



ÉVALUATION DU PROGRAMME GOUVERNANCE EFFICACE POUR ASSURER LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

www.fcrss.ca

OCTOBRE 2011

SELMA DIDIC, M. A.
SPÉCIALISTE DE L'ÉVALUATION,
ÉVALUATION ET GESTION DU RENDEMENT

KAYE PHILLIPS, CANDIDATE AU DOCTORAT
GESTIONNAIRE,
ÉVALUATION ET GESTION DU RENDEMENT

WERNER MÜLLER-CLEMM, PH. D.
DIRECTEUR PRINCIPAL,
ÉVALUATION ET GESTION DU RENDEMENT

NURDIN AKUNOV, M. SC.
ANALYSTE, PROGRAMMES

REMERCIEMENTS

Nous désirons remercier le personnel du programme Gouvernance efficace de la FCRSS de sa contribution. Nos remerciements vont aussi aux partenaires de la FCRSS dans le cadre de ce programme : l'Institut canadien pour