sur Internet]. Toronto; 2014. Consultable à : <http://www.hqontario.ca/quality-improvement>.
70. Health Quality Council of Alberta. Continuity of Patient Care Study. Edmonton; 19 déc. 2013. Consultable à : http://www.hqca.ca/assets/files/December%202013/Dec19_ContinuityofPatientCareStudy.pdf.
71. Réseau des soins cardiaques. Report on Adult Cardiac Surgery in Ontario. Toronto; 2012.
72. US Agency for Healthcare Research and Quality. Public reporting as a quality improvement strategy. Closing the quality gap: revisiting the state of the science. Rapport d'expertise n° 208. Maryland (É.-U.); 2012.
73. Kolstad J.T. Information and quality when motivation is intrinsic: evidence from surgeon report cards. Document de travail du NBER n° 18804; 2013.
74. Qualité des services de santé Ontario [page sur Internet]. Toronto; 13 février 2014. Consultable à <https://www.hqontario.ca/pour-%C3%A9quipes-daq/soins-primaires/rapport-de-praticien>.
75. Institut de recherche en services de santé. *Quality assessment of administrative data : an opportunity for enhancing Ontario's health data*. Toronto; 2007.
76. Lix L., S.M. Neufeld., M., Smith, A. Levy, S. Dai, C. Sanmartin, H. Quan. *Quality of administrative data in Canada : a discussion paper*. Saskatoon; 2012. Consultable à : http://www.usaskhealthdatalab.ca/wp-content/uploads/2012/09/Workshop_Background-Document-updated-AppendixD.pdf.
77. National Health Service. The Information Centre for Health and Social Care. General practice extraction service [analyse de rentabilité sur Internet]. 2012. Consultable à : http://www.hscic.gov.uk/media/1530/GPES-appointment-business-case-published/pdf/GPES_published_Appointment_Business_Case_v2.0.pdf
78. National Cataract Registry [page sur Internet]. Suède; 2014. Consultable à : <http://www.kataraktreg.se/>.
79. American College of Surgeons. National Surgical Quality Improvement Program [page sur Internet]. Chicago; 2014. Consultable à : <http://site.acsnsqip.org/about/>.
80. Réseau des soins cardiaques. Report on Adult Cardiac Surgery in Ontario. Toronto; 2012.
81. Dehmer J. et coll. Public reporting of clinical quality data. *Journal of the American College of Cardiology*. 2014;63(13):1239-45.
82. Drozda J.P. et coll. Health policy statement on principles for public reporting of physician performance data. American College of Cardiology Foundation Writing Committee to Develop Principles for Public Reporting of Physician Performance Data. *Journal of the American College of Cardiology*. 2008;51(20):1993-2001.
83. Qualité des services de santé Ontario. Plans d'amélioration de la qualité [page sur Internet]. Toronto; 2014. Consultable à : www.hqontario.ca/pour-%C3%A9quipes-daq/planifier-%E2%80%99am%C3%A9lioration-de-la-qualit%C3%A9.
84. Ivers N. [Présentation non publiée à Qualité des services de santé Ontario]. Institut de recherche en services de santé; commentaires fournis lors de la conférence du 3 avril 2014.

© Imprimeur de la Reine pour l'Ontario, 2014

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

www.hqontario.ca