



Progrès réalisés sur la voie de la qualité :
Rapport sur la transition du Partenariat de
gestion de la qualité

Table des matières

1.0 Résumé.....	4
2.0 Introduction	5
2.1 Contexte.....	5
2.2 À propos de ce rapport	6
2.3 Progrès et accomplissements	7
3.0 Coloscopie.....	9
3.1 Contexte.....	9
3.2 Principaux accomplissements.....	9
3.3 Principales conclusions du rapport.....	11
3.4 Prochaines étapes.....	15
4.0 Services de mammographie.....	16
4.1 Contexte.....	16
4.2 Principaux accomplissements.....	16
4.3 Principales conclusions du rapport.....	19
4.4 Prochaines étapes.....	23
5.0 Pathologie	24
5.1 Contexte.....	24
5.2 Principaux accomplissements.....	24
5.3 Principales conclusions du rapport.....	27
5.4 Prochaines étapes.....	28
6.0 Prochaines étapes.....	29
7.0 Remerciements.....	31
Remerciements – Mise à l'honneur	32
Jill Adolphe, présidente, Comité de consultation publique, 2018–2019.....	32
Dre Kathy Chorneyko, responsable provinciale, Programme de gestion de la qualité des services de pathologie, 2013-2019.....	32
Judith John, présidente, Comité de consultation publique, 2016–2018.....	32
Dr David Morgan, responsable provincial, Programme de gestion de la qualité des services de coloscopie, 2013-2019.....	33
Dre Rene Shumak, responsable provinciale, Programme de gestion de la qualité des services de mammographie, 2013-2015.....	33
Dre Rola Shaheen, responsable provinciale, Programme de gestion de la qualité des services de mammographie, 2015-2019.....	33

Progrès réalisés sur la voie de la qualité : Rapport sur la transition du Partenariat de gestion de la qualité

Annexes.....	35
Annexe A : Normes et indicateurs de qualité du PGQ des services de coloscopie.....	35
Annexe B : Recommandations et indicateurs du PGQ des services de mammographie.....	38
Annexe C : Normes de qualité du PGQ des services de pathologie.....	39
Annexe D : Membres de la structure de gouvernance et du Conseil consultatif du Partenariat.....	40
Annexe D : Personnel du Partenariat.....	46

1.0 Résumé

Dans le cadre de son mandat visant l'amélioration de la qualité des soins de santé dans la province, le ministère de la Santé a annoncé la formation du Partenariat de gestion de la qualité (le Partenariat) en 2013. Dans le cadre du Partenariat, Action Cancer Ontario et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (CPSO) se sont réunis pour collaborer avec des partenaires du système de santé et des utilisateurs de services de santé afin d'élaborer et de mettre en œuvre des programmes de gestion de la qualité (PGQ) pour trois domaines de services de santé : la coloscopie, la mammographie et la pathologie. Le présent rapport vise à mettre en lumière les progrès réalisés par le Partenariat et permettre de comprendre comment les résultats et ressources obtenus dans le cadre des PGQ pourraient perdurer, et possiblement se développer, au sein de Santé Ontario.

Dans le cadre du Partenariat, trois objectifs ont été établis pour les PGQ :

- Améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients;
- Renforcer l'uniformité dans la qualité des soins dispensés d'un établissement à un autre;
- Accroître la confiance du public en renforçant la responsabilisation et la transparence.

Chaque programme de gestion de la qualité comprenait quatre éléments fondamentaux :

- Des normes, des indicateurs et des lignes directrices fondés sur les données probantes s'appliquant à tous les milieux dans lesquels les services sont dispensés;
- La production de rapports sur la qualité au niveau de la province, de la région, de l'établissement et du médecin;
- Une structure de leadership clinique à trois niveaux composée de responsables provinciaux, régionaux et d'établissements;
- Des ressources, des outils et des occasions favorisant l'amélioration de la qualité.

Le présent rapport met en lumière les nombreux accomplissements et progrès réalisés en matière de qualité dans les services de coloscopie, mammographie et pathologie, qui servent de bases solides sur lesquelles Santé Ontario pourra s'appuyer. Voici les prochaines étapes potentielles :

- Appuyer l'amélioration de la qualité à plusieurs niveaux en poursuivant et en renforçant la production de rapports sur la qualité à l'échelle de la province, de la région, de l'établissement et du médecin;
- Appuyer l'élaboration et la mise en œuvre d'outils et de ressources favorisant l'amélioration de la qualité à tous les niveaux;
- Continuer d'encourager la direction clinique et administrative à permettre une amélioration considérable de la qualité à tous les niveaux;
- Mettre en place et améliorer l'accès à des données sur la santé et leur collecte dans tous les types d'établissements;
- Prendre en compte l'opinion des utilisateurs des services de santé tout au long du processus d'élaboration et de mise en œuvre des initiatives sur la qualité.

2.0 Introduction

2.1 Contexte

Le ministère de la Santé (le Ministère) reconnaît la nécessité de mettre en place un système de santé transparent, responsable et permettant aux habitants de l'Ontario de participer activement à leurs soins, et de s'assurer que chaque personne de la province reçoit des soins uniformes de grande qualité, quel que soit le lieu où les services sont dispensés. Dans le cadre de son mandat visant l'amélioration de la qualité des soins de santé dans la province, le Ministère a annoncé la formation du Partenariat de gestion de la qualité (le Partenariat) le 28 mars 2013.

Dans le cadre du Partenariat, Action Cancer Ontario et l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (CPSO) se sont réunis pour collaborer avec des partenaires du système de santé, y compris des utilisateurs de services de santé, afin d'élaborer et de mettre en œuvre des programmes de gestion de la qualité (PGQ). La mise en place de PGQ a été envisagée dans plusieurs domaines de services de santé (p. ex., coloscopie). Au final, les services de coloscopie, de mammographie et de pathologie ont été les premiers retenus, car ils possèdent toutes les bases des activités de gestion de la qualité sur lesquelles le Partenariat pourrait se reposer (p. ex., ContrôleCancerColorectal et le Programme ontarien de dépistage du cancer du sein). De plus, il a été estimé que la qualité des soins dans ces domaines variait selon le lieu où les services étaient dispensés.

Les PGQ ont été conçus par trois groupes d'experts-conseils présidés par des responsables cliniques provinciaux, un pour chaque domaine de services de santé. Les groupes étaient composés de médecins et d'autres professionnels de la santé travaillant dans chacun des domaines de services de santé retenus, ainsi que d'administrateurs et d'utilisateurs des services de santé. Les PGQ reposent sur les quatre principaux piliers suivants : des normes et lignes directrices fondées sur les données probantes, la production de rapports sur la qualité par rapport aux indicateurs et aux normes au niveau de la province, de la région, de l'établissement et du médecin; une structure de leadership clinique à trois niveaux pour appuyer les différents niveaux de rapports; ainsi que des outils et ressources favorisant l'amélioration de la qualité dans les domaines cernés grâce aux données (Figure 1).

Dans le cadre du Partenariat, trois objectifs ont été établis pour les PGQ :

- Améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients;
- Renforcer l'uniformité dans la qualité des soins dispensés d'un établissement à un autre;
- Accroître la confiance du public en renforçant la responsabilisation et la transparence.

Figure 1 : Composantes d'un Programme de gestion de la qualité



Normes et lignes directrices



Production de rapports sur la qualité



Leadership clinique



Ressources favorisant l'amélioration de la qualité

2.2 À propos de ce rapport

Conformément à l'engagement du Partenariat envers la transparence, le présent rapport vise à mettre en lumière les progrès réalisés par le Partenariat et permettre de comprendre comment les résultats et ressources obtenus dans le cadre des PGQ pourraient perdurer, et possiblement se développer, au sein de Santé Ontario.

Le présent rapport fait suite à la publication d'autres rapports publics documentant l'évolution du Partenariat depuis 2015, dont le rapport [Provincial Quality Management Programs for Colonoscopy, Mammography and Pathology in Ontario](#), qui détaille les recommandations des groupes d'experts-conseils en matière de conception et de mise en œuvre des PGQ. Un autre rapport publié la même année, [Building on Strong Foundations: Inaugural Report on Quality in Colonoscopy, Mammography and Pathology](#), donnait des renseignements sommaires sur :

- les professionnels de la santé et établissements en Ontario concernés par les trois domaines de services de santé;
- les principales initiatives provinciales sur la qualité existant dans chaque domaine de services de santé;
- les mesures du rendement de la province par rapport aux normes et indicateurs définis initialement par les groupes d'experts-conseils, lorsque des données étaient disponibles.

Une fois les PGQ mis en œuvre, le rapport [Advancing Quality: Progress on Key Priorities in Colonoscopy, Mammography and Pathology](#) a été publié en 2018, pour décrire en détail les progrès réalisés quant aux principales priorités du Partenariat et faire le point sur les mesures sélectionnées pour évaluer le rendement de la province quant aux services de coloscopie, de mammographie et de pathologie.

Le rapport *Progrès réalisés sur la voie de la qualité : Rapport sur la transition du Partenariat de gestion de la qualité* permet de comprendre les progrès et les accomplissements des trois PGQ au moment de leur transition vers Santé Ontario.

2.3 Progrès et accomplissements

Les progrès réalisés dans le cadre du Partenariat étaient guidés par une structure de gouvernance (Figure 2) permettant de tirer parti de l'expertise de dirigeants et d'administrateurs du système de santé, de cliniciens, de scientifiques et, le plus important, d'utilisateurs des services de santé. Les membres du comité directeur ont supervisé et guidé le travail stratégique du Partenariat. Le comité était coprésidé par le président-directeur général d'Action Cancer Ontario et le registraire du CPSO, et était composé de cadres supérieurs des deux organismes. Le comité directeur recevait également des conseils et avis d'autres comités. Le groupe de référence du système de santé, présidé par le président-directeur général de Qualité des services de santé Ontario, comptait des experts en qualité du système de santé. Les trois comités provinciaux sur la qualité, un pour chaque domaine de services de santé (coloscopie, mammographie et pathologie), étaient composés de dirigeants et responsables cliniques régionaux, d'utilisateurs des services de santé, d'organismes professionnels cliniques et de professionnels paramédicaux. Ces comités étaient présidés par des responsables cliniques provinciaux qui ont fait part de leur expertise clinique et donné des conseils sur la mise en œuvre des initiatives (voir l'annexe D pour connaître la liste des membres).

Les avis des utilisateurs des services de santé ont été essentiels à la réussite du Partenariat. Depuis le début de ses travaux, le Partenariat a recueilli les avis d'utilisateurs des services de santé et les a intégrés à sa structure de gouvernance. Un Comité de consultation publique a été mis en place pour les patients et utilisateurs de services. Il était présidé par des champions de la participation des patients dans le domaine des soins de santé. Ce comité était composé d'utilisateurs des services de santé et d'aidants et membres de la famille, qui ont pu faire part de leurs points de vue uniques en tant qu'observateurs et utilisateurs du système de santé. En plus de permettre à ces derniers de donner leur avis sur la conception et la mise en œuvre globales des PGQ, le Comité de consultation publique a donné des conseils sur certains aspects précis des PGQ. Ils portaient notamment sur le langage des normes de qualité, la hiérarchisation des indicateurs et la mise en place d'une stratégie de présentation de rapports destinés au public par le Partenariat.

Figure 2 : Structure de gouvernance du Partenariat



Dans le cadre du Partenariat, une structure de leadership clinique a été établie pour chacun des trois domaines de services de santé. La structure comprenait des responsables cliniques provinciaux, régionaux et d'établissement qui ont contribué à mettre en œuvre les PGQ en donnant des conseils cliniques et en jouant un rôle de supervision. Lorsque cela était possible, les responsables cliniques régionaux d'autres programmes provinciaux, comme des programmes de dépistage du cancer, ont été

Progrès réalisés sur la voie de la qualité : Rapport sur la transition du Partenariat de gestion de la qualité

mis à contribution. Pour aider leurs responsables cliniques, les établissements ont nommé des personnes-ressources pour le PGQ au niveau de la direction et de l'administration qui travaillaient avec les responsables du PGQ à l'échelle de l'établissement afin de mettre en œuvre les normes et les initiatives d'amélioration de la qualité. Ce modèle de leadership confiait la responsabilité de la qualité aux établissements où les soins étaient dispensés.

Le Partenariat a été conçu pour reposer sur des initiatives et programmes sur la qualité existante lorsque cela est possible. Ainsi, cela évite de dédoubler les efforts et favorise l'uniformité et l'harmonisation entre les programmes. Par exemple, le Partenariat s'appuyait sur des normes, indicateurs et lignes directrices sur les pratiques exemplaires déjà recommandées ou mises en œuvre au niveau provincial, national ou international. Dans le cadre de chaque PGQ, le Partenariat a travaillé avec des programmes clés (p. ex., les programmes de dépistage du cancer d'Action Cancer Ontario, le programme Out-of-Hospital Premises Inspection Program du CPSO) et des groupes d'intervenants pour s'assurer que les lignes directrices et normes adoptées pouvaient s'appliquer à tous les fournisseurs et les milieux de soins.

Pour permettre aux fournisseurs locaux de disposer de renseignements sur les initiatives d'amélioration de la qualité, le Partenariat a publié des rapports annuels sur la qualité destinée au public au niveau de la province, de la région, de l'établissement et du médecin. L'utilisation et l'application de ces rapports étaient appuyées par des renseignements supplémentaires sur la façon d'examiner, d'interpréter les conclusions des rapports et d'intervenir en conséquence, par des téléconférences pour faciliter la discussion entre les destinataires du rapport, et par le soutien par les pairs, au besoin.

Dans le cadre du Partenariat, des ressources et outils ont été élaborés pour aider les destinataires du rapport à mettre en œuvre des initiatives d'amélioration de la qualité. Parmi les exemples, on compte des trousseaux à outils pour les destinataires d'établissements, des modèles de plan d'amélioration pour les établissements, une formation sur l'évaluation par des pairs et des renseignements sur les conseils cliniques. De plus, le Partenariat a hébergé un système de gestion de l'apprentissage (LearnQMP) qui offre l'accès à des ressources, une formation continue, des communautés de pratique et une collaboration en ligne entre fournisseurs de la région.

Les PGQ étaient des programmes dynamiques visant à répondre aux besoins des habitants de l'Ontario et du système de santé. Par conséquent, l'évaluation était une composante importante des activités du Partenariat. Au fur et à mesure de la mise en œuvre des PGQ, différentes activités ont été évaluées, et les résultats de ces évaluations ont servi à améliorer et peaufiner l'approche du Partenariat. Par exemple, le format du rapport a été amélioré pour le rendre plus convivial, de nouveaux indicateurs de qualité ont été utilisés pour rendre les rapports plus instructifs, et des offres de formation ont été proposées pour combler les lacunes des utilisateurs des rapports en matière de connaissances et de compétences en amélioration de la qualité.

