

Cadre d'établissement des priorités et de prise de décision des RLISS

Novembre 2010



Table des matières

Introduction	3
Contexte	4
Constats du sondage sur les pratiques des RLISS et autres régions	4
Cadres d'établissement des priorités et de prise de décision des RLISS	4
Engagement des intervenants	4
Définitions et terminologie	5
Conclusions	5
Cadre d'établissement des priorités et de prise de décision des RLISS	6
Aperçu	6
Processus d'établissement des priorités et de prise de décision	6
Tableau 1 : Outil d'établissement des priorités et de prise de décision des RLISS	8
Principes directeurs	10
Annexe 1 : Liste des membres du groupe de travail sur le cadre d'établissement des priorités et de prise de décision des RLISS	11
Annexe 2 : Introduction au cadre Gibson Mitton	12
Annexe 3 : Approche au triple but et attributs du Conseil ontarien de la qualité des services de santé	13
Approche au triple but	13
Attributs d'un système de soins de santé hautement performant, Conseil ontarien de la qualité des services de santé	13
Annexe 4 : Correspondance des attributs du Conseil ontarien de la qualité des services de santé à l'outil Gibson Mitton	14
Annexe 5 : Examen juridictionnel de haut niveau	19
Annexe 6 : Références consultées	20

Introduction

Les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) sont chargés de planifier, d'intégrer et de financer les services de santé en Ontario, le long du continuum de soins, et d'engager les collectivités dans l'établissement des priorités locales en matière de services de santé. Dans l'exercice de leur mandat, les RLISS doivent établir des priorités et prendre des décisions sur les meilleures façons de répondre aux besoins de soins de santé des collectivités tout en tenant compte des objectifs systémiques concurrentiels, des intérêts des multiples intervenants et des ressources limitées. Pour ce faire, tous les RLISS appliquent des cadres de travail pour les aider à fixer les priorités et à prendre des décisions dans divers contextes, tels l'approbation de programmes et services de santé, l'affectation ou la réaffectation du financement des fournisseurs de services de santé (FSS) et l'établissement et la planification des priorités.

Les RLISS utilisent tous des cadres d'établissement des priorités et de prise de décision, mais ces cadres varient considérablement. Dans ce contexte, il a été déterminé par le conseil du Partenariat des RLISS,¹ et par le travail des participants à l'atelier sur l'uniformité des RLISS qui a eu lieu en mars 2009 qu'une approche commune constituait un enjeu important.² Plus précisément, ces groupes ont déterminé qu'une méthodologie commune pour l'établissement des priorités et les prises de décisions devrait reposer sur des critères clairs, compréhensibles et objectifs, selon lesquels les propositions et les possibilités pourraient être évaluées en toute transparence, en tenant compte des dollars en soins de santé et en engageant les principaux intervenants dans l'établissement des priorités et les prises de décisions.³

Les outils d'établissement des priorités et de prise de décision répondent aux besoins du système en fournissant un cadre uniforme reposant sur des critères clairs et compréhensibles sur lesquels les RLISS devraient fonder l'établissement de leurs priorités et leurs prises de décisions.

La marge de manœuvre dont jouissent les RLISS pour répondre aux préoccupations et priorités locales a été intégrée à ce cadre de travail provincial par le processus de pondération des critères de priorité et dans les principes directeurs. On s'attend à ce que ce modèle soit adopté et que les composantes du cadre de travail, y compris tous les principes directeurs, restent intacts et soient observés en tout temps. L'engagement systématique des intervenants et la transparence seront essentiels à l'application réussie du cadre de travail et sont aussi présents dans la trousse d'outils, p. ex. l'affichage du cadre de travail sur les sites Web des RLISS.

¹ **Le Partenariat des RLISS** est une structure consultative provinciale mise sur pied en 2009. Il mobilise les fournisseurs de services de santé, leurs associations et les RLISS en vue de résoudre les problèmes du système de santé liés au mandat des RLISS. Il est dirigé par le conseil du Partenariat des RLISS qui est formé de représentants de neuf secteurs de la santé et des RLISS.

² Les présidents des conseils d'administration et chefs de direction des RLISS, des représentants provinciaux, des fournisseurs de services de santé et des représentants du ministère de la Santé et des Soins de longue durée ont participé à l'atelier sur l'uniformisation des Réseaux locaux d'intégration des services de santé (30 et 31 mars 2009), afin d'évaluer les résultats d'un sondage sur les façons d'améliorer et de favoriser l'uniformité des RLISS.

³ Présentation intitulée *Economics, Ethics and Health Care Funding*, par le D^r Craig Mitton et la D^{re} Jennifer Gibson; Toronto, le 8 juin 2007.

Contexte

Afin de favoriser l'élaboration d'un cadre de travail commun pour guider l'établissement des priorités et les prises de décisions des RLISS, le Partenariat des RLISS a entrepris un examen des structures d'établissement des priorités et de prise de décision de tous les RLISS, ainsi que ceux d'autres régions. On a recueilli des commentaires de tous les RLISS sur leurs cadres et processus actuels d'établissement des priorités et de prise de décision. L'expérience et les pratiques d'organismes de santé régionaux d'autres provinces canadiennes ont également été examinées.

Un groupe de travail du Partenariat des RLISS comprenant une représentation des RLISS et des fournisseurs de services⁴ a fourni des conseils et des commentaires d'experts pour l'examen et l'élaboration d'un cadre d'établissement des priorités et de prise de décision.

Constats du sondage sur les pratiques des RLISS et autres régions

Les principaux résultats du sondage peuvent être regroupés dans trois catégories : cadres d'établissement des priorités et de prise de décision des RLISS; participation des intervenants et définitions et terminologie.