3.0 Coloscopie

3.1 Contexte

Le PGQ des services de coloscopie a été appliqué à tous les établissements et fournisseurs de services de coloscopie, y compris les gastroentérologues dans les hôpitaux et les établissements de soins externes, les chirurgiens généralistes et le personnel infirmier spécialisé en endoscopie. En avril 2019, 157 établissements de la province dispensaient des services de coloscopie dans 100 hôpitaux et 57 établissements de soins externes.

3.2 Principaux accomplissements

L'harmonisation du PGQ des services de coloscopie avec les initiatives et programmes provinciaux sur la qualité existante a permis de s'assurer que des objectifs clairs et uniformes en matière de qualité étaient établis pour les fournisseurs de services de coloscopie. Depuis 2015, le Partenariat travaille à la mise en œuvre de ses normes de qualité. Dans ce cadre, des mesures et des rapports sur le respect de ces normes ont été produits et les normes des PGQ sélectionnées ont été alignées sur celles déjà adoptées par d'autres organismes. Par exemple, les normes du PGQ ont été alignées sur les normes d'évaluation du programme Out-of-Hospital Premises Inspection Program établies par le CPSO et les normes pour les établissements décrites dans le document du Ministère, Quality-Based Procedures (QBP) Clinical Handbook for Gastrointestinal (GI) Endoscopy¹.

Le PGQ des services de coloscopie a été conçu pour avoir de nombreux indicateurs de qualité en commun avec le programme provincial de dépistage du cancer colorectal, ContrôleCancerColorectal, et le document GI Endoscopy QBP. Ces trois programmes ont partagé plusieurs méthodologies similaires de définition des indicateurs pour assurer la cohérence des renseignements fournis dans les rapports élaborés par chaque initiative.

La structure de leadership clinique du PGQ a également été alignée sur celle d'autres initiatives et programmes provinciaux. La direction régionale pour le PGQ des services de coloscopie a partagé le rôle de surveillance avec la direction de ContrôleCancerColorectal et de GI Endoscopy QBP, permettant ainsi un leadership régional centralisé.

Dans le cadre du PGQ des services de coloscopie, des personnes-ressources au niveau clinique et administratif ont été nommées dans chaque établissement pour créer une voie de communication directe, qui permettait l'échange de renseignements entre le PGQ des services de coloscopie et d'autres programmes d'Action Cancer Ontario. En 2016 et 2017, les équipes interfonctionnelles du Partenariat et des services de dépistage du cancer d'Action Cancer Ontario ont intégré 103 hôpitaux afin qu'ils puissent soumettre des renseignements sur les actes de coloscopie sur le portail de soumission de données (PSD) sur l'endoscopie gastrointestinale (GI).

Le PSD sur l'endoscopie GI a été conçu pour compiler les données sur tous les services de coloscopie, quelle que soit l'indication, dispensés dans les hôpitaux de l'Ontario. Comparé à l'outil de déclaration

¹ Tinmouth J, Kennedy EB, Baron D, Burke M, Feinberg S, Gould M, et coll. Colonoscopy quality assurance in Ontario: systematic review and clinical practice guideline. *Can J Gastroenterol Hepatol*. Mai 2014; 28(5):251-74

précédent, le PSD offre une meilleure qualité de données, une voie de soumission des données plus sécurisée et dynamique et permet de saisir plus d'éléments de données aux fins de mesure et de production de rapports sur la qualité des services de coloscopie. Le PSD aide les programmes de toute la province, y compris ContrôleCancerColorectal et GI Endoscopy QBP, dans le cadre d'un programme provincial d'endoscopie.

Les personnes-ressources au niveau administratif du PGQ des services de coloscopie ont aidé les établissements à intégrer le PSD. Ce processus d'intégration a permis la production de rapports plus complets, car il a été essentiel à l'introduction du PSD dans les hôpitaux qui n'avaient pas encore soumis de données à Action Cancer Ontario.

De 2016 à 2019, l'enquête annuelle sur le PGQ des services de coloscopie a été envoyée à tous les hôpitaux et établissements de soins externes dispensant des services de coloscopie. L'enquête portait sur l'état de préparation à dispenser des coloscopies aux personnes ayant obtenu un résultat positif au test immunochimique fécal (TIF). Les résultats de cette enquête ont permis d'avoir une idée générale de l'état de préparation lié aux TIF, ce qui a contribué aux efforts de planification régionaux et provinciaux.

En 2016, le PGQ des services de coloscopie a commencé à transmettre les rapports annuels sur la qualité au niveau de l'établissement, de la région et de la province à tous les établissements dispensant des services de coloscopie. Au cours de la deuxième année de production des rapports, en tenant compte des avis du Comité de consultation publique et de la direction clinique et scientifique, le programme a priorisé trois normes et deux indicateurs sur lesquels concentrer les efforts d'amélioration de la qualité (voir les Figures 3 et 4). Veuillez consulter l'Annexe pour connaître la liste complète des normes et des indicateurs de qualité relatifs aux services de coloscopie inclus dans les rapports annuels sur la qualité.

En 2017, le PGQ des services de coloscopie a atteint une étape majeure en transmettant à tous les endoscopistes en activité leurs premiers rapports au niveau du médecin. C'est la première fois en Ontario que tous les médecins d'un domaine de services de santé reçoivent un rapport sur leur rendement de la part d'un programme provincial obligatoire ayant pour mandat l'amélioration de la qualité. Les rapports au niveau du médecin du PGQ des services de coloscopie décrivaient le rendement des endoscopistes par rapport à des indicateurs de qualité sélectionnés en le comparant au rendement de leurs pairs et aux objectifs applicables.

Selon leur rendement par rapport à certains indicateurs, certains médecins ont reçu de la rétroaction facilitée de leurs responsables régionaux. La rétroaction facilitée est une méthode employée afin d'avoir des conversations sur le rendement et de cerner les domaines dans lesquels la qualité peut être améliorée². Les responsables régionaux ont eu des discussions en tête-à-tête avec les médecins au sujet de leurs rapports, du contexte de l'exercice de leur métier et, le cas échéant, des mesures à prendre pour assurer l'amélioration. L'intervention de rétroaction facilitée a été utilisée pour les rapports au niveau des médecins de 2017 et 2018, et le sera encore dans le cadre de la gestion de la qualité des services de dépistage du cancer.

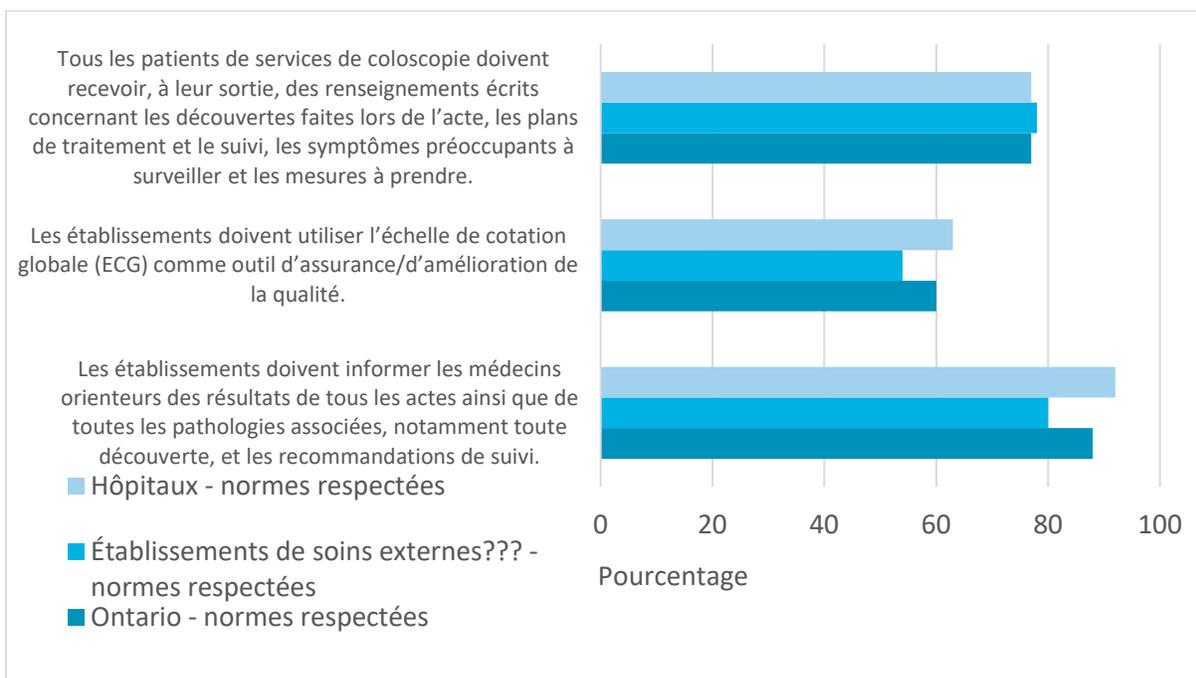
² Sargeant, J., et coll. (2015) Facilitated Reflective Performance Feedback: Developing an Evidence-and Theory-Based Model That Builds Relationship, Explores Reactions and Content, and Coaches for Performance Change (R2C2). *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*, 90(12), 1698-706

En plus de favoriser l'amélioration au niveau du médecin, le modèle de rétroaction facilitée a aidé à renforcer la capacité d'amélioration de la qualité en Ontario, car elle a permis aux responsables régionaux et provinciaux des services de coloscopie de suivre une formation sur la rétroaction facilitée qu'ils peuvent appliquer à toutes les facettes de leur métier.

Pour soutenir l'objectif du Partenariat de favoriser l'amélioration continue de la qualité grâce à la production de rapports à ce sujet, le PGQ des services de coloscopie a également élaboré et mis en œuvre une série d'outils et de ressources sur l'amélioration de la qualité. Ces ressources sont propres aux normes et indicateurs du PGQ et comprennent une fiche d'information sur la préparation des intestins, un modèle de formulaire de mise en congé des patients pour les établissements, et des renseignements sur les cours et vidéos disponibles pour favoriser l'amélioration du médecin.

3.3 Principales conclusions du rapport

Figure 3 : Normes prioritaires : respect des normes par les établissements de soins externes, les hôpitaux et l'Ontario, 2019



La Figure 3 compare le respect des normes par les établissements de soins externes et par les hôpitaux selon trois normes prioritaires : informer les médecins orienteurs des résultats de tous les actes; utiliser l'échelle de cotation globale (ECG) et fournir aux patients, à leur sortie, des renseignements écrits. Dans l'ensemble, le rendement quant aux normes prioritaires était mitigé, les hôpitaux et les établissements de soins externes ayant le même niveau de rendement, avec le plus faible niveau de respect pour l'utilisation de l'ECG. Comparé à 2017, le respect de ces trois normes s'est amélioré, en particulier quant à l'utilisation de l'ECG (données non indiquées).

La Figure 4 montre le rendement des hôpitaux et établissements de soins externes pour les deux indicateurs prioritaires : préparation inadéquate des intestins et temps d'attente entre l'obtention de

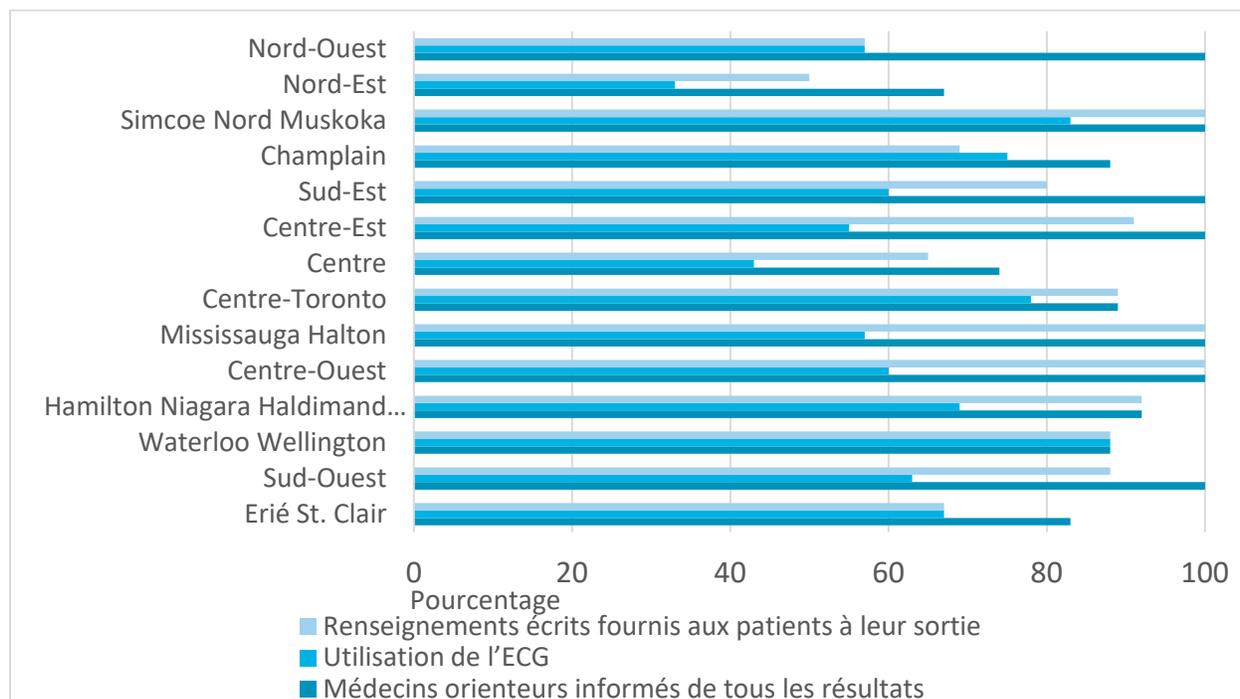
résultats positifs à la recherche de sang occulte dans les selles par test au gâïac (RSOSg) et la coloscopie. La figure montre que bien que, dans l'ensemble, le rendement des établissements quant au temps d'attente entre une RSOSg positive et une coloscopie est demeuré stable, le temps d'attente du 75^e percentile a légèrement diminué dans les hôpitaux et augmenté dans les établissements de soins externes depuis 2014. Le rendement quant à la préparation inadéquate des intestins s'est légèrement amélioré dans les hôpitaux depuis 2015.

Figure 4 : Indicateurs prioritaires : Respect par les établissements de soins externes, les hôpitaux et l'Ontario

Temps d'attente entre l'obtention de résultats anormaux à la RSOSg et la coloscopie	75 ^e Percentile (Jours)				
	2014	2015	2016	2017	2018
Total hôpitaux	77	79	77	75	74
Total établissements de soins externes	61	64	62	62	67
Total	72	74	72	70	71

Préparation inadéquate des intestins	Valeur de l'indicateur(%)			
	2015	2016	2017	2018
Total hôpitaux	3.3	3.0	3.1	2.7
Total établissements de soins externes	-	-	-	-
Total	3.3	3.0	3.1	2.7

Figure 5 : Résumé au niveau régional des normes prioritaires, 2019

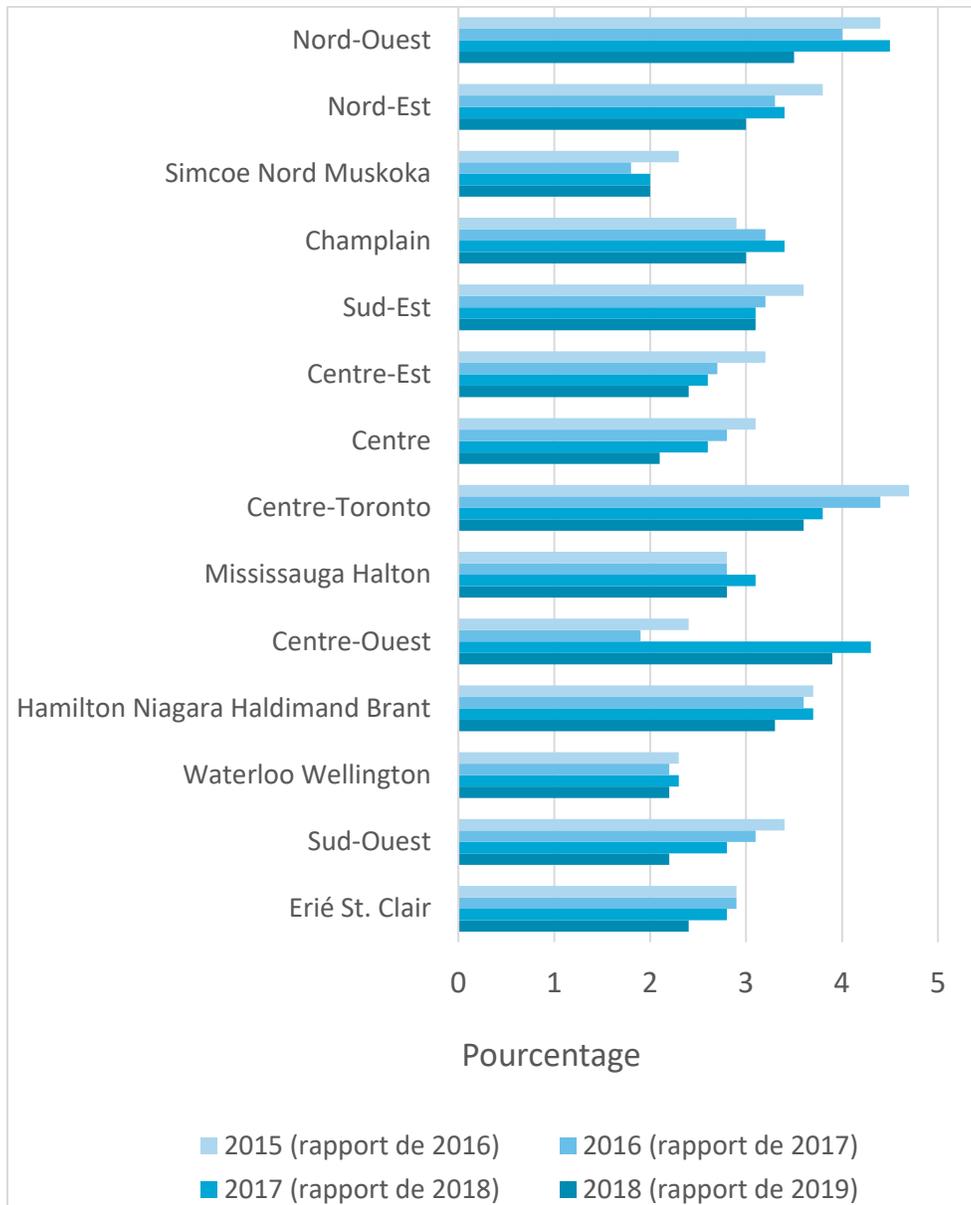


La Figure 5 présente un résumé à l'échelle régionale du rendement des établissements quant aux trois normes prioritaires (données de 2019). Cette figure indique que le respect de la norme selon laquelle les établissements doivent informer les médecins orienteurs de tous les résultats est très élevé dans toutes les régions, mais que des écarts demeurent quant au respect des trois normes prioritaires d'une région à l'autre.

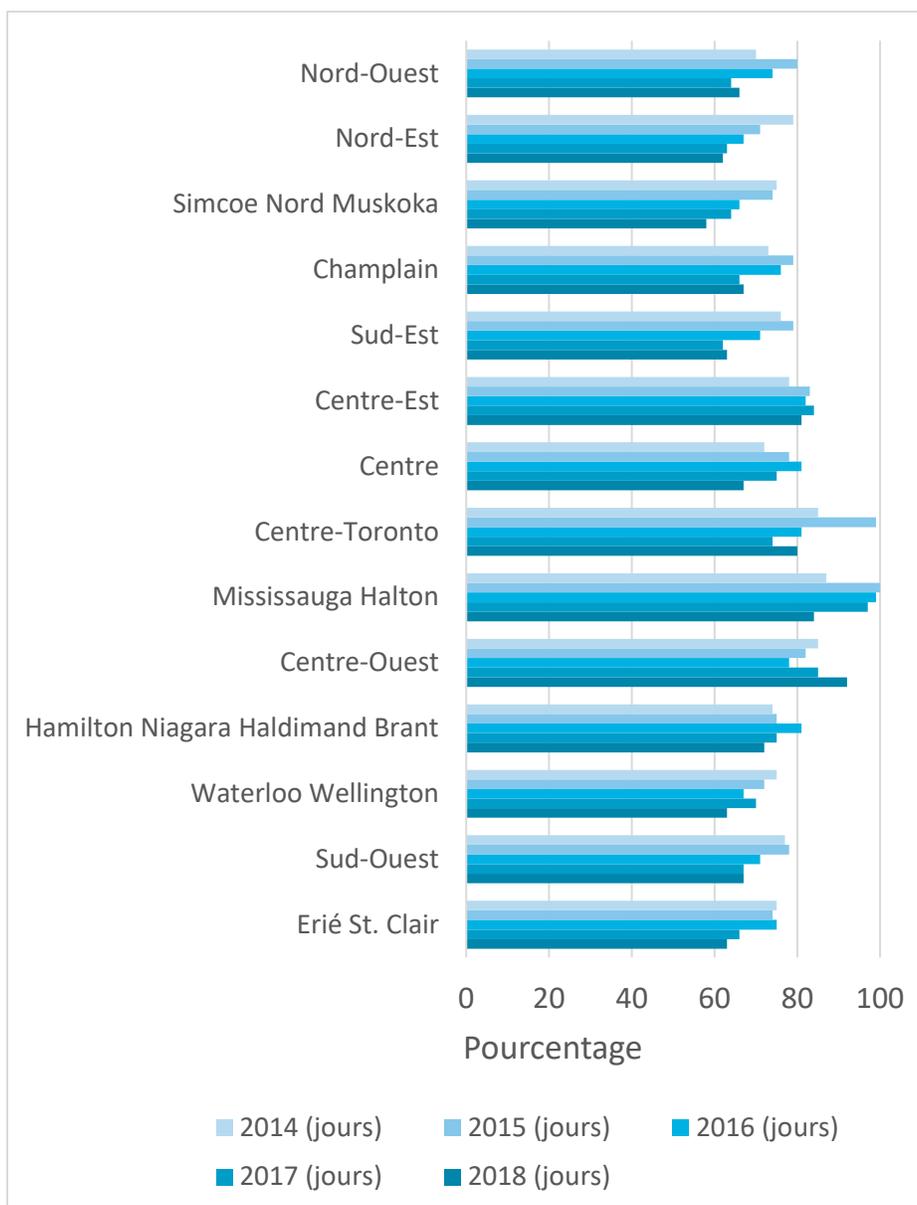
La Figure 6 présente un résumé à l'échelle régionale des établissements quant aux deux indicateurs prioritaires, à savoir la préparation inadéquate des intestins (données de 2015 à 2018) et le temps d'attente entre l'obtention de résultats positifs à la RSOSg et la coloscopie (données de 2014 à 2018). Ces figures montrent qu'il existe un écart quant au rendement d'une région à l'autre. Selon les indicateurs présentés ici, le rendement des services d'endoscopie en Ontario est bon dans l'ensemble, mais il existe des écarts d'une région ou d'un établissement à l'autre. Ces écarts doivent être comblés.

Figure 6 : Résumé au niveau régional des indicateurs prioritaires

Préparation inadéquate des intestins



Temps d'attente entre l'obtention de résultats positifs à la RSOSg et la coloscopie : 75^e percentile



3.4 Prochaines étapes

Le PGQ des services de coloscopie a réalisé des progrès quant à l'atteinte de l'objectif du Partenariat de renforcer la qualité et l'uniformité des services de coloscopie. L'intégration de normes et d'indicateurs à l'échelle de la province dans plusieurs initiatives liées au système et rapports sur la qualité au niveau du médecin a permis de voir le potentiel d'unification et de renforcement des attentes liées aux soins dans l'ensemble du système.

Au sein de Santé Ontario, il est possible d'assurer une croissance continue des rapports sur la qualité au niveau de la région, de l'établissement et du médecin. Le modèle de rétroaction facilitée n'est utilisé que depuis deux ans, ce travail est donc relativement nouveau. L'évaluation des rapports de 2018 et 2019 et les conversations associées sur la rétroaction facilitée continueront d'éclairer l'élaboration et le

suivi des rapports en 2019-2020 pour les services de coloscopie et autres services de santé.

L'amélioration de la qualité dans les services de coloscopie dépendra également de l'expansion de la collecte de données au-delà des hôpitaux pour recueillir des données auprès de tous les établissements.

4.0 Services de mammographie

4.1 Contexte

Le PGQ des services de mammographie s'applique à tous les établissements dispensant des services de mammographie pour tous les patients/utilisateurs de services et toutes les indications (p. ex., dépistage et diagnostic). Il concerne tous les fournisseurs de services de mammographie, notamment les technologues en radiation médicale qui réalisent des mammographies et les radiologistes qui les interprètent. En Ontario, les mammographies sont réalisées dans les hôpitaux et dans des établissements de santé autonomes. En mai 2019, 239 établissements dispensaient des services de mammographie en Ontario : 110 hôpitaux et 129 établissements de santé autonomes.

4.2 Principaux accomplissements

L'harmonisation du PGQ des services de mammographie avec les initiatives et programmes provinciaux sur la qualité existante a permis de s'assurer que des objectifs clairs et uniformes en matière de qualité étaient établis pour les fournisseurs de services de mammographie. Le PGQ des services de mammographie s'est appuyé sur les excellentes bases établies en matière de qualité par le Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS), l'IHF Assessment Program du CPSO et le Programme d'agrément en mammographie (PAM) de l'Association canadienne des radiologistes. Le PGQ des services de mammographie a échangé des renseignements sur les indicateurs, la méthodologie et les objectifs, le cas échéant, avec le PODCS, et a recommandé que tous les établissements dispensant des services de mammographie demandent l'agrément du PAM de l'Association canadienne des radiologistes et participent au PODCS.

Le Partenariat a promu l'adoption de ses recommandations sur la qualité en s'alignant sur les programmes susmentionnés, notamment en instaurant des exigences pour les établissements de santé autonomes afin qu'ils respectent les normes Independent Health Facilities Clinical Practice Parameters and Facility Standards du CPSO. Ces exigences comprenaient la nomination d'un responsable d'établissement qualifié pour fournir des services de diagnostic, notamment de mammographie, et la participation au PODCS³. Ces exigences appuyaient l'objectif d'Action Cancer Ontario de faire participer tous les établissements offrant des services de mammographie de dépistage au PODCS, ce qui permettrait à toutes les personnes admissibles de l'Ontario d'avoir accès à des services structurés de dépistage du cancer du sein. Cela permettrait également de renforcer la capacité du PODCS à collecter

³ Independent Health Facilities: Clinical Practice Parameters and Facility Standards. Diagnostic Imaging – Juillet 2018 (révision janvier 2019). Source : <https://www.cpso.on.ca/admin/CPSO/media/Documents/physician/your-practice/quality-in-practice/cpgs-other-guidelines/ihf-standards-diagnostic-imaging.pdf>

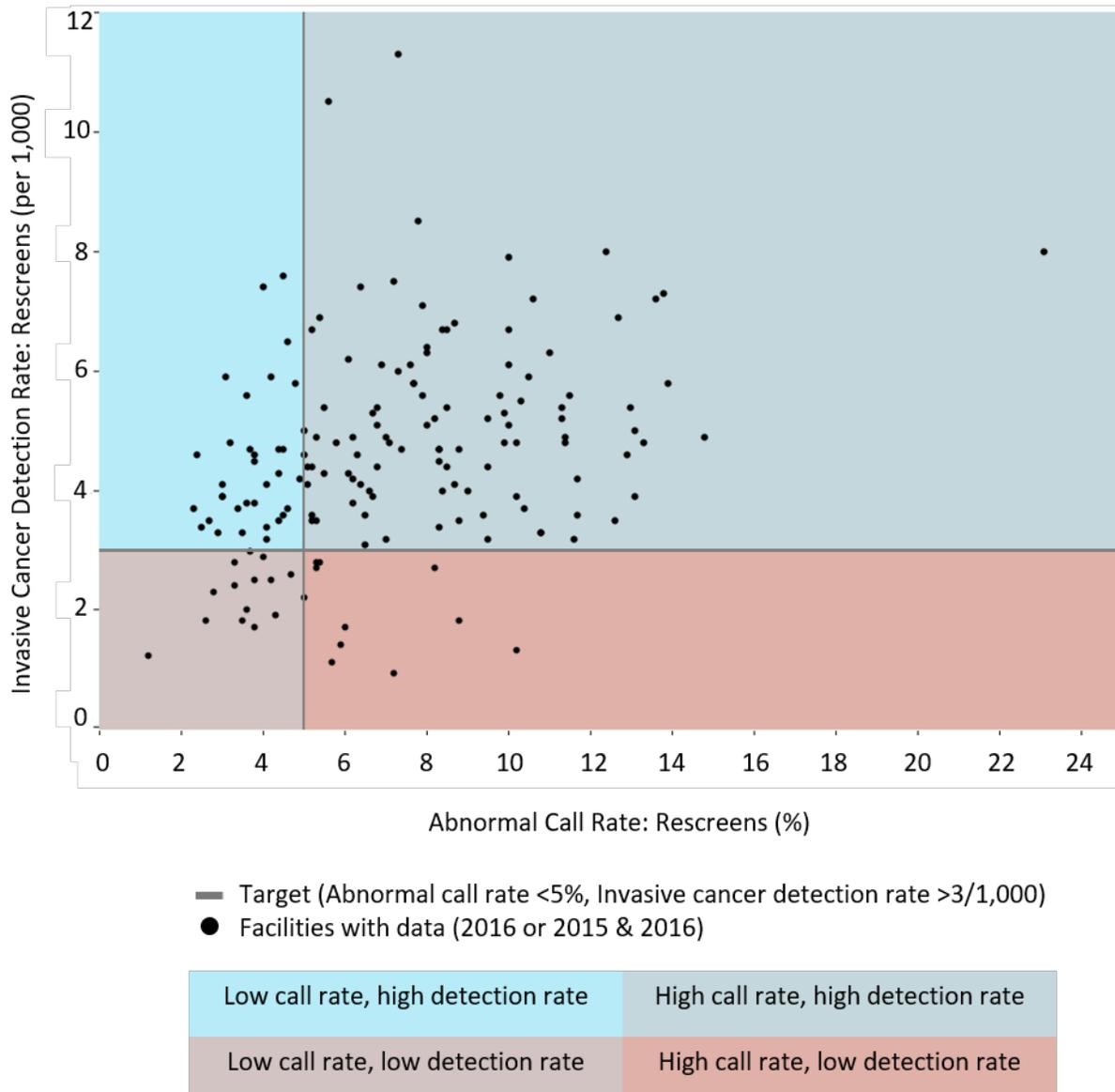
des données sur le dépistage, ce qui entraînerait la production de meilleurs rapports sur la qualité et la multiplication des soutiens pour améliorer ces services.