Cadres d'établissement des priorités et de prise de décision des RLISS

Une des étapes initiales consistait à examiner les pratiques de chacun des RLISS en ce qui a trait à l'établissement des priorités et aux prises de décisions. Tous les RLISS utilisent un cadre de travail pour établir leurs priorités et prendre leurs décisions, mais plusieurs cadres sont en place. Le cadre de travail de neuf RLISS est fondé sur une structure commune découlant d'une étude approfondie menée pour le compte des RLISS par les D^{rs} Mitton et Gibson, qu'on appelle communément le cadre Gibson Mitton⁵. Les cinq autres RLISS utilisent l'approche du triple but, les attributs du Conseil ontarien de la qualité des services de santé (COQSS), ou un cadre unique pour établir leurs priorités et prendre leurs décisions. Une comparaison détaillée, élément par élément, des trois cadres de travail montre que le cadre Gibson Mitton englobe tous les concepts des deux autres cadres⁶.

Engagement des intervenants

La manière dont les RLISS font participer les intervenants à l'établissement des priorités et aux prises de décisions diffèrent de plusieurs façons importantes.

Premièrement, la quantité de renseignements fournis aux participants aux processus d'élaboration des priorités et de prise de décision des RLISS varie. Par exemple, tous les

⁴ Voir l'Annexe 1 pour la liste complète des membres du groupe de travail sur l'établissement des priorités et les prises de décisions.

⁵ D^{rs} Mitton et Gibson, RLISS du Nord-Ouest, *North West LHIN: A Practical Guide to Decision-making* (Juin 2009)

⁶ Voir l'annexe 3 : L'approche à trois volets et les attributs du Conseil ontarien de la qualité des services de santé, et l'annexe 4 : Correspondance des attributs du Conseil ontarien de la qualité des services de santé avec l'outil Gibson Mitton.

RLISS ne fournissent pas des renseignements sur leur cadre d'établissement des priorités et de prise de décision dans leurs appels de propositions.

Deuxièmement, bien des RLISS ont des réseaux de consultation ou des comités directeurs d'intervenants qui guident le processus d'établissement des priorités et de prise de décision. Les processus de participation de ces groupes et leur influence sur les résultats des délibérations diffèrent.

Le processus de gestion des questions et des préoccupations dans l'application du cadre d'établissement des priorités et de prise de décision et les décisions en résultant représentent un autre type de variation importante. Même si tous les RLISS ont un processus pour gérer les questions et les préoccupations, les réponses sont souvent informelles.

Les cadres d'établissement des priorités et de prise de décision de trois organismes de santé régionaux de deux provinces de l'ouest ont également été examinés⁷. Ces cadres misent sur un engagement communautaire efficace et uniforme afin d'assurer la transparence du processus d'établissement des priorités et de prise de décision et d'améliorer la satisfaction des intervenants à l'égard du processus.

Définitions et terminologie

Un aspect important des communications et de la transparence est la définition commune des termes utilisés. Les RLISS qui utilisent le cadre Gibson Mitton pour établir leurs priorités et prendre leurs décisions sont nombreuses à avoir ajusté la structure ou les composantes du cadre. Les différences ont été constatées dans les définitions des termes et les étiquettes des éléments du cadre.

Les RLISS qui basent leurs priorités et leurs décisions sur d'autres cadres (p. ex. les attributs du COQSS) utilisent des termes différents de ceux du cadre Gibson Mitton.

Conclusions

Les variantes des processus d'établissement des priorités et de prise de décision des RLISS touchent les cadres de travail, l'engagement des intervenants, ainsi que les définitions et la terminologie. Ces différences peuvent contribuer à réduire la transparence et à brouiller les communications entre les RLISS et leurs intervenants clés, ce qui augmente le besoin d'adopter un cadre de travail commun.

Puisque le cadre Gibson Mitton est le cadre d'établissement des priorités et de prise de décision le plus communément utilisé par les RLISS, le plus complet et le mieux documenté, ce cadre a été retenu comme point de départ.

Afin d'assurer la transparence et la clarté des communications, le cadre doit être appliqué, tel qu'il est indiqué ci-après, à tous les processus d'établissement des priorités et de prise de décision entrepris par le personnel et les conseils d'administration des RLISS, en utilisant des définitions uniformes pour les domaines et les critères, et en adhérant à tous les principes directeurs. De plus, le cadre de travail uniforme devrait être mis à la disposition de tous les fournisseurs de services de santé et être affiché sur le site Web de tous les RLISS.

Une certaine souplesse a été intégrée au cadre afin de tenir compte des circonstances locales. Les RLISS peuvent par exemple déterminer le degré de pertinence de chaque critère à un

⁷ Voir l'annexe 5 : Examen juridictionnel de haut niveau

processus d'établissement de priorité ou de prise de décision particulier grâce à la fonction de pondération des critères, décrite plus loin. Les RLISS peuvent aussi ajouter des critères afin d'assurer que leurs priorités locales sont évaluées adéquatement; toutefois, le contenu devrait être appliqué systématiquement, tel qu'il est présenté dans cette trousse d'outils.

Cadre d'établissement des priorités et de prise de décision des RLISS

Aperçu

Voici le cadre qui doit être utilisé dans les processus d'établissement des priorités et de prise de décision de tous les RLISS. Le cadre d'établissement des priorités et de prise de décision des RLISS est un outil commun à tous les RLISS, doté de critères uniformes pour favoriser la transparence et la justification des processus d'établissement des priorités et de prise de décision des RLISS.

Le cadre comprend :

1. une description du processus d'établissement des priorités et de prise de décision à quatre étapes;
2. un outil d'évaluation (Tableau 1) incluant les domaines et les critères pouvant être pondérés en fonction des priorités du RLISS;⁸
3. une description des principes directeurs du cadre de travail.

Processus d'établissement des priorités et de prise de décision

Le processus d'établissement des priorités et de prise de décision est divisé en quatre étapes⁹.

Étape 1 : Écran Conformité

La première étape du processus est l'écran Conformité. Cet écran permet d'éliminer dès le départ des plans d'action qui ne respectent pas les critères fondamentaux d'actions acceptables du RLISS.

Sur cet écran, les options sont évaluées pour assurer leur conformité aux lois et réglementations applicables et aux ententes contractuelles pertinentes. D'autres questions de sélection peuvent être ajoutées, p. ex. l'alignement avec le financement ou les objectifs de planification. Un exemple de question de sélection juridique serait : « Le projet viole-t-il une loi ou une réglementation pertinente? » Si le processus est réputé conforme, il peut passer à l'étape 2.

⁸ Les critères sont les éléments détaillés par lesquels les plans d'action sont cotés. Ces critères peuvent être regroupés dans quatre domaines ou catégories de critères de haut niveau. Par exemple, le critère « Équité » correspond au domaine du « Système des valeurs ».

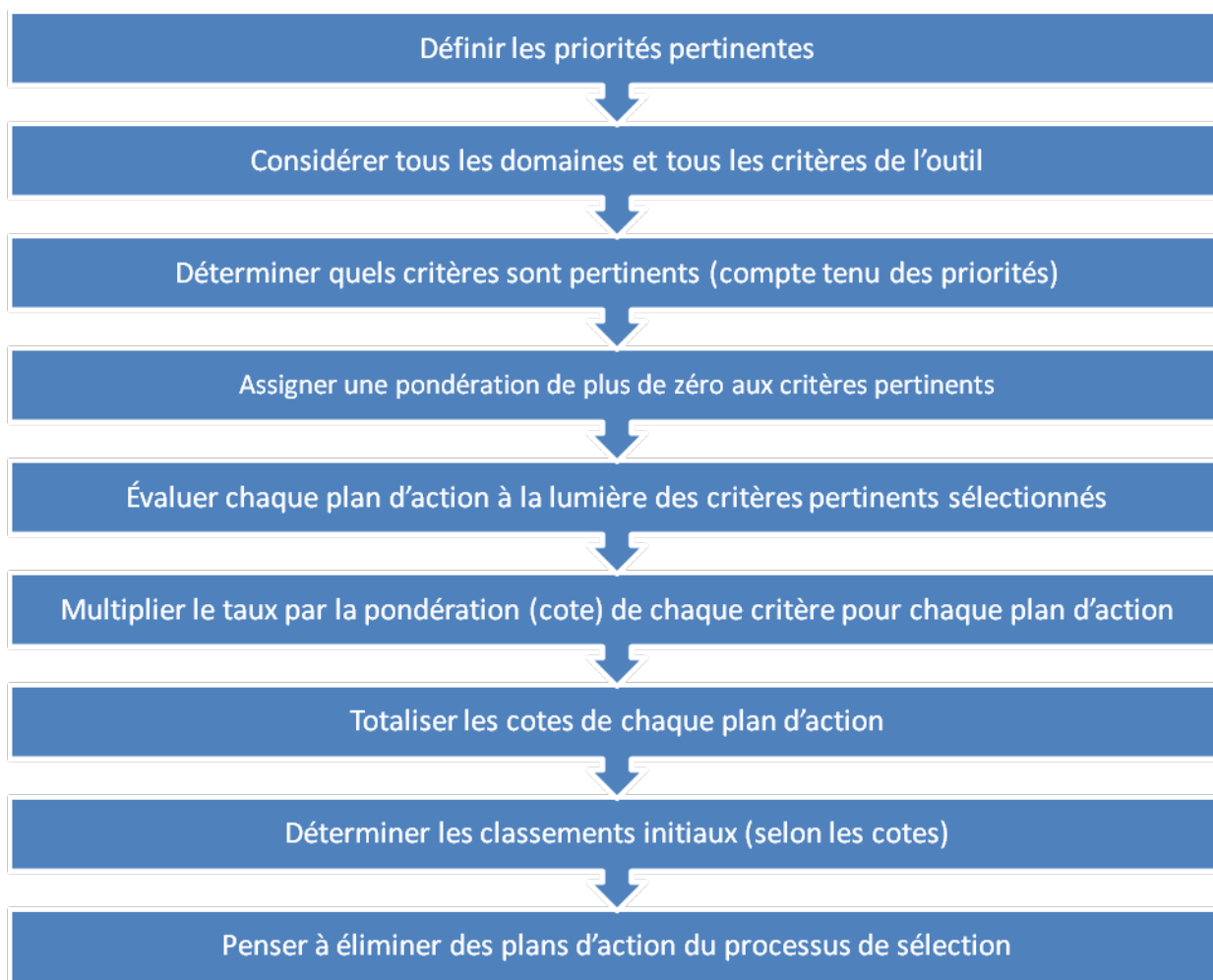
⁹ D^{rs} Mitton et Gibson, RLISS du Nord-Ouest, *North West LHIN: A Practical Guide to Decision-making* (Juin 2009)

Étape 2 : Utilisation de l'outil d'établissement des priorités et de prise de décision des RLISS

L'étape 2 comporte l'application de l'outil (Tableau 1 ci-dessous). Ici, une cote est accordée à chaque plan d'action potentiel en fonction de la pertinence, de la pondération et du classement de chaque critère.

Tous les RLISS devraient utiliser cet outil pour chaque processus d'établissement des priorités et de prise de décision en suivant les étapes ci-dessous :¹⁰

Par exemple, un appel de propositions visant à rehausser la qualité du système de santé amènerait le RLISS à considérer les domaines et critères de l'outil et à accorder une pondération élevée au critère de « Qualité ». Cette pondération plus élevée attribuerait plus d'importance à la « Qualité ». Dans un cas extrême, si l'amélioration de la qualité était le seul objectif du processus, tous les autres critères ci-dessous auraient une pondération de « zéro », ce qui veut dire que même s'ils étaient considérés, ils ne seraient pas réputés pertinents pour ce processus en particulier.