La structure de leadership clinique du PGQ des services de mammographie a été établie pour refléter son alignement avec d'autres initiatives et programmes provinciaux. La direction régionale était composée d'un ensemble de responsables régionaux de l'imagerie mammaire du PGQ des services de mammographie et du PODCS, ce qui leur a permis de tenir compte des deux programmes lors de la hiérarchisation des initiatives sur la qualité et de l'exercice des activités de supervision des programmes.

Depuis 2016, le PGQ des services de mammographie transmet des rapports annuels sur la qualité au niveau de l'établissement, de la région et de la province à tous les établissements dispensant des services de mammographie en Ontario. Ces rapports concordent autant que possible avec d'autres rapports sur la qualité dans le même domaine, notamment le rapport annuel au niveau du médecin qui est délivré par le PODCS depuis 2000. Pour répondre aux retours tirés d'une enquête d'évaluation du rapport, le rapport du PGQ de 2018 comprenait trois nouveaux indicateurs permettant d'obtenir des données plus récentes, notamment un nouveau taux de détection des cancers du sein. L'Annexe B contient une liste complète des recommandations et des indicateurs de qualité relatifs aux services de mammographie inclus dans les rapports annuels sur la qualité.

Pour contribuer à l'atteinte de l'objectif du Partenariat de favoriser l'amélioration continue de la qualité grâce à la production de rapports à ce sujet, en 2019, une nouvelle représentation visuelle a été intégrée aux rapports au niveau des établissements du PGQ des services de mammographie. Ce visuel offrait une comparaison des deux principaux indicateurs de qualité : le taux de détection des cancers invasifs (nouveaux examens de dépistage) et le taux de rappel pour anomalie (Figure 7). En comparant ces deux indicateurs, les établissements peuvent mieux comprendre leur niveau de rendement et le comparer à celui d'autres établissements de la province. Cette nouvelle représentation visuelle était accompagnée de suggestions de mesures à prendre pour l'amélioration de la qualité, en fonction de la position des établissements sur le graphique.

Figure 7 : Classement par catégories du rendement des interprétations

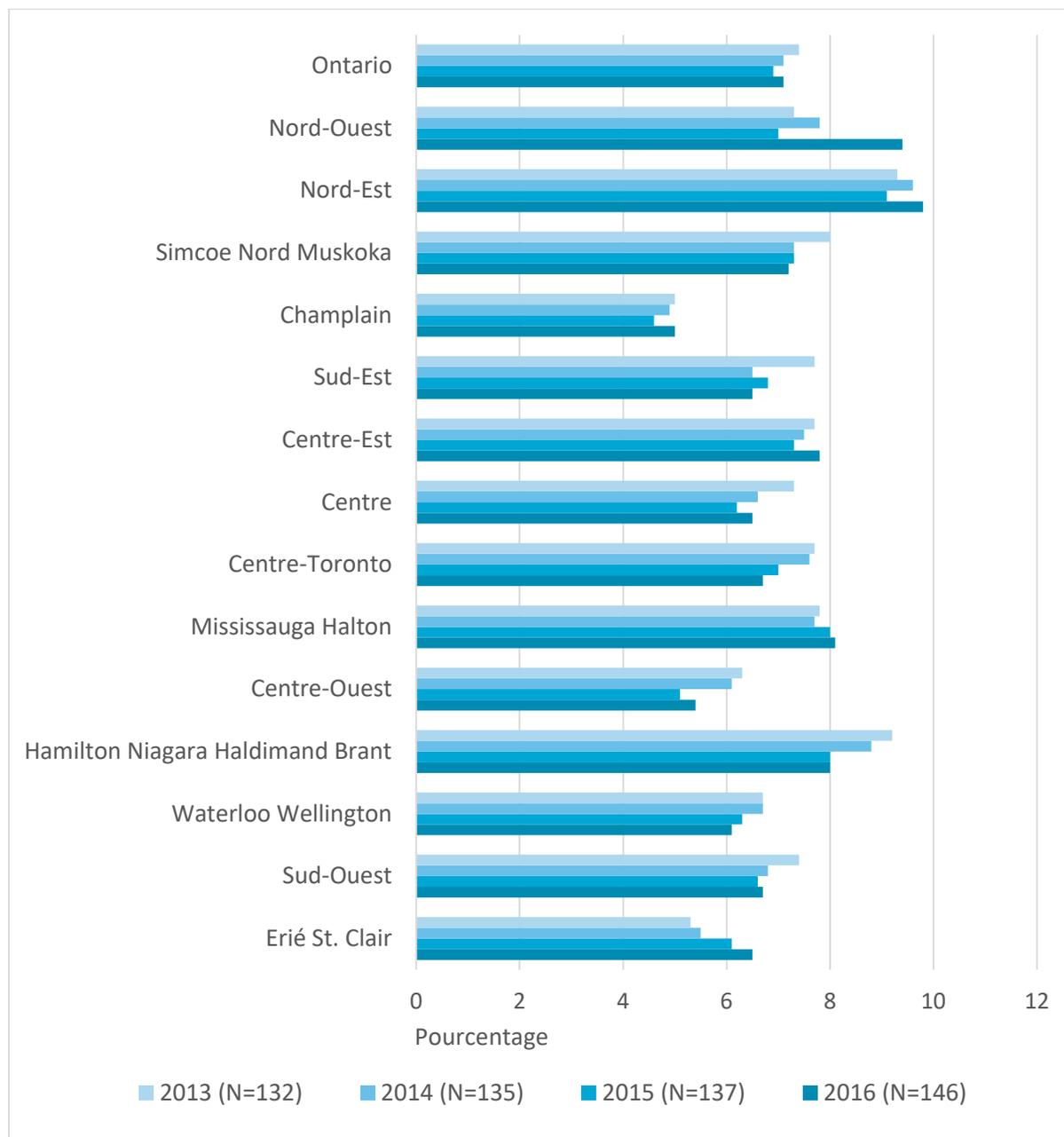


Depuis sa mise en place, le PGQ des services de mammographie a élaboré et mis en œuvre une série d'outils et de ressources sur l'amélioration de la qualité. Pour promouvoir et appuyer la production de rapports de grande qualité, un groupe d'experts multidisciplinaire a élaboré un modèle de rapport normalisé sur les mammographies de dépistage et une trousse de mise en œuvre qui ont été adoptés dans tous les établissements réalisant des mammographies.

D'autres ressources, comme le document de renseignements supplémentaires relatif aux rapports sur la qualité, ont été conçues pour aider les destinataires des rapports à interpréter ces derniers et à saisir les occasions d'amélioration indiquées dans le rapport. De plus, un modèle pédagogique a été élaboré afin d'être utilisé par les responsables cliniques régionaux dans le cadre de leurs activités régionales d'amélioration de la qualité.

4.3 Principales conclusions du rapport

Figure 8 : Taux de rappel pour anomalie pour les établissements participant au PODCS, résumé au niveau régional

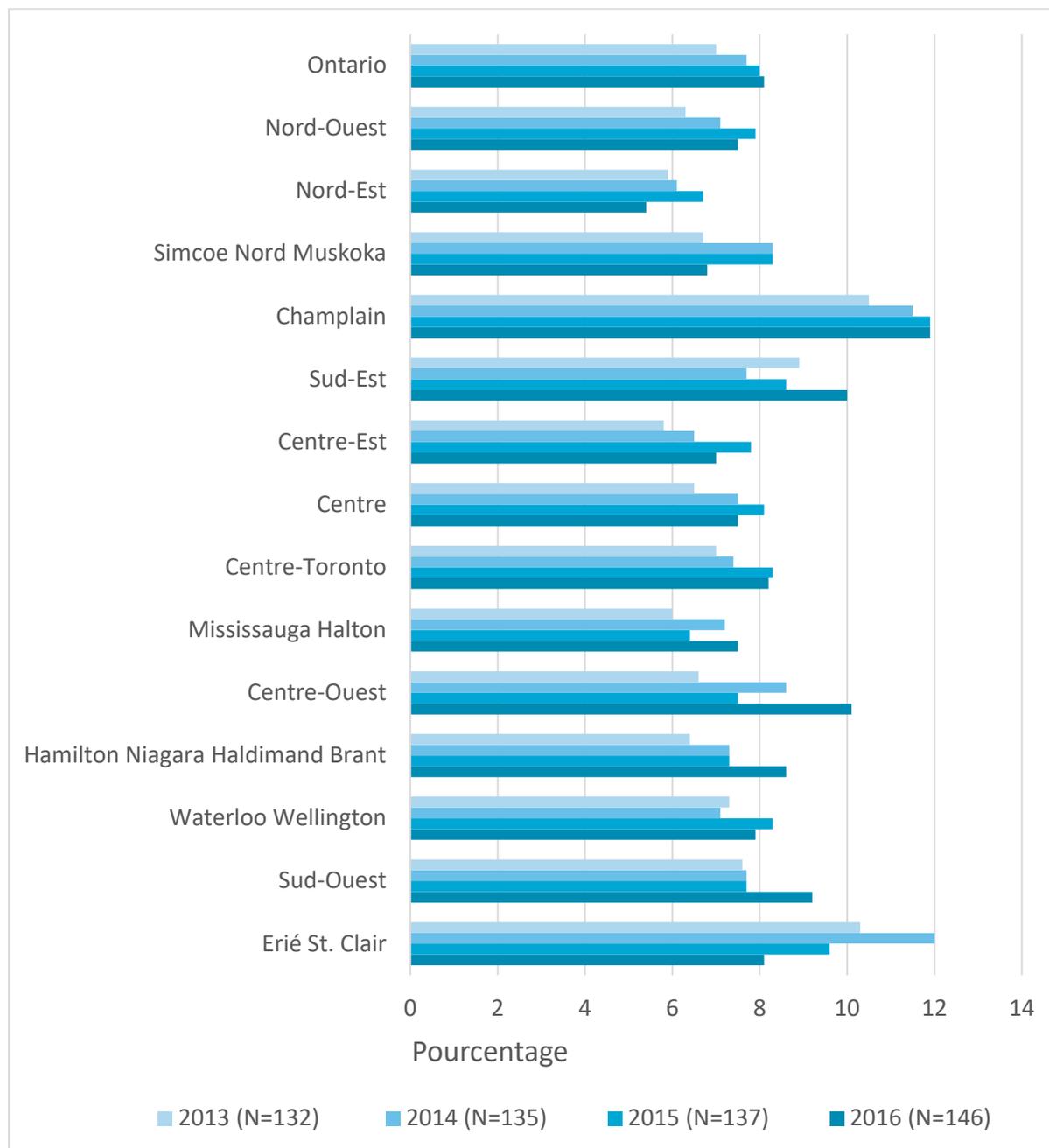


La Figure 8 présente le pourcentage de mammographies de dépistage réalisées dans le cadre du PODCS ayant permis aux radiologistes de relever des anomalies, entre 2013 et 2016. L'objectif national pour cet indicateur est de moins de 5 % pour les nouveaux examens de dépistage.

Au niveau provincial, le taux de rappel pour anomalie s'est amélioré entre 2013 et 2016. Toutefois, il existe des écarts d'une région à l'autre, avec un taux en hausse dans cinq d'entre elles. Il convient de préciser qu'un taux de rappel pour anomalie supérieur à l'objectif n'est pas un phénomène propre à l'Ontario, c'est le cas dans toutes les provinces et tous les territoires canadiens et ces taux sont souvent supérieurs à l'objectif.

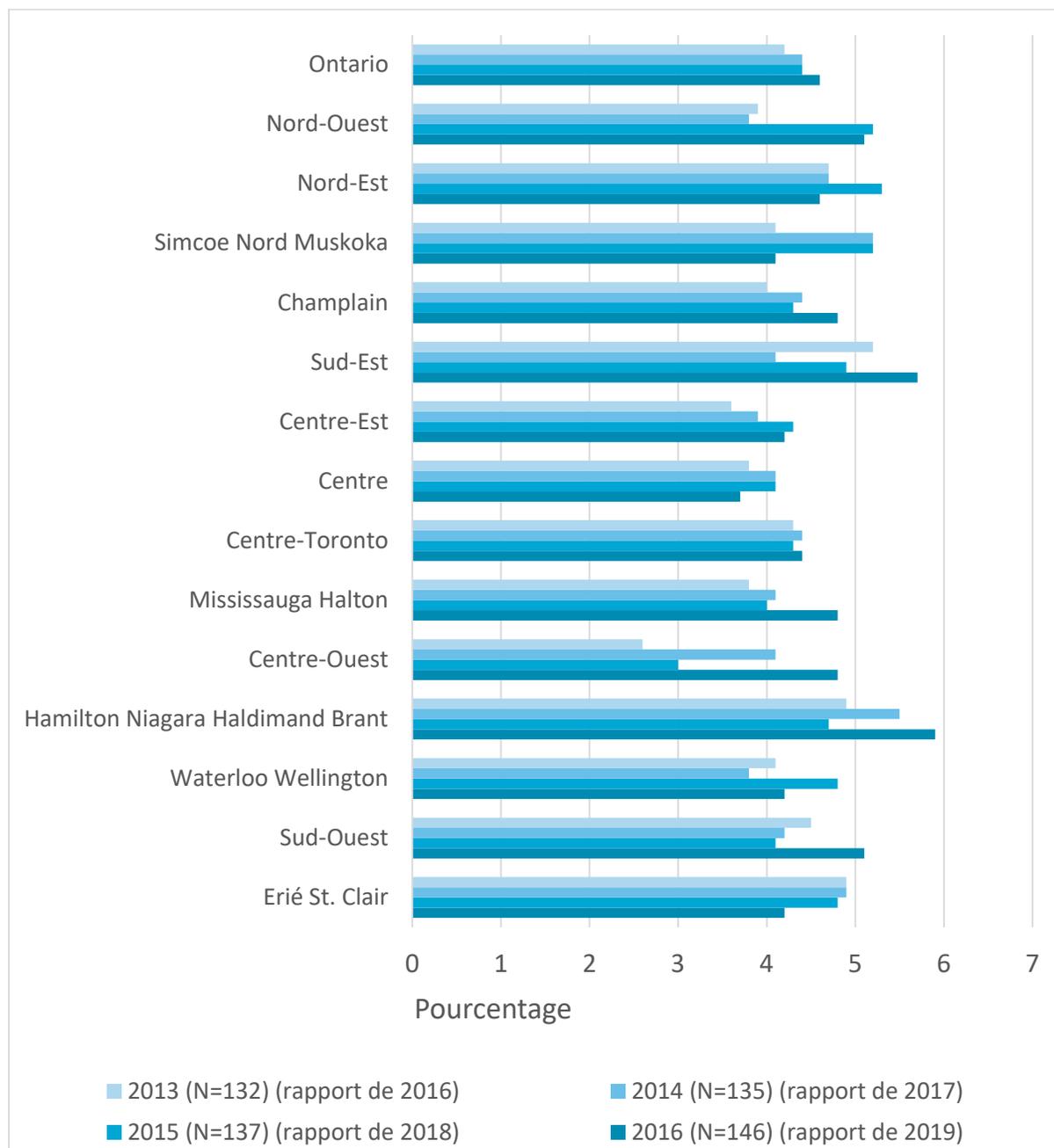
Il est important d'interpréter le taux de rappel pour anomalie, la valeur prédictive positive (Figure 9) et le taux de détection des cancers invasifs (Figure 10) en adoptant une vue d'ensemble, car tous ces éléments sont interconnectés. Par exemple, les taux de rappel pour anomalie élevés sont moins préoccupants si les taux de détection des cancers et les valeurs prédictives positives sont proches de l'objectif ou concordent avec les données de comparaison régionales et provinciales. À l'inverse, des taux de rappel pour anomalie élevés associés à des taux de détection des cancers et des valeurs prédictives positives basses suggèrent que des améliorations pourraient être apportées.

Figure 9 : Valeur prédictive positive pour les établissements participant au PODCS, résumé au niveau régional



La Figure 9 présente la valeur prédictive positive, qui est le pourcentage de mammographies de dépistage réalisées dans le cadre du PODCS ayant obtenu des résultats anormaux qui se sont révélés être des cancers du sein (carcinome canalaire in situ ou cancer du sein invasif). L'objectif national pour cet indicateur est égal ou supérieur à 6 % pour les nouveaux examens de dépistage. La plupart des régions atteignent cet objectif, et la majorité a connu une amélioration entre 2013 et 2016.

Figure 10 : Taux de détection des cancers invasifs pour les établissements participant au PODCS, résumé au niveau régional



La Figure 10 présente le taux de mammographies de dépistage réalisées dans le cadre du PODCS ayant permis de détecter un cancer du sein invasif pour 1000 mammographies. L'objectif national pour cet indicateur est supérieur à trois pour 1000 nouveaux examens de dépistage. La plupart des régions atteignent cet objectif, et la majorité a connu une amélioration entre 2013 et 2016.

Les figures 8, 9 et 10 indiquent que la qualité des services de mammographie de dépistage en Ontario est bonne dans l'ensemble, mais qu'il existe des écarts régionaux.

4.4 Prochaines étapes

Le PGQ des services de mammographie a réalisé des progrès quant à l'atteinte de l'objectif du Partenariat de renforcer la qualité et l'uniformité des services de mammographie. L'intégration des recommandations du PGQ aux normes *Independent Health Facilities Clinical Practice Parameters and Facility Standards* du CPSO a permis de veiller à ce que toutes les personnes admissibles de l'Ontario aient accès à des services structurés de dépistage du cancer du sein par l'intermédiaire du PODCS, ce qui a permis à plus de femmes de la province de bénéficier des avantages du dépistage offerts par ce programme.

Santé Ontario peut continuer à développer les rapports sur la qualité des services de mammographie au niveau régional et de l'établissement. Les connaissances et l'expérience acquises grâce à la rétroaction facilitée et à l'amélioration individuelle des médecins des services de coloscopie peuvent s'appliquer aux rapports sur les résultats des radiologistes, ce qui aidera ces derniers à améliorer le rendement des services de mammographie de dépistage. La forme des rapports sur les résultats des radiologistes peut également être améliorée et harmonisée avec d'autres rapports similaires en fonction des leçons tirées des évaluations de rapports au niveau des médecins dispensant des services de coloscopie et des établissements dispensant des services de mammographie. De plus, Santé Ontario a la possibilité de s'appuyer sur des ressources favorisant l'amélioration de la qualité et d'en créer de nouvelles, comme les études de cas pour aider les radiologistes à améliorer leurs compétences en interprétation. Enfin, la collecte de données et les rapports normalisés pour les mammographies et autres modes d'imagerie mammaire (p. ex., imagerie par résonance magnétique et ultrasons) pourraient être développés pour contribuer à l'obtention de services d'imagerie mammaire plus complets et de grande qualité.

5.0 Pathologie

5.1 Contexte

Le PGQ des services de pathologie était centré sur la composante analytique ou interprétative de la pathologie chirurgicale, qui implique l'étude des tissus prélevés aux fins de diagnostic et de prise en charge du patient. La qualité des services de pathologie chirurgicale dépend des éléments suivants : précision, rapidité, exhaustivité, pertinence et efficacité. Le PGQ des services de pathologie était axé sur les mesures de la pertinence, de l'efficacité et de la rapidité. En Ontario, l'interprétation diagnostique des tissus prélevés est réalisée en laboratoire par des anatomopathologistes et des pathologistes généraux. En 2018, des services de pathologie chirurgicale ont été dispensés dans 53 établissements : 48 hôpitaux, quatre laboratoires communautaires (privés) et un laboratoire universitaire.

5.2 Principaux accomplissements

L'un des principaux objectifs du PGQ des services de pathologie était de normaliser les processus d'assurance de la qualité dans les laboratoires de toute la province. Pour atteindre cet objectif, le groupe d'experts-conseils a entériné les travaux de Path2Quality, une collaboration entre la section de l'Association médicale de l'Ontario sur la médecine de laboratoire et Ontario Association of Pathologists. Le document sur les directives de Standards2Quality (S2Q) *Guidelines for Quality Management in Pathology Professional Practices de Path2Quality (version 2⁴)* définissait un ensemble essentiel de normes et d'indicateurs fondés sur les processus de déroulement des activités utilisés pour les travaux d'interprétation des services de pathologie chirurgicale.

La mise en œuvre de ces normes et des indicateurs clés permettrait aux laboratoires de surveiller la précision, l'efficacité et la rapidité des travaux, et d'obtenir des données pour mettre en place les initiatives d'amélioration de la qualité, au besoin. En 2015, le PGQ des services de pathologie a rendu prioritaires six de ces normes de mise en œuvre par le biais de rapports annuels sur la qualité, et en 2018, deux normes ont été ajoutées. Au vu des pressions exercées sur les ressources des laboratoires de pathologie et de la diversité des systèmes de gestion de l'information dans l'ensemble de la province, la collecte de données sur les indicateurs a été compliquée. Malgré ces difficultés, le PGQ des services de pathologie a travaillé à la mise en œuvre complète des indicateurs.

Le PGQ des services de pathologie a permis de repérer des occasions d'aligner ses travaux sur ceux d'autres groupes d'intervenants clés, comme le Programme de pathologie et de médecine en laboratoire d'Action Cancer Ontario, l'Institute for Quality Management in Healthcare, l'Ontario Association of Pathologists et la section de l'Association médicale de l'Ontario sur la médecine de laboratoire. Des représentants de ces organismes ont participé au Comité provincial sur la qualité du PGQ des services de pathologie et ont été consultés au sujet d'initiatives d'importance majeure pour le

⁴ Standards2Quality Guidelines for Quality Management in Pathology Professional Practices - Version 2 [Internet]. [Source inconnue] Path2Quality (a collaboration of the OMA Section on Laboratory Medicine and the Ontario Association of Pathologists); 31 mars 2011 [mise à jour le 3 septembre 2013; cité le 8 avril 2016]. 101p. Source : <https://cap-cp.org/cmsUploads/CAP/File/Standards2Quality%20-%20Version%202.pdf>

Progrès réalisés sur la voie de la qualité : Rapport sur la transition du Partenariat de gestion de la qualité

PGQ, comme l'établissement des normes prioritaires, l'élaboration de définitions des indicateurs et de méthodologies, et la création d'un plan provincial d'amélioration de la qualité.

En 2016, le PGQ des services de pathologie a commencé à transmettre les rapports sur la qualité au niveau de l'établissement, de la région et de la province à tous les établissements dispensant des services de pathologie chirurgicale. Les rapports contenaient des données déclarées par les établissements au sujet de la conformité aux normes prioritaires. L'Annexe C contient une liste complète des normes de qualité incluses dans les rapports annuels sur la qualité.

De 2016 à 2018, les résultats des enquêtes annuelles autodéclarées des établissements ont montré une hausse progressive de la mise en œuvre de ces normes (Figure J). À l'échelle provinciale, le nombre de laboratoires ayant mis en place des comités professionnels de gestion de la qualité des services de pathologie a augmenté (de 64 % en 2016 à 90 % en 2018), de même que ceux ayant élaboré des plans professionnels de gestion de la qualité des services de pathologie (de 58 % en 2016 à 87 % en 2018). Il y a également eu des améliorations quant à la documentation des politiques et lignes directrices :

- Le nombre de laboratoires ayant des politiques documentées pour l'investigation ou la résolution des divergences dans les rapports a augmenté, passant de 72 % (2016) à 94 % (2018).
- Le nombre de laboratoires ayant des lignes directrices documentées pour la classification des divergences dans les rapports a augmenté, passant de 70 % (2016) à 94 % (2018).
- Le nombre de laboratoires ayant des politiques documentées décrivant le processus et la documentation liés à la comparaison des résultats de consultation peropératoire avec un diagnostic final a augmenté, passant de 71 % (2016) à 98 % (2018).
- Le nombre de laboratoires qui examinent les données sur les cas de consultation peropératoire présentant des problèmes de divergence pour le groupe professionnel de pathologie chirurgicale a augmenté, passant de 80 % (2016) à 98 % (2018).

La nette amélioration en matière de respect des normes prioritaires et le taux de réponse de 100 % aux enquêtes envoyées aux établissements démontrent que la communication établie par le PGQ des services de pathologie avec les établissements et pathologistes est efficace pour assurer la production de rapports de pathologie précis, opportuns et efficaces.

Le PGQ des services de pathologie a également utilisé l'enquête menée auprès des établissements pour recueillir des avis sur les problèmes rencontrés dans le domaine. En 2018, l'enquête comprenait des questions sur les obstacles à la mise en œuvre des normes et à l'amélioration du rendement quant aux indicateurs de la qualité qui devaient être intégrés aux rapports du Partenariat. L'obstacle le plus souvent indiqué provenait des pressions grandement liées aux ressources des pathologistes, à la disponibilité des assistants ainsi que des technologues et des ressources d'aide à la prise de décisions. Cela démontre donc la possibilité d'entamer des discussions sur les ressources à l'avenir.

Le PGQ des services de pathologie a mis en place et engagé un réseau solide de responsables régionaux et d'établissement, notamment des responsables de laboratoires privés et communautaires. Selon la recommandation du groupe d'experts-conseils, la structure de leadership clinique du PGQ des services de pathologie variait en certains points par rapport à celle des services de mammographie et de coloscopie. Bien que la structure de leadership régionale ait largement respecté les limites géographiques établies par le Programme régional de lutte contre le cancer, le PGQ des services de pathologie a également nommé un responsable régional représentant le secteur des laboratoires privés

Progrès réalisés sur la voie de la qualité : Rapport sur la transition du Partenariat de gestion de la qualité

et communautaires pour veiller à ce que les points de vue de tous les types de laboratoires de l'Ontario soient entendus. Les responsables cliniques régionaux rendaient compte au responsable clinique provincial, ce qui permettait d'assurer une surveillance uniforme de la qualité des services de pathologie dans toute la province.

Ce réseau solide de responsables cliniques et administratifs a permis de surmonter les difficultés rencontrées. Par exemple, une difficulté majeure pour la production de rapports sur la qualité dans les services de pathologie est l'incapacité de faire état des indicateurs de qualité à partir des bases de données administratives, mais le PGQ des services de pathologie a permis de réaliser des progrès considérables dans ce domaine. Début 2019, le PGQ des services de pathologie a réalisé une enquête de validation pour contribuer à l'élaboration d'un indicateur du temps de traitement pour tous les cas de pathologie. Le taux de réponse à l'enquête a été très élevé (60 des 63 laboratoires ont participé, soit 95 %). L'enquête a montré une concordance entre les données disponibles dans les bases de données d'Action Cancer Ontario et les données collectées par les laboratoires (données validées pour 59 des 63 établissements, soit 94 %, en tenant compte du temps de traitement de tous les échantillons). Les résultats d'une analyse préliminaire de ces données ont révélé que le temps de traitement moyen de la province était de huit jours, la fourchette allant de deux jours dans le 10^e percentile à 15 jours dans le 90^e percentile au cours de l'exercice financier 2018-2019 (données non représentées). L'écart des données devait être réglé grâce à des mises à jour du système de gestion de l'information des laboratoires. Suite à cette enquête, les données provinciales sur le temps de traitement devaient être intégrées aux futurs rapports annuels.