¹⁰ Plus de détails sur ce processus sont fournis dans le document des D^{rs} Mitton et Gibson, RLISS du Nord-Ouest, *North West LHIN: A Practical Guide to Decision-making* (Juin 2009)

Tableau 1 : Outil d'établissement des priorités et de prise de décision des RLISS

Domaines	Critère
<p>Alignement du système : Détermine l'alignement sur les priorités locales et les priorités du Ministère</p>	<p>Alignement : Degré d'incidence sur l'avancement des objectifs et des priorités du Plan de services de santé intégrés et du Plan de services annuel.</p> <p>Concordance stratégique : Alignement sur le rôle systémique du fournisseur. Mesure selon laquelle le programme ou l'initiative convient au mandat et à la capacité du ou des fournisseurs comparativement aux autres fournisseurs de l'Ontario.</p>
<p>Rendement du système :</p> <p>Contribue à l'atteinte des buts et des objectifs du système.</p>	<p>Viabilité : Incidence sur la prestation des services de santé, les finances et la capacité en ressources humaines au fil du temps. Le système de santé devrait avoir suffisamment de professionnels compétents, de financement, d'information, d'équipements, de fournitures et d'installations pour répondre aux besoins des gens.</p> <p>Intégration : Mesure dans laquelle le programme ou l'initiative améliore la coordination des soins de santé parmi les fournisseurs de services de santé, financés et non financés par le RLISS, et les fournisseurs communautaires, afin d'assurer le continuum de soins du système de santé local et la prestation des soins dans le milieu le plus approprié, compte tenu des besoins du patient/client.</p> <p>Qualité : Mesure dans laquelle le programme ou l'initiative améliore la sécurité et l'efficacité des soins de santé, et l'expérience du client.</p> <p>Accès : Mesure dans laquelle le programme ou l'initiative améliore l'accès au niveau de soins approprié, du point de vue physique, culturel, linguistique et temporel, pour la population du système de santé local.</p>
<p>Valeurs du système :</p> <p>Veillent à ce que les attributs de l'ensemble du système; notamment l'équité, l'innovation et l'engagement communautaire, soient respectées.</p>	<p>Équité : Incidence sur l'état de santé ou l'accès aux services des sous-populations reconnues lorsqu'il y a un écart entre l'état de santé d'un groupe spécifique et la population en général, par rapport aux pratiques et services actuels. L'absence de différences systémiques et potentiellement remédiables d'un ou de plusieurs aspects de la santé des populations ou des groupes de population définis du point de vue social, économique, démographique, culturel, linguistique ou géographique.</p> <p>Efficacité : Mesure dans laquelle le programme ou l'initiative contribue à l'utilisation efficace des services de santé et de la capacité en ressources financières et humaines afin d'optimiser la santé et les autres avantages au sein du système.</p> <p>Services axés sur les clients : Mesure dans laquelle le programme ou l'initiative répond aux besoins en matière de santé d'une population en particulier et les patients/clients ont leur mot à dire sur le type de soin et la méthode de prestation.</p> <p>Innovation : Incidence sur la génération, le transfert et l'application de nouvelles connaissances pour résoudre des problèmes liés à la santé ou au système de santé; favoriser les pratiques avant-gardistes et l'innovation; s'appuyer sur des données probantes et adopter des pratiques de pointe.</p> <p>Partenariats : Degré selon lequel des niveaux appropriés de partenariat, ou la pertinence des partenariats financés et non financés par le RLISS, seront atteints en vue de rehausser la qualité du service, d'accroître la gamme de services, de favoriser l'utilisation optimale des ressources, de minimiser les duplications et d'améliorer la coordination.</p> <p>Engagement communautaire : Niveau d'engagement de la population visée et des autres intervenants clés dans la définition du projet et de participation anticipée en vue d'évaluer son incidence sur la santé de la population et le rendement du système.</p>
<p>Santé de la population : Détermine la contribution vers l'amélioration de la santé de la population en général.</p>	<p>État de santé (résultats sur la santé et qualité de vie) : Incidence sur les résultats en matière de santé pour le patient/client ou la collectivité, y compris les risques d'effets indésirables, ou de répercussion sur la qualité de vie physique, mentale ou sociale, comparativement aux pratiques ou services actuels.</p> <p>Prévalence : Magnitude de la maladie ou de la condition qui sera directement touchée par le programme ou l'initiative, mesurée en termes de prévalence (c.-à-d. le nombre de personnes affectées dans la population ou la sous-population à un moment donné).</p> <p>Promotion de la santé et prévention des maladies : Incidence sur la prévention des maladies ou des blessures et la promotion de la santé et du bien-être, telle que mesurée par les améliorations à long terme projetées en matière de santé ou l'utilisation de services en aval.</p>

Étape 3 : Analyse coûts-avantages

L'étape 3 consiste à analyser les coûts par rapport aux avantages de chacun des plans d'action potentiels restants. Cette analyse sert à déterminer l'incidence nette. L'analyse coûts-avantages peut être abordée de diverses façons¹¹ et chaque RLISS devra décider comment effectuer ces calculs, dans la mesure où la méthode choisie est transparente pour les principaux intervenants. Les plans d'action qui obtiennent le meilleur classement (ratio coûts-avantages le plus bas au plus élevé) passera ensuite à l'étape 4.

Étape 4 : Écran sur l'état de préparation du système

La quatrième et dernière étape du processus d'établissement des priorités et de prise de décision comporte un examen approfondi des plans d'actions possibles à l'échelle du système de santé. Après l'examen des questions suggérées et des autres points que le RLISS estime pertinents, le RLISS et ses intervenants peuvent mettre en place les stratégies de mitigation appropriées aux conséquences involontaires anticipées au cours du processus.

Capacité	Interdépendance	Risque	Incidence sur le système de santé	Autres
<ul style="list-style-type: none">• Le RLISS possède-t-il les ressources matérielles, financières et les ressources humaines en santé nécessaires pour soutenir la ou les options sélectionnées?• Si l'initiative est suffisamment importante, y a-t-il des façons d'exploiter les ressources du système pour que l'initiative soit viable maintenant et pour les années à venir?	<ul style="list-style-type: none">• L'option préférée dépend-elle de l'achèvement d'autres projets?• D'autres initiatives hautement prioritaires dépendent-elles de l'achèvement de cette initiative?• Cette initiative est-elle alignée sur d'autres initiatives qui devront être financées pour les rendre viables?	<ul style="list-style-type: none">• Le niveau de risque en jeu est-il acceptable?• Les stratégies de mitigation pour écarter ce risque ont-elles été envisagées et sont-elles pragmatiques?• Quels sont les risques de ne pas financer ou de ne pas retenir cette option en ce moment?	<ul style="list-style-type: none">• L'incidence que cette option pourrait avoir sur le système de santé soulève-t-elle des préoccupations qui n'avaient pas été abordées dans le processus d'évaluation?• Quel impact cette option pourrait-elle avoir sur les autres en termes de ressources matérielles, financières et de ressources humaines en santé?	<ul style="list-style-type: none">• D'autres écrans pertinents pour la situation locale du RLISS peuvent être ajoutés au besoin.