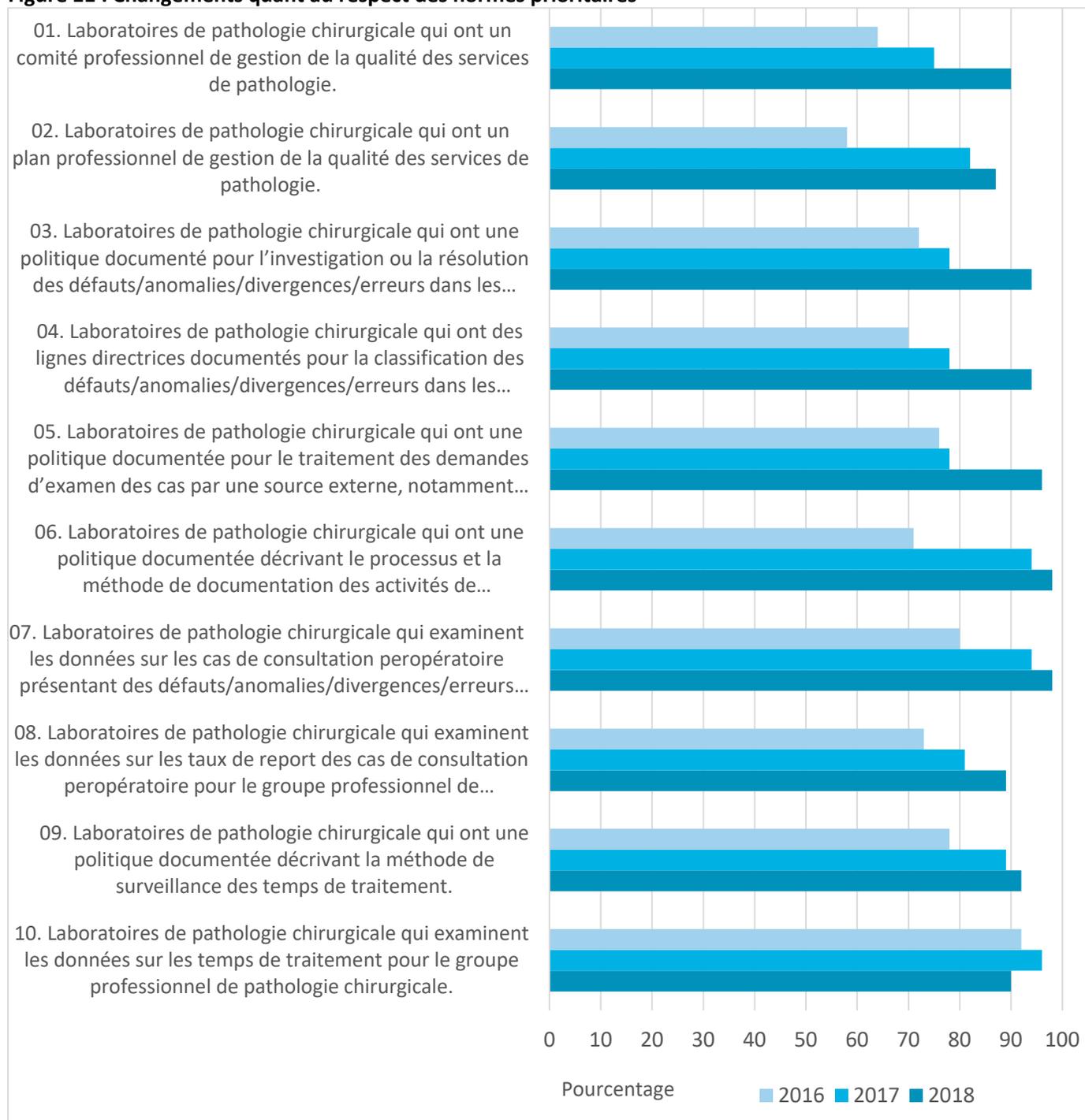
Pour contribuer à l'atteinte de l'objectif du Partenariat de favoriser l'amélioration continue de la qualité par le biais de la production de rapports sur la qualité, le PGQ des services de pathologie a mis au point plusieurs ressources sur l'amélioration de la qualité, notamment une trousse pour aider les établissements à mettre en œuvre leurs plans d'amélioration de la qualité. Le PGQ des services de pathologie a élaboré un plan provincial d'amélioration de la qualité qui décrivait les priorités en matière d'amélioration de la qualité, les objectifs (p. ex., pour l'adoption des normes prioritaires), les méthodes d'amélioration et les mesures de la réussite. Deux documents de conseils cliniques pour le domaine visé ont également été élaborés dans le cadre du programme : un portant sur les principes et la classification des problèmes de divergence rencontrés dans le cadre des consultations dans les services de pathologie axé sur les répercussions cliniques et pour le patient, et un établi en collaboration avec le PGQ des services de coloscopie pour encourager la documentation uniforme des polypes chez les pathologistes et les endoscopistes.

Le PGQ des services de pathologie a également mené plusieurs activités de renforcement des capacités d'amélioration de la qualité. En partenariat avec Qualité des services de santé Ontario, le PGQ des services de pathologie a organisé des webinaires sur les éléments fondamentaux de l'amélioration de la qualité dans le domaine des services de pathologie. Les webinaires ont attiré un grand nombre de pathologistes de la province. De plus, les responsables régionaux et d'établissement ont suivi une formation sur la rétroaction facilitée pour renforcer leurs compétences en communication.

5.3 Principales conclusions du rapport

La Figure 11 présente les changements quant au respect de chacune des dix normes par les établissements, depuis 2016. Il y a eu une hausse constante autodéclarée du respect des dix normes en 2017 et une autre hausse pour neuf des dix normes en 2018.

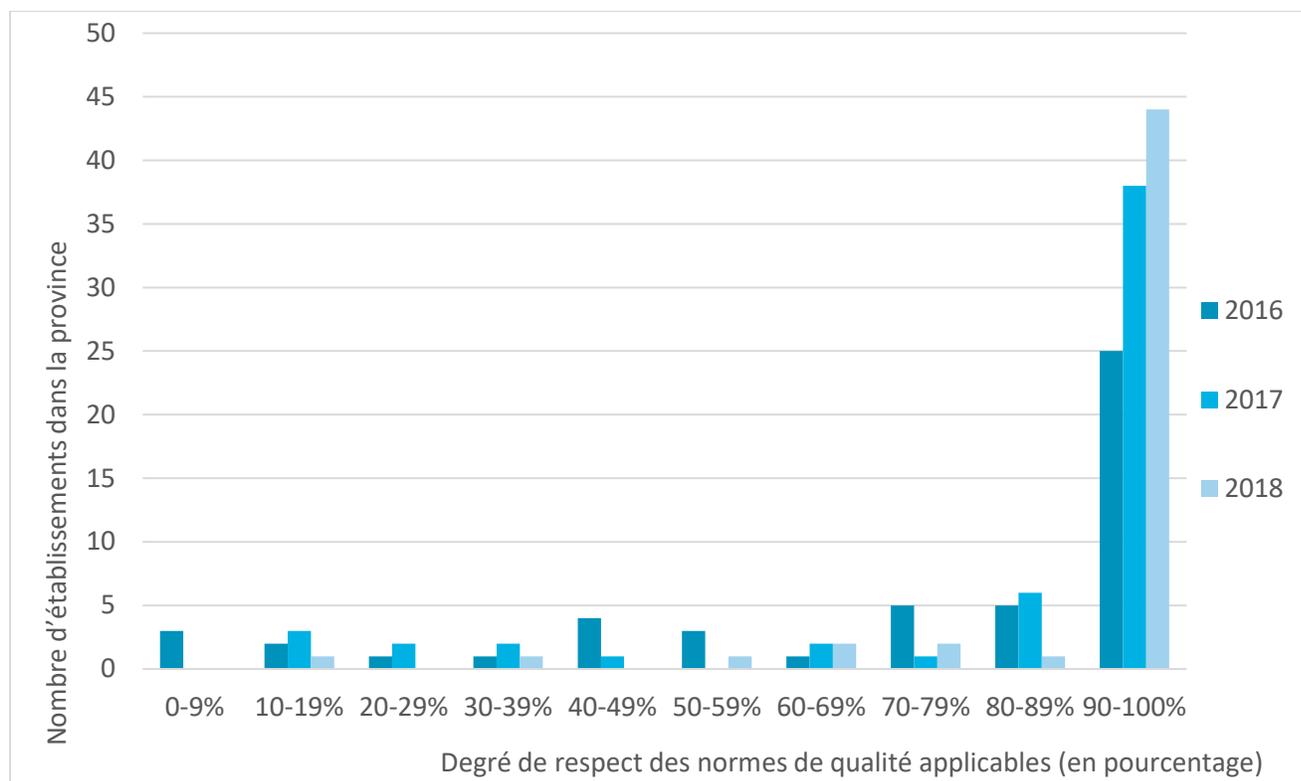
Figure 11 : Changements quant au respect des normes prioritaires



La Figure 12 présente une comparaison du degré de respect global des normes prioritaires (en pourcentage) en 2016, 2017 et 2018. Cette figure montre qu'il y a eu des progrès depuis 2016.

Ces données montrent que la majorité des laboratoires de pathologie ont mis en place des processus internes pour s'assurer que les normes de qualité sont pleinement respectées et assurent le suivi des données concernant la rapidité de traitement, les divergences des consultations peropératoires et les taux de report.

Figure 12 : Degré de respect des normes de qualité prioritaires (en pourcentage)



5.4 Prochaines étapes

Le PGQ des services de pathologie a réalisé des progrès quant à l'atteinte de l'objectif du Partenariat de renforcer la qualité et l'uniformité des services de pathologie. L'adoption accrue des normes du PGQ des services de pathologie a contribué à l'uniformisation des processus d'assurance de la qualité dans les établissements dispensant des services de pathologie dans toute la province. La structure de leadership clinique du PGQ des services de pathologie a contribué à la création d'une culture systémique positive de grande qualité et à l'amélioration de la sécurité des patients, alors que le programme posait les bases d'une culture d'amélioration continue de la qualité.

Les rapports sur la qualité portant sur les normes des services de pathologie au niveau de la région et des établissements sont importants, et il y a une possibilité de continuer ce travail au sein de Santé Ontario. Il est aussi possible de renforcer l'amélioration de la qualité dans les établissements dispensant des services de pathologie en se fondant sur l'expérience acquise grâce à la rétroaction facilitée. De nombreuses autres initiatives lancées par le PGQ des services de pathologie sont fort prometteuses.

pour ce domaine de services et permettent à Santé Ontario de continuer ce travail d'amélioration de la qualité des services de pathologie en Ontario.

Santé Ontario a une occasion d'améliorer la collecte de données et les rapports sur les indicateurs de qualité dans les services de pathologie pour explorer les rapports au niveau du médecin et favoriser les communautés de pratique.

6.0 Prochaines étapes

Le présent rapport met en lumière les nombreux accomplissements et progrès réalisés par le Partenariat quant à la qualité des services de coloscopie, mammographie et pathologie. Santé Ontario met à profit les réussites du Partenariat en utilisant les principes directeurs de celui-ci (Figure 1). Les possibilités de poursuivre ce travail sont décrites ci-dessous :

Appuyer l'amélioration de la qualité à plusieurs niveaux en poursuivant et en renforçant la production de rapports sur la qualité à l'échelle de la province, de la région, de l'établissement et du médecin

Pour appuyer les programmes provinciaux de dépistage du cancer colorectal et du cancer du sein, la production de rapports sur la qualité des services de coloscopie et de mammographie se poursuit au niveau du médecin, de l'établissement, de la région et de la province. Lorsque les données le permettront, les rapports contiendront de nouveaux indicateurs (p. ex., taux de détection des adénomes, taux de biopsie de tumeurs malignes) et des aides pour contribuer à l'amélioration de la qualité. L'attention sera en permanence portée sur l'amélioration de l'expérience utilisateur pour les rapports sur la qualité des services de coloscopie et de mammographie.

Les connaissances et expériences acquises grâce aux rapports sur la qualité des services de coloscopie et de mammographie seront utilisées pour étendre les rapports sur la qualité à d'autres domaines de services de santé. Des travaux sont en cours pour étendre la production de rapports sur la qualité des services de coloscopie appuyant la mise en œuvre du test du virus du papillome humain (VPH) dans le cadre du Programme ontarien de dépistage du cancer du col de l'utérus.

En 2019, les rapports sur la qualité au niveau des médecins dispensant des services de coloscopie pouvaient être consultés par le biais d'un portail en ligne. Cet accès en ligne permet aux médecins d'accéder à des renseignements supplémentaires (p. ex., les rapports des années précédentes, les ressources pour favoriser l'amélioration de la qualité) et, avec le temps, permettra de rendre les rapports plus fonctionnels.

L'importance de la responsabilisation locale quant à la qualité était essentielle pour le travail du Partenariat dès son lancement. À mesure que la structure et l'attribution des ressources à l'échelle régionale seront révisées, il sera important de tenir compte des répercussions de ces changements sur les rapports sur la qualité (p. ex. méthodes de diffusion, activités d'amélioration de la qualité) afin que tous les niveaux de ces rapports puissent continuer à appuyer efficacement les efforts locaux en matière de qualité.

Appuyer l'élaboration et la mise en œuvre d'outils et de ressources favorisant l'amélioration de la qualité à tous les niveaux

Comme indiqué dans le présent rapport, le Partenariat a mené plusieurs initiatives visant à répondre aux besoins en matière de qualité du système de santé. Santé Ontario pourrait faire évoluer ce travail en poursuivant et en développant les processus de production de rapports sur la qualité et d'amélioration de la qualité mis en œuvre par le Partenariat. Par exemple, les discussions sur la rétroaction facilitée visant à favoriser l'amélioration de la qualité au niveau du médecin pourraient être renforcées en proposant des examens de cas, un soutien pour les communautés de pratique et le renforcement des capacités d'amélioration de la qualité grâce à des offres de formation et des webinaires.

Les outils pédagogiques, modèles et ressources du Partenariat ont aidé les destinataires des rapports à interpréter ces derniers et à prendre des mesures en conséquence. La poursuite de ce travail contribuera à la mise en place d'une culture d'amélioration de la qualité du système de santé de la province.

Continuer d'encourager la direction clinique et administrative à permettre une amélioration considérable de la qualité à tous les niveaux

On a constaté de grandes avancées quant à l'élaboration d'outils, la diffusion de rapports et la promotion de l'amélioration à tous les niveaux. Le rayonnement du réseau de leadership clinique et administratif du Partenariat dans l'ensemble de la province a permis d'offrir aux fournisseurs un plus grand soutien par les pairs, d'étendre la portée des initiatives du Partenariat et d'acquérir plus de connaissances sur lesquelles s'appuyer.