¹¹Une option consiste à utiliser le ratio coûts-avantages découlant de l'estimation globale des avantages de chaque proposition. On effectue ce calcul en divisant le coût d'exploitation total du projet par le nombre total de patients/clients servis par la proposition. (D^{rs} Mitton et Gibson, RLISS du Nord-Ouest, *North West LHIN: A Practical Guide to Decision-making* (Juin 2009))

Les plans d'action qui répondent aux critères des écrans sur l'état de préparation peuvent être retenus par le RLISS, selon leur ordre de classement du processus d'établissement des priorités et de prise de décision.

Principes directeurs

Voici les principes directeurs guidant l'application du cadre d'établissement des priorités et de prise de décision des RLISS.¹²

PERTINENCE

Les décisions doivent reposer sur des raisons (p. ex. des preuves, des principes, des valeurs et des arguments) que des personnes justes trouveraient pertinentes selon les circonstances.

PUBLICITÉ

Les processus décisionnels doivent être transparents et les raisons derrière les décisions doivent être publiquement accessibles.

RÉVISION

Les décisions doivent pouvoir être repensées et revisitées à la lumière de nouvelles preuves ou de nouveaux arguments, et un mécanisme de résolutions des conflits doit être mis en place.

HABILITATION

Il faut maximiser les occasions de participer efficacement à l'établissement des priorités et minimiser les inégalités de pouvoir dans le contexte des prises de décision.

UNIFORMITÉ

Le cadre d'établissement des priorités et de prise de décision utilisé par les RLISS doit comporter des éléments uniformes. Cela inclut les principaux domaines et critères communs et les définitions des critères comme point de départ pour les RLISS.

ADAPTABILITÉ

Les RLISS doivent pouvoir modifier leur outil en groupant un ou plusieurs critères et domaines ensemble, dans la mesure où ces domaines et critères sont toujours inclus. Ils peuvent aussi appliquer différentes pondérations aux critères ou ajouter des domaines et des critères pour tenir compte des priorités locales.

TRANSPARENCE

La transparence du processus de prise de décision doit être maintenue en tout temps, même si les échéances peuvent avoir une incidence sur le niveau d'engagement des intervenants concernés (p. ex. les fournisseurs de services de santé). Une mesure importante pour assurer la transparence est l'affichage du cadre de travail sur le site Web du RLISS.

APPLICATION

Un comité de leadership devrait assurer que les sept premiers principes sont considérés.

¹² Cette liste inclut les cinq principes d'éthique décrits dans le cadre Gibson Mitton de 2009 (A4R) et trois autres qui ont été ajoutés par le groupe de travail.

Annexe 1 : Liste des membres du groupe de travail sur le cadre d'établissement des priorités et de prise de décision des RLISS

Les membres du groupe de travail sur le cadre d'établissement des priorités et de prise de décision des RLISS sont reconnus pour leur collaboration au développement de la trousse d'outils du cadre de travail.

Secteur	Membre
Présidente du conseil d'administration du RLISS	Mimi Lowi-Young, chef de la direction, RLISS du Centre-Ouest
Santé mentale et toxicomanies	David Kelly, directeur exécutif, Ontario Federation of Community Mental Health and Addictions Programs
Services de soutien communautaire	Debbie MacDonald Moynes, directrice exécutive, The Prince Edward County Community Care for Seniors Association
CASC	Don Ford, chef de la direction, Centre d'accès aux soins communautaires du Centre-Est
Médecins de soins primaires	Barb LeBlanc, directrice, Politiques sur la santé, Ontario Medical Association
Établissements de soins de longue durée	Pat McCarthy, chef de la direction, Omni Health Care Ltd.
Centres de santé communautaire	Adrianna Tetley, directrice exécutive, Associations of Ontario Health Centres
Membres des RLISS	Adil Khalfan, conseiller principal, RLISS de Toronto-Centre
	Philip Kilbertus, conseiller principal, RLISS du Nord-Est
	Liisa Simi, conseillère principale, RLISS du Nord-Ouest
	Steve Goetz, directeur – Optimisation du rendement, RLISS du Sud-Est

Le rapport a été compilé par :

Ashnoor Rahim
 Conseiller en projets, Partenariat des RLISS
ashnoor.rahim@lhins.on.ca

Saul Melamed
 Conseiller principal, Partenariat des RLISS
saul.melamed@lhins.on.ca

Annexe 2 : Introduction au cadre Gibson Mitton

En 2006, le RLISS de Waterloo Wellington et le RLISS de North Simcoe Muskoka ont procédé à un examen approfondi des cadres de prise de décision utilisés dans le secteur des soins de santé. Cette étude les a amenés à se concentrer sur deux approches : la budgétisation de programmes et l'analyse marginale (PBMA) et la responsabilité en matière de décision raisonnable (A4D). Leur travail a été rehaussé par le RLISS du Nord-Ouest qui a invité le D^r Craig Mitton à parler aux RLISS de l'établissement des priorités et de la prise de décision en juin 2007. Les RLISS ont ensuite décidé de retenir les services du D^r Mitton ainsi que ceux d'une autre chercheuse renommée, la D^{re} Jennifer Gibson, pour développer une approche commune à tous les RLISS (c.-à-d. le cadre Gibson Mitton). Les D^{rs} Mitton et Gibson ont créé un cadre d'établissement des priorités et de prise de décision des RLISS qui a été testé par le RLISS du Centre-Ouest, le RLISS de Champlain et le RLISS du Nord-Ouest, entre mai et novembre 2008. Le RLISS de Champlain et le RLISS du Nord-Ouest ont piloté le cadre dans leur processus de financement des priorités urgentes. Le RLISS du Centre-Ouest a piloté le cadre pour son processus de financement du programme Vieillir chez soi.