De plus, le rôle du leadership régional à l'appui des interventions d'amélioration de la qualité demeurera un sujet important pour Santé Ontario alors que la structure régionale, les ressources et les responsabilités évolueront.

Mettre en place et améliorer l'accès à des données sur la santé et leur collecte dans tous les types d'établissements

Le mandat du Partenariat promettait l'offre d'une qualité uniforme par tous les fournisseurs et dans tous les milieux de soins des trois domaines de services de santé. Pour atteindre cet objectif, certaines lacunes doivent être comblées, comme la disponibilité des données. L'accès à des données sur l'imagerie mammaire en dehors du Programme de dépistage structuré du cancer (p. ex., indications autres que le dépistage et modalités d'imagerie autres que la mammographie) est nécessaire pour améliorer la qualité des services d'imagerie mammaire. Les établissements de soins externes doivent fournir des données sur la qualité de leurs services de coloscopie pour permettre la production de rapports plus complets et favoriser l'amélioration de la qualité.

Enfin, les données sur la qualité des services de pathologie sont bien développées, mais sans une stratégie complète de collecte des données des services de pathologie, des lacunes demeureront entre les différentes initiatives sur la qualité des services de pathologie. Si une stratégie de collecte des données des services de pathologie était élaborée et mise en œuvre, elle pourrait servir de base aux initiatives favorisant l'amélioration de la qualité des services de pathologie de l'Ontario.

Prendre en compte l'opinion des utilisateurs des services de santé tout au long du processus d'élaboration et de mise en œuvre des initiatives sur la qualité

Selon l'expérience du Partenariat, la prise en compte de l'opinion des utilisateurs des services de santé/patients tout au long du processus d'élaboration et de mise en œuvre des initiatives sur la qualité est essentielle et permet de s'assurer que l'amélioration de la qualité est significative sur le plan clinique.

7.0 Remerciements

Les accomplissements du Partenariat n'auraient pas été possibles sans le dévouement de nombreuses personnes, toutes engagées envers l'amélioration de la qualité des services de soins de santé de l'Ontario. (Voir l'annexe E pour connaître la liste du personnel ayant contribué aux travaux du Partenariat.)

Depuis le tout début, les membres de la direction d'Action Cancer Ontario et du CPSO ont joué un rôle majeur dans la promotion du Partenariat et de ses travaux. Nous aimerions remercier tout particulièrement :

- Michael Sherar, ancien président-directeur général d'Action Cancer Ontario
- Dr Rocco Gerace, ancien registraire de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
- Dre Nancy Whitmore, registraire de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
- Dre Linda Rabeneck, vice-présidente, Prévention et lutte contre le cancer, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)
- Dre Sheila Laredo, conseillère médicale principale, Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
- Michelle Lloyd, directrice, Gestion de la qualité, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)
- Laurie Bourne, ancienne directrice, Gestion de la qualité et PGQ, Action Cancer Ontario
- Wade Hillier, ancien directeur, Division de la gestion de la qualité, Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
- Shandelle Johnson, directrice, Amélioration et assurance de la qualité, Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario

Nous remercions également le personnel et la direction d'Action Cancer Ontario et du CPSO qui ont transformé un mandat de haut niveau en la mise en œuvre de trois PGQ provinciaux. Ce travail a été rendu possible grâce à la participation de nombreux partenaires du système de santé, notamment des cliniciens, administrateurs, scientifiques et patients/utilisateurs des services de santé qui ont pris le temps de donner leurs conseils d'experts.

Il est aussi important de remercier nos responsables cliniques au niveau de la province, de la région et des établissements. Leur expertise et leur leadership ont été précieux pour l'élaboration, la mise en œuvre et le travail continu des PGQ. Leurs contributions ont permis d'avoir une compréhension globale de la qualité dans chaque domaine de services de santé.

Remerciements – Mise à l'honneur

Nous souhaitons également remercier les personnes suivantes pour leur leadership, leur vision et leurs efforts dans l'atteinte des objectifs du Partenariat de gestion de la qualité, et pour leur engagement continu envers la qualité :

Jill Adolphe, présidente, Comité de consultation publique, 2018–2019

Jill Adolphe est cofondatrice de Care 2 Collaborate. Elle est spécialiste en participation des patients et des aidants et éducatrice spécialisée dans l'expérience des patients et aidants. Elle œuvre dans le domaine des soins de santé depuis plus de 20 ans. Ses connaissances approfondies et sa vision acquises après des années de collaboration directe avec des organismes de santé, des fournisseurs, des institutions universitaires, des décideurs, des organismes gouvernementaux, des organes de direction, des patients et des familles viennent compléter son expérience de vie en tant que patiente et aidante membre de la famille.

Elle était membre du groupe provincial d'experts-conseils du PGQ des services de pathologie de 2013 à 2015. Elle a également présidé le Comité de consultation publique du PGQ et été membre des Comités provinciaux pour la qualité des PGQ des services de pathologie et de coloscopie. Elle détient un baccalauréat spécialisé en économie de l'Université de Toronto et un baccalauréat en administration des affaires avec distinction de la London School of Economics, au Royaume-Uni. Elle a travaillé dans le secteur des investissements pendant 17 ans.

Dre Kathy Chorneyko, responsable provinciale, Programme de gestion de la qualité des services de pathologie, 2013-2019

La Dre Kathy Chorneyko est pathologiste et directrice de laboratoire médical à Brant Community Healthcare System et West Haldimand Hospital. Elle est également coresponsable médicale de l'équipe spécialisée dans l'expérience des patients et les résultats de la qualité de Brantfort. Formée en pathologie générale et anatomie pathologique, elle a travaillé dans des laboratoires universitaires et communautaires. Elle a été examinatrice au Collège Royal en anatomie pathologique ainsi que présidente de la Brant County Medical Association et de l'Ontario Association of Pathologists. Elle participe à l'initiative Path2Quality depuis de nombreuses années, contribuant à l'élaboration des documents Standards2Quality et Work2Quality ainsi qu'à d'autres initiatives. Elle est également évaluatrice dans le domaine de l'immunohistochimie en anatomie pathologique pour le programme de l'Institute for Quality Management in HealthCare (IQMH) et évaluatrice pour le programme Ontario Laboratory Accreditation. Elle travaille avec la Société canadienne de science de laboratoire médical (SCSLM) en tant que membre du groupe spécialisé dans les examens cytologiques.

Judith John, présidente, Comité de consultation publique, 2016–2018

Judith John a été vice-présidente, Communications, Marketing et Affaires publiques à Centraide Toronto, à la fondation de l'hôpital Mount Sinai et à l'Hospital for Sick Children. Elle fait énormément de bénévolat, y compris pour le Réseau universitaire de santé, au centre de cancérologie Princess Margaret, aux hôpitaux SickKids et Mount Sinai, en se concentrant sur l'expérience des patients, les partenariats et la communication avec ces derniers. Elle a suivi des formations de partenaire des patients, et est également auteure, consultante, animatrice et tutrice. En tant que défenseuse des patients, instructrice et conférencière en relations publiques, éthique et marketing, elle a enseigné dans

Progrès réalisés sur la voie de la qualité : Rapport sur la transition du Partenariat de gestion de la qualité

des collèges et universités de tout l'Ontario et a été l'invitée d'institutions du monde entier, notamment le National Health Service d'Angleterre. Elle siège dans plusieurs conseils d'arts, organismes pour l'alphabétisation, au conseil consultatif du Ryerson City Building Institute ainsi que dans l'organisation The V Generation, qui encourage le bénévolat chez les personnes retraitées et âgées. Elle est présidente et membre active de plusieurs comités et groupes interinstitutionnels et gouvernementaux, qui œuvrent pour améliorer les soins de santé au Canada.

[Dr David Morgan, responsable provincial, Programme de gestion de la qualité des services de coloscopie, 2013-2019](#)

Le Dr David Morgan, M.D., M.Sc.S., FRCPC, CAGF, est chef du service de gastroentérologie, et chef adjoint du département de médecine, à St. Joseph's Healthcare, à Hamilton. Il est aussi professeur à l'Université McMaster. Le Dr David Morgan est un ancien président de l'Association canadienne de gastroentérologie et est actuellement vice-président de l'Ontario Association of Gastroenterology. Les recherches du Dr Morgan portent sur la dyspepsie, y compris les effets des médicaments anti-inflammatoires non-stéroïdiens. Ses autres travaux de recherche portent sur la prévention du cancer du côlon grâce aux inhibiteurs spécifiques de cyclo-oxygénase-2 (COX-2) et sur les hémorragies digestives hautes dues à l'utilisation de médicaments anti-inflammatoires non-stéroïdiens. Ses publications traitent des hémorragies digestives, de la qualité de vie des personnes recevant des soins de cancérologie, de l'utilisation d'inhibiteurs de la pompe à proton et de la prévention des hémorragies dues à des lésions vasculaires digestives. Le Dr Morgan a participé à plusieurs groupes de concertation de l'Association canadienne de gastroentérologie liés à des sujets comme le dépistage du cancer colorectal.

[Dre Rene Shumak, responsable provinciale, Programme de gestion de la qualité des services de mammographie, 2013-2015](#)

La Dre Rene Shumak a obtenu un diplôme de médecine et suivi une formation en radiologie diagnostique à l'Université de Toronto. Elle est professeure adjointe en imagerie médicale à l'Université de Toronto. Elle est également spécialiste en imagerie mammaire et a été la première responsable clinique provinciale du Programme de gestion de la qualité des services de mammographie. Elle a été chef radiologue du Programme ontarien de dépistage du cancer du sein (PODCS) d'Action Cancer Ontario, puis conseillère spéciale pour le PODCS, se concentrant sur le Programme de dépistage des personnes présentant un risque élevé du PODCS. Elle est toujours responsable régionale de l'imagerie mammaire pour le PODCS. Son expérience et son leadership lui ont permis d'améliorer considérablement la qualité des services de mammographie en Ontario.

[Dre Rola Shaheen, responsable provinciale, Programme de gestion de la qualité des services de mammographie, 2015-2019](#)

La Dre Rola Shaheen a obtenu un diplôme de médecine à l'Université de Jordanie à Amman, puis a suivi une formation en radiologie diagnostique à l'Université de Toronto. Elle a ensuite obtenu une bourse de recherche en imagerie de la femme au Beth Israel Deaconess Medical Centre de Harvard Medical School. La Dre Shaheen a occupé le poste de chef de la radiologie et directrice du service d'imagerie de la femme au Harrington Memorial Hospital, un hôpital communautaire affilié à Harvard Medical School.

Progrès réalisés sur la voie de la qualité : Rapport sur la transition du Partenariat de gestion de la qualité

De 2012 à 2015, la Dre Shaheen a occupé le poste de chef du service d'imagerie de la femme au Mafraq Hospital à Abou Dhabi, un grand hôpital gouvernemental, où elle a été à l'initiative de l'élaboration de programmes d'imagerie mammaire. En 2015, elle est rentrée au Canada où elle a été nommée chef et directrice médicale du service d'imagerie diagnostique du Centre régional de santé de Peterborough.

Annexes

Annexe A : Normes et indicateurs de qualité du PGQ des services de coloscopie

Normes de qualité du PGQ des services de coloscopie⁵

1. (Établissements de soins externes seulement) Les établissements doivent participer à des inspections et évaluations régulières visant à s'assurer du respect des normes appropriées.
2. Les établissements dispensant des services de coloscopie doivent posséder l'équipement nécessaire et les endoscopistes travaillant dans ces établissements doivent avoir le savoir-faire nécessaire pour :
 - a. savoir reconnaître les anomalies et réaliser des biopsies;
 - b. placer un tatouage pour identifier les anomalies aux fins de suivi;
 - c. retirer les polypes d'au moins 1 cm de diamètre;
 - d. gérer les complications découlant des interventions, notamment savoir quand utiliser des agrafes et autres procédures d'hémostase;
 - e. savoir lorsqu'un transfert vers un autre niveau de soins est nécessaire;
 - f. fournir la documentation écrite ainsi que des renseignements oraux au médecin qui suivra le patient lorsque le transfert est engagé;
 - g. réaliser les coloscopies dans le cadre d'une indication appropriée, clairement documentée, dans le respect des lignes directrices actuelles fondées sur la recherche.
3. *Les établissements doivent informer les médecins orienteurs des résultats de tous les actes ainsi que de toutes les pathologies associées, notamment toute découverte et les recommandations de suivi.*
4. Les établissements doivent adopter un système de production de rapports électronique et normalisé.
5. Les établissements doivent posséder l'équipement nécessaire pour enregistrer les preuves photographiques numériques des lésions et repères anatomiques pertinents.
6. Des irrigateurs mécaniques doivent être disponibles pour chaque cas et utilisés au besoin pour permettre une bonne visualisation des muqueuses et lésions.
7. Les établissements dispensant des services de coloscopie doivent utiliser des unités de retraitement automatique des endoscopes (AER).

⁵ Les normes en *italique* représentent les trois normes jugées prioritaires par le Comité de consultation publique, la direction clinique et scientifique afin de cibler les efforts en matière d'amélioration de la qualité.

Progrès réalisés sur la voie de la qualité : Rapport sur la transition du Partenariat de gestion de la qualité

8. Les personnes participant au retraitement doivent suivre un programme de formation officiel en plus de celui dispensé par les fabricants.
9. Les unités ou établissements d'endoscopie doivent fournir une orientation fondée sur les compétences à l'ensemble du personnel infirmier au moment de l'embauche.
10. Chaque établissement dispensant des services d'endoscopie doit réaliser un examen annuel des compétences du personnel infirmier.
11. (Hôpitaux seulement) Le personnel infirmier ayant une expérience en endoscopie doit être disponible en tout temps dans les établissements où des procédures d'endoscopie d'urgence sont réalisées après les heures régulières.
12. *Les établissements doivent utiliser l'échelle de cotation globale (ECG) comme outil d'assurance/d'amélioration de la qualité.*
13. Les établissements dispensant des services de coloscopie doivent s'assurer que l'environnement permet de respecter la vie privée des patients afin de préserver leur confidentialité. Dans l'idéal, la salle d'évaluation avant la procédure doit être séparée de la salle de réveil.
14. *Tous les patients de services de coloscopie doivent recevoir, à leur sortie, des renseignements écrits concernant les découvertes faites lors de l'acte, les plans de traitement et le suivi, les symptômes préoccupants à surveiller et les mesures à prendre.*

Indicateurs de qualité du PGQ des services de coloscopie⁶

1. Intubation cœcale de patient externe
2. Perforation sur patient externe
3. Saignement postpolypectomie
4. Polypectomie sur patient externe
5. Détection du cancer colorectal
6. Cancer colorectal après coloscopie
7. *Préparation inadéquate des intestins*
8. Pourcentage de coloscopies réalisées par des endoscopistes respectant la norme sur le volume
9. *Temps d'attente entre l'obtention de résultats anormaux à la RSOSg et la coloscopie*
10. Résultats anormaux à la RSOSg sans suivi dans les six mois
11. Coloscopies avec des résultats récents normaux

⁶ Les indicateurs en *italique* représentent les trois normes jugées prioritaires par le Comité de consultation publique, la direction clinique et scientifique afin de cibler les efforts en matière d'amélioration de la qualité.