Une évaluation des trois pilotes a été entreprise en novembre 2008 afin de repérer les occasions d'améliorer les pratiques locales des RLISS, de déterminer l'adaptabilité du cadre de travail et de déterminer comment ce cadre pourrait être utilisé dans les initiatives de financement futures. L'évaluation a inclus un sondage en ligne auprès des fournisseurs de services de santé et des entrevues avec le personnel et les membres du conseil d'administration des RLISS. Cette phase a été complétée en avril 2009. Enfin, un atelier sur l'établissement des priorités a été proposé à tous les RLISS le 20 février 2009 à Toronto, dans le but d'examiner les résultats de l'évaluation, de cerner les enjeux de prise de décision communs à tous les RLISS, de discuter des solutions pragmatiques pour aborder ces enjeux et d'explorer l'adaptabilité du cadre de travail à la lumière des expériences locales. Un rapport définitif, incluant le cadre de travail adaptable, une trousse d'outils pragmatiques pour guider la mise en œuvre locale du cadre de travail (comprenant des stratégies pragmatiques pour aborder les problèmes et les enjeux communs) et des conseils sur les façons dont les RLISS peuvent continuer à adapter et à raffiner le cadre de travail au fil du temps, a été distribué aux RLISS participants au printemps 2009. On a encouragé tous les RLISS à utiliser ce cadre de travail.

Le cadre Gibson Mitton incorpore les principes économiques « d'optimisation des ressources » et les principes éthiques de processus équitable. Il tire profit de l'expérience internationale en utilisant une approche économique appelée budgétisation de programmes et analyse marginale (PBMA) et une approche éthique appelée responsabilité en matière de décision raisonnable (A4D). Le cadre Gibson Mitton comprend un outil d'évaluation de projet pour l'établissement des priorités et la prise de décision et un processus d'application du cadre de travail. L'outil est composé de quatre domaines clés comportant des critères pouvant être pondérés compte tenu des priorités pertinentes.

Annexe 3 : Approche au triple but et attributs du Conseil ontarien de la qualité des services de santé

Approche au triple but

Cette approche, développée par l'Institute for Health Improvement (IHI), suggère que les décisions en matière de soins de santé soient considérées en utilisant trois éléments essentiels ou un triple but¹³. À savoir : l'amélioration de la santé de la population; le rehaussement de l'expérience de soin du patient (notamment la qualité, l'accès et la fiabilité); et la réduction, ou tout au moins le contrôle, du coût des soins de santé par habitant.

Attributs d'un système de soins de santé hautement performant, Conseil ontarien de la qualité des services de santé

Le Conseil ontarien de la qualité des services de santé (COQSS) est un organisme indépendant qui surveille tous les aspects du système de soins de santé de l'Ontario et présente aux Ontariens un compte rendu sur la qualité du système afin de favoriser l'amélioration continue du système (*Observateur de la Qualité*, rapport du Conseil ontarien de la qualité des services de santé, 2010). Ce rapport mesure les neuf attributs suivants :¹⁴

ACCESSIBLE — On devrait pouvoir obtenir les bons soins de santé au bon moment et dans le bon contexte auprès du bon fournisseur.

EFFICACE — On devrait pouvoir obtenir des soins qui donnent des résultats et qui sont fondés sur les meilleurs renseignements scientifiques disponibles.

SÛR — On ne devrait pas subir de préjudices causés par des accidents ou des erreurs quand on se fait soigner.

AXÉ SUR LE CLIENT — Les professionnels de soins de santé devraient adapter leurs services aux besoins et aux préférences du particulier.

ÉQUITABLE — La qualité des soins devrait être la même pour tous, peu importe qui l'on est ou où l'on vit.

EFFICIENT — On devrait constamment chercher des moyens de diminuer le gaspillage, notamment de fournitures, de matériel, de temps, d'idées et d'information, à l'intérieur du système de soins de santé.

ADÉQUATEMENT OUTILLÉ — Le système de santé devrait avoir suffisamment de professionnels compétents, de financement, d'information, d'équipements, de fournitures et d'installations pour répondre aux besoins des gens.




INTÉGRÉ — Tous les éléments du système de santé devraient être organisés, reliés et complémentaires afin d'assurer des soins de grande qualité.

AXÉ SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION — Le système de santé doit viser à prévenir la maladie et à améliorer la santé des Ontariens.

¹³ Visitez le www.IHI.org pour en savoir plus sur l'approche au triple but.



¹⁴ Visitez le <http://www.ohqc.ca/fr/index.php> pour en savoir plus sur le COQSS.

Annexe 4 : Correspondance des attributs du Conseil ontarien de la qualité des services de santé à l'outil Gibson Mitton

Gibson Mitton			COQSS	
Domaine	Critères		Attributs	Indicateurs mesurables
Concordance stratégique	<p>Alignement</p> <p>Degré d'incidence sur l'avancement des objectifs et des priorités du PSSI et du PSA.</p> <p>Correspondance stratégique</p> <p>Alignement avec le rôle systémique du fournisseur. Mesure selon laquelle le programme ou l'initiative convient au mandat et à la capacité du ou des fournisseurs comparativement aux autres fournisseurs de l'Ontario.</p>		Aucun alignement évident	Aucun alignement évident
Rendement du système	<p>Viabilité</p> <p>Incidence sur la capacité clinique, financière et en ressources humaines au fil du temps.</p>		<p>Ressources suffisantes</p> <p>Le système de santé devrait avoir suffisamment de professionnels compétents, de financement, d'information, d'équipements, de fournitures et d'installations pour répondre aux besoins des gens.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dépenses globales et optimisation des ressources 2. Technologie de l'information 3. Milieux de travail sains 4. Ressources humaines en santé
Rendement du système	<p>Intégration</p> <p>Mesure dans laquelle le programme ou l'initiative améliore la coordination des soins de santé parmi les fournisseurs de services de santé et les fournisseurs communautaires, afin d'assurer le continuum de soins du système de santé local et la prestation des soins dans le</p>		<p>Intégré</p> <p>Tous les éléments du système de santé devraient être organisés, reliés et complémentaires afin d'assurer des soins de grande qualité.</p>	Sortie/transitions (assurer l'accès à des renseignements précis et les partager avec le patient et son médecin de famille, et l'accès à un programme de réadaptation pour les patients hospitalisés pour un AVC).

Gibson Mitton			COQSS	
Domaine	Critères		Attributs	Indicateurs mesurables
	milieu le plus approprié, compte tenu des besoins du patient/client.			
Rendement du système	<p>Qualité</p> <p>Mesure dans laquelle le programme ou l'initiative améliore la sécurité et l'efficacité des soins de santé, et l'expérience du client.</p>	Correspondance	<p>Sûr</p> <p>On ne devrait pas subir de préjudices causés par des accidents ou des erreurs quand on se fait soigner.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Infections dans les hôpitaux 2. Effets indésirables 3. Décès à l'hôpital 4. Innocuité des médicaments 5. Éviter les accidents dans les établissements de SLD et de SCC 6. Éviter les accidents de soins à la maison et dans la collectivité
Rendement du système	<p>Accès</p> <p>Mesure dans laquelle le programme ou l'initiative améliore l'accès, en temps voulu au niveau de soins approprié pour la population du système de santé local.</p>	Correspondance	<p>Accessible</p> <p>On devrait pouvoir obtenir les bons soins de santé au bon moment et dans le bon contexte auprès du bon fournisseur.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Temps d'attente aux SU 2. Accès aux soins primaires 3. Temps d'attente pour les opérations et accès aux spécialistes 4. Accès au SLD
Valeurs du système	<p>Équité</p> <p>Incidence sur l'état de santé ou l'accès aux services des sous-populations reconnues lorsqu'il y a un écart entre l'état de santé d'un groupe spécifique et la population en général, par rapport aux pratiques et services courants.</p>	Correspondance	<p>Équitable</p> <p>La qualité des soins devrait être la même pour tous, peu importe qui l'on est et où l'on vit.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Accès et efficacité des soins primaires 2. Mesures de prévention 3. Maladies pouvant être évitées en privilégiant la santé de la population 4. Comportement sain
Valeurs du système	<p>Efficacité</p> <p>Mesure dans laquelle le programme ou l'initiative contribue à l'utilisation efficace de la capacité clinique, financière et des ressources humaines afin d'optimiser la santé et les autres avantages au sein du système</p>	Correspondance	<p>Efficient</p> <p>On devrait constamment chercher des moyens de diminuer le gaspillage, notamment de fournitures, de matériel, de temps, d'idées et d'information, à l'intérieur du système de soins de santé.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coût par service offert 2. Le bon service au bon endroit 3. Éliminer les médicaments et les tests inutiles

Gibson Mitton			COQSS	
Domaine	Critères		Attributs	Indicateurs mesurables
Valeurs du système	<p>Services axés sur les clients</p> <p>Mesure dans laquelle le programme ou l'initiative répond aux besoins en matière de santé d'une population en particulier et degré de contrôle des patients/clients sur le type de soin et la méthode de prestation.</p>	Correspondance	<p>Axé sur le client</p> <p>Les professionnels de soins de santé devraient adapter leurs services aux besoins et aux préférences du particulier.</p>	Expérience des patients dans les hôpitaux de soins actifs et aux SU
Valeurs du système	<p>Innovation</p> <p>Incidence sur la génération, le transfert et l'application de nouvelles connaissances pour résoudre des problèmes liés à la santé ou au système de santé; le plan d'évaluation basé sur des données probantes et l'application de pratiques de pointe.</p>	Correspondance	<p>Sûr</p> <p>On ne devrait pas subir de préjudices causés par des accidents ou des erreurs quand on se fait soigner.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Infections dans les hôpitaux 2. Effets indésirables 3. Décès à l'hôpital 4. Innocuité des médicaments 5. Éviter les accidents dans les établissements de SLD et de SCC 6. Éviter les accidents de soins à la maison et dans la collectivité
	<p>Innovation (comme ci-dessus)</p>	Correspondance	<p>Efficace</p> <p>On devrait pouvoir obtenir des soins qui donnent des résultats et qui sont fondés sur les meilleurs renseignements scientifiques disponibles.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Utilisation des bons traitements dans les hôpitaux 2. Gestion des maladies chroniques (diabète, ICC, MPOC) 3. Réadmission à l'hôpital (crise cardiaque, MPOC, SM, post-op.) 4. Favoriser la santé des gens en SLD 5. Favoriser la santé des gens en SCC 6. Favoriser la santé des gens à domicile 7. Éviter les visites aux SU
Valeurs du système	<p>Partenariats</p> <p>Degré selon lequel le niveau approprié de partenariat ou la</p>	Correspondance	<p>Axé sur le client</p> <p>Les professionnels de soins de santé devraient adapter</p>	Expérience des patients dans les hôpitaux de soins actifs et aux SU