Progrès réalisés sur la voie de la qualité : Rapport sur la transition du Partenariat de gestion de la qualité

12. Taux de détection des adénomes
13. Volume total de coloscopies
14. Nombre d'endoscopistes
15. Nombre d'hôpitaux
16. Statistiques sur le groupe d'âge des patients

Pour obtenir de plus amples détails sur la méthodologie liée aux indicateurs, notamment les sources de données, le document de méthodologie pour les rapports sur la qualité des services de coloscopie 2019 peut être consulté ici : <http://bit.do/colomethodology2019>.

Annexe B : Recommandations et indicateurs du PGQ des services de mammographie

Recommandations du PGQ des services de mammographie

1. Tous les établissements doivent participer au Programme ontarien de dépistage du cancer du sein.
2. Tous les établissements doivent maintenir leur agrément du PAM de l'Association canadienne des radiologistes.
3. Toutes les unités de mammographie doivent être numériques.

Indicateurs de qualité du PGQ des services de mammographie

1. Taux de rappel pour anomalie
2. Valeur prédictive positive
3. Taux de détection de cancers invasifs
4. Taille de la tumeur
5. Ganglions lymphatiques négatifs
6. Taux de détection des CCIS
7. Taux de cancer invasif après dépistage
8. Temps d'attente avant la première évaluation
9. Temps d'attente avant le diagnostic sans biopsie des tissus
10. Temps d'attente avant le diagnostic avec biopsie des tissus
11. Indicateurs préliminaires du PODCS
 - a. Taux de rappel pour anomalie
 - b. Valeur prédictive positive
 - c. Taux de détection de cancers du sein

Vous pouvez demander des renseignements détaillés sur la méthodologie relative aux indicateurs, notamment les sources de données à cancerscreening@ontariohealth.ca.

Annexe C : Normes de qualité du PGQ des services de pathologie

1. Laboratoires de pathologie chirurgicale qui ont un comité professionnel de gestion de la qualité des services de pathologie.
2. Laboratoires de pathologie chirurgicale qui ont un plan professionnel de gestion de la qualité des services de pathologie.
3. Laboratoires de pathologie chirurgicale qui ont une politique documentée pour l'investigation ou la résolution des défauts/anomalies/divergences/erreurs dans les rapports.
4. Laboratoires de pathologie chirurgicale qui ont des lignes directrices documentées pour la classification des défauts/anomalies/divergences/erreurs dans les rapports.
5. Laboratoires de pathologie chirurgicale qui ont une politique documentée pour le traitement des demandes d'examen des cas par une source externe, notamment la documentation et l'examen de ces résultats.
6. Laboratoires de pathologie chirurgicale qui ont une politique documentée décrivant le processus et la méthode de documentation des activités de comparaison des résultats de consultations peropératoires avec le diagnostic final.
7. Laboratoires de pathologie chirurgicale qui examinent les données sur les cas de consultation peropératoire présentant des défauts/anomalies/divergences/erreurs pour le groupe professionnel de pathologie chirurgicale.
8. Laboratoires de pathologie chirurgicale qui examinent les données sur les taux de report des cas de consultation peropératoire pour le groupe professionnel de pathologie chirurgicale.
9. Laboratoires de pathologie chirurgicale qui ont une politique documentée décrivant la méthode de surveillance des temps de traitement.
10. Laboratoires de pathologie chirurgicale qui examinent les données sur les temps de traitement pour le groupe professionnel de pathologie chirurgicale.

Annexe D : Membres de la structure de gouvernance et du Conseil consultatif du Partenariat

Comité directeur du Partenariat de gestion de la qualité

- Michael Sherar, ancien président-directeur général, Action Cancer Ontario (co-président)
- Dr Rocco Gerace, ancien registraire de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (co-président)
- Dre Nancy Whitmore, registraire de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario (co-présidente)
- Dre Linda Rabeneck, vice-présidente, Prévention et lutte contre le cancer, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)
- Dre Sheila Laredo, conseillère médicale principale, Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
- Michelle Lloyd, directrice, Gestion de la qualité, Santé Ontario (Action Cancer Ontario)
- Laurie Bourne, ancienne directrice, Gestion de la qualité et PGQ, Action Cancer Ontario
- Wade Hillier, ancien directeur, Division de la gestion de la qualité, Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
- Shandelle Johnson, directrice, Amélioration et assurance de la qualité, Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
- Dre Rene Shumak, ancienne responsable provinciale, Programme de gestion de la qualité des services de mammographie
- Dre Rola Shaheen, responsable provinciale, Programme de gestion de la qualité des services de mammographie
- Dre Kathy Chorneyko, responsable provinciale, Programme de gestion de la qualité des services de pathologie
- Dr David Morgan, responsable provincial, Programme de gestion de la qualité des services de coloscopie

Groupe de référence du système de santé

- Dr Joshua Tepper, ancien président-directeur général, Qualité des services de santé Ontario (président)
- Dr Ross Baker, professeur et directeur de programme, M.Sc. Amélioration de la qualité et sécurité des patients, Institute of Health Policy, Management and Evaluation
- Dr Adalsteinn Brown, doyen du Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto.
- Mme Anne Coghlan, présidente-directrice générale, Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario
- Mr Anthony Dale, président-directeur général, Association des hôpitaux de l'Ontario
- Dan Faulkner, ancien registraire adjoint de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
- Dr Sholom Glouberman, président et fondateur, Patients Canada
- Tom Magyarody, ancien président-directeur général, Ontario Medical Association
- Dr Chris Hayes, directeur médical, Qualité et performance, Hôpital St. Michael
- Dr John Lavis, directeur, McMaster Health Forum

Progrès réalisés sur la voie de la qualité : Rapport sur la transition du Partenariat de gestion de la qualité

- Dr James Worthington, ancien vice-président exécutif, Affaires médicales, Qualité et sécurité des patients, L'Hôpital d'Ottawa
- Dr Rocco Gerace, ancien registraire de l'Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
- Michael Sherar, ancien président-directeur général, Action Cancer Ontario

Comité provincial pour la qualité des services de coloscopie

- Dr David Morgan, responsable provincial, Programme de gestion de la qualité des services de coloscopie (président)

Patients/utilisateurs des services :

- M. Oren Ben Shlomo
- Mme Anne Newman
- Mme Jill Adolphe

Leadership clinique d'Action Cancer Ontario :

- Dre Nancy Baxter
- Dre Catherine Dube
- Dre Jill Tinmouth

Dirigeants et administrateurs régionaux et d'établissements :

- M. Tom McHugh
- Mme Judy Knighton
- Mme Johanne Lin
- Mme Kay Rhodes
- Mme Natalia Bubela
- Mme Jody Hannah

Responsables régionaux des services de dépistage colorectal/d'endoscopie GI :

- Dre Elizabeth Haddad
- Dr Michael Sey
- Dr Jonathan Love
- Dr Barry Lumb
- Dr Andrew Bellini
- Dr Ian Bookman
- Dr David Baron
- Dr Hugh Kendall
- Dr Sunil Patel
- Dr Alaa Rostom
- Dr Doug Hemphill
- Dr Scott Shulman
- Dr Bill Harris

Comité provincial pour la qualité des services de mammographie

- Dre Rola Shaheen, responsable provinciale, Programme de gestion de la qualité des services de mammographie (présidente)
- Dre Rene Shumak, ancienne responsable provinciale, Programme de gestion de la qualité des services de mammographie

Patients/utilisateurs des services :

- Mme Jacquie Brown
- Mme Ivana Marzura

Leadership clinique et scientifique d'Action Cancer Ontario :

- Dr Derek Muradali
- Dre Anna Chiarelli
- Mme Joan Glazier

Responsables régionaux des services d'imagerie du sein :

- Dr Richard Bitar
- Dre Raveen Kaur
- Dr Scott Good
- Dre Jean Seely
- Dre Doris Jabs
- Dr Antony Raikhlin
- Dre Supriya Kulkarni
- Dr Terry Minuk
- Dre Samantha Fienberg
- Dre Anat Kornecki
- Dr Youssef Almalki
- Dre Catherine Morrison
- Dr Winston Ramsewak

Responsables régionaux des technologues en radiation médicale :

- Mme Kate Smith
- Mme Grace Lee

Dirigeants et administrateurs régionaux et d'établissements :

- M. Saumay Kumar
- Mme Tina Bilodeau
- M. Adrian Gorgey
- Mme Monica Staley Liang
- Mme Veronica Nelson

Comité provincial pour la qualité des services de pathologie

- Dre Kathy Chorneyko, responsable provinciale, Programme de gestion de la qualité des services de pathologie (présidente)

Patients/utilisateurs des services :

- Mme Jill Adolphe
- Mme Dayna Roberts

Leadership clinique d'Action Cancer Ontario :

- Dr Aaron Pollett

Responsables régionaux du PGQ des services de pathologie :

- Dr Akram Elkeilani
- Dre Helen Ettler
- Dre Anita L. Bane
- Dr Dimitrios Divaris
- Dr Suhas Joshi
- Dr Bayardo Perez-Ordonez
- Dre Judit Zubovits
- Dr Timothy Childs
- Dr Diponkar Banerjee
- Dr Allan Wolfsohn
- Dr Denis Bonin
- Dr Matthew Cesari
- Dr Simon Raphael
- Dr Russell Price

Administrateurs régionaux et partenaires externes

- M. Brian Chow
- M. Craig Ivany
- Dr Tim Feltis
- Mme Debbie Croteau
- Dre Cathy Ross
- Dre Celia Marginean
- Mme Julie Coffey
- Dr Jeff Sumners
- Dr Ralph Meyer

Comité de consultation publique

- Mme Jill Adolphe (présidente)
- Mme Judith John (ancienne présidente)
- M. Oren Ben Shlomo
- Mme Cassandra Frazer
- Mme Ivana Marzura
- Mme Anne Newman
- Mme Jacquie Brown
- M. Owen Litwin
- Mme Dayna Roberts
- Mme June Shin

Annexe D : Personnel du Partenariat

Personnel du Partenariat de gestion de la qualité

- Karyn Agtarap-Rose, Action Cancer Ontario.
- Rachel Bagley, Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
- Sarah Benn Orava, Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
- Barbara Bowes, Action Cancer Ontario
- Caroline Bravo, Action Cancer Ontario
- Lori Brendel, Action Cancer Ontario
- Susan Cranston, Action Cancer Ontario
- Meaghan Cunningham, Action Cancer Ontario
- Kristen Currie, Action Cancer Ontario
- Annette Ellenor, Action Cancer Ontario
- Felicia Fallen, Action Cancer Ontario
- Delia Sinclair Frigault, Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
- Andrea Hatvani, Action Cancer Ontario
- Krystal Hartman, Action Cancer Ontario
- Thien Huynh, Action Cancer Ontario
- Yasser Ismail, Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
- Bibi Jagdeo, Action Cancer Ontario
- Eli Kane, Action Cancer Ontario
- Raza Khaki, Action Cancer Ontario
- Areeba Lakhani, Action Cancer Ontario
- Van Lee, Action Cancer Ontario
- Vicki Lee, Action Cancer Ontario
- Nancy Lewis, Action Cancer Ontario
- Yingzi Li, Action Cancer Ontario
- Iris Lui, Action Cancer Ontario
- Valerie Mais, Action Cancer Ontario
- Robert McKay, Action Cancer Ontario
- Kaileah McKellar, Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
- Marissa Mendelsohn, Action Cancer Ontario
- Julia Gao, Action Cancer Ontario
- Meghan Walker, Action Cancer Ontario
- Caitlin McGarry, Action Cancer Ontario
- Kris Moore, Action Cancer Ontario
- Sabrina Padewski, Action Cancer Ontario
- Radha Pooran, Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
- Ana Raposo, Action Cancer Ontario
- Robin Reece, Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
- Anita Rombough, Action Cancer Ontario
- Nadia Rajah, Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
- Nancy Shukla, Action Cancer Ontario
- Kathleen Sibley, Action Cancer Ontario
- Laura Silver, Action Cancer Ontario
- Aparna Singh, Action Cancer Ontario
- Melissa Smith, Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
- Daphne Sniekers, Action Cancer Ontario
- Raman Sran, Action Cancer Ontario
- Shirley Stewart, Action Cancer Ontario
- Dan Strumpf, Action Cancer Ontario
- Deepak Swain, Action Cancer Ontario
- Colleen Thomas, Action Cancer Ontario
- Hermeen Toor, Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
- Veronica Vasconez, Action Cancer Ontario
- Scott Woods, Action Cancer Ontario
- Liling Xiang, Action Cancer Ontario
- Gabby Yoo, Ordre des médecins et chirurgiens de l'Ontario
- Yang Zhang, Action Cancer Ontario

Progrès réalisés sur la voie de la qualité : Rapport sur la transition du Partenariat de gestion de la qualité

Le présent rapport a été élaboré avec l'aide du ministère de la Santé (le Ministère). Les analyses formulées dans celui-ci sont celles de Santé Ontario (Action Cancer Ontario) et ne reflètent pas nécessairement celles du Ministère ou du gouvernement de l'Ontario. Des parties du présent rapport sont fondées sur les données et renseignements transmis par l'IRSS, organisme financé par le Ministère. Les analyses, conclusions, opinions et déclarations exprimées dans le présent document sont celles des auteurs et pas nécessairement celles de l'IRSS et de ses sources de financement. La participation de l'IRSS et du Ministère à ce rapport n'indique ni ne sous-entend l'approbation de ce dernier.

Des parties de ce document sont fondées sur les données et renseignements compilés et transmis par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Toutefois, les analyses, conclusions, opinions et déclarations exprimées dans le présent document sont celles des auteurs et pas nécessairement celles de l'ICIS.

Ces renseignements ne doivent pas être utilisés, seuls ou combinés avec d'autres renseignements, pour identifier une personne. Cela comprend les tentatives d'identification d'une personne à partir de préacquis. Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec nous à :

cancerscreening@ontariohealth.ca.

Santé Ontario (Action Cancer Ontario)
525, avenue University
Toronto, ON
M5G 2L3
<https://www.ontariohealth.ca/fr>