Gibson Mitton			COQSS	
Domaine	Critères		Attributs	Indicateurs mesurables
	<p>pertinence des partenariats seront atteints en vue de rehausser la qualité du service, de favoriser l'utilisation optimale des ressources, de minimiser les duplications et d'améliorer la coordination.</p>		<p>leurs services aux besoins et aux préférences du particulier.</p>	
<p>Valeurs du système</p>	<p>Engagement communautaire</p> <p>Niveau d'engagement de la population visée et des autres intervenants clés dans la définition du projet et de la participation anticipée en vue d'évaluer son incidence sur la santé de la population et le rendement du système.</p> <p>Innovation : l'incidence sur la génération, le transfert et l'application de nouvelles connaissances pour résoudre des problèmes liés à la santé ou au système de santé; le plan d'évaluation basé sur des données probantes et l'application de pratiques de pointe.</p>		<p>Axé sur le client</p> <p>Les professionnels de soins de santé devraient adapter leurs services aux besoins et aux préférences du particulier.</p>	<p>Expérience des patients dans les hôpitaux de soins actifs et aux SU</p>
<p>Santé de la population</p> <p>État de santé (résultats cliniques et qualité de vie)</p>	<p>1. État de santé (résultats cliniques et qualité de vie)</p> <p>L'incidence sur les résultats cliniques pour le patient/client, y compris les risques d'effets indésirables, ou les effets sur la qualité de vie physique, mentale ou sociale,</p>		<p>Axé sur la santé de la population</p> <p>Le système de santé doit viser à prévenir la maladie et à améliorer la santé des Ontariens.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comportement sain 2. Santé maternelle et infantile 3. Santé sexuelle 4. Mesures préventives 5. Décès et accidents pouvant être évités par la prévention

Gibson Mitton		COQSS		
Domaine	Critères		Attributs	Indicateurs mesurables
	<p>comparativement aux pratiques ou services actuels.</p> <p>2. Prévalence La magnitude de la maladie ou de la condition qui sera directement touchée par le programme ou l'initiative, mesurée en termes de prévalence (c.-à-d. le nombre de personnes affectées dans la population à un moment donné). Promotion de la santé et prévention des maladies. L'incidence sur la prévention des maladies ou des blessures et la promotion de la santé et du bien-être, tel que mesuré par les améliorations à long terme projetées en matière de santé ou la réduction des services en aval.</p> <p>3. Promotion de la santé et prévention des maladies L'incidence sur la prévention des maladies ou des blessures et la promotion de la santé et du bien-être, tel que mesuré par les améliorations à long terme projetées en matière de santé ou la réduction des services en aval.</p>			

Annexe 5 : Examen juridictionnel de haut niveau

Les trois organismes de santé régionales consultés étaient le Vancouver Island Health Authority, le Vancouver Coastal Health Authority et le Winnipeg Regional Health Authority.

Chacun de ces trois organismes de santé avait appliqué un processus similaire à celui des RLISS, en vue de développer un cadre d'établissement des priorités et de prise de décision au cours des cinq dernières années. Ils avaient tous utilisé soit une version de l'approche de budgétisation de programmes et d'analyse marginale (PBMA) ou des éléments du cadre Gibson Mitton dans leur processus d'établissement des priorités et de prise de décision. Le Vancouver Island Health Authority et le Winnipeg Regional Health Authority avaient incorporé les principes de responsabilité en matière de décision raisonnable (A4D) à leur cadre d'établissement des priorités et de prise de décision afin d'assurer l'équité du processus.

Annexe 6 : Références consultées

Dictionnaire de définitions. Extrait le 15 juin 2010 du site Web dictionary.com, <http://dictionary.reference.com>

DuBois-Wing, G., Gibson, J. & Mitton, C. *Priority Setting in Ontario's LHINs: Ethics and economics in action. North West Local Health Integration Report.*

Gibson, J., Martin, D.K. & Singer, P. (2004). *Setting priorities in health care organizations: criteria, processes, and parameters of success. BMC Health Services Research* 2004, 4:25.

Gibson, J., Martin, D.K. & Singer, P. (2005). *Evidence, Economics and Ethics: Resource Allocation in Health Services Organizations. Health Quarterly Vol. 8 No. 2, 50-59*

Gibson, J., Mitton, C., Martin, D., Donaldson, C. & Singer, P. (2006). *Ethics and economics: does programme budgeting and marginal analysis contribute to fair priority setting? Journal of Health Services Research & Policy* Vol. 11 No 1, 32–37.

Site Web de l'Institute for Healthcare Improvement, <http://www.ihl.org/ihl>

Réseaux locaux d'intégration des services de santé (2009). *Local Health Integration Networks and Consistency Workshop: 30 et 31 mars 2009. Compte rendu de l'atelier.*

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (2006). *Loi sur l'intégration du système de santé local (LISSL)*. Extraite du <http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statues/english/elaws>.

Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. (2006). Directions stratégiques du Ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Extraites du <http://www.health.gov.on.ca/english/public/updates/archives>

Mitton, C., Gibson, J. & Waldner, H. (2007, June) *Economic, Ethics and Healthcare Funding*. Présentation aux chefs de direction et conseils d'administration des RLSS, Toronto, Ontario.

Site Web du National Institute for Health and Clinical Excellence, <http://www.nice.org.uk/>

Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Ouest. (2007). *Economics, Ethics and Health Care funding: From Principles to Practice Priority-Setting and Decision-Making*. Un forum provincial sur le savoir.

Réseau local d'intégration des services de santé du Nord-Ouest. (2009). *Priority Setting in the LHINs: A Practical Guide to Decision-making*.

Conseil ontarien de la qualité des services de santé. (2010). *Observateur de la Qualité, Rapport annuel 2010 sur la santé de l'Ontario*.

Peacock, S., Ruta, D., Mitton, C., Donaldson, C., Bate, A. & Murtagh, M. (2006). *Using economics to set pragmatic and ethical priorities. BMJ VOLUME 332*.

Vancouver Coastal Health Authority (2009, Septembre). *2009/10-2010/11 Service Plan*.

Vancouver Island Health Authority (2009, Juillet). *Five Year Strategic Plan 2008-2013*.

VanderBent, S. (2004) *Planning in Health Care Systems-Key Quality Processes and Outcome Measures. The Ontario Home & Community Care Council Report*.

Winnipeg Regional Health Authority (Juillet 2008). *WRHA Priority Setting Criteria User's Guide-Draft*.

Winnipeg Regional Health Authority. *Summary of "Tough Choices: The Ethics of Allocating Health Resources"* préparé par WRHA Ethics Services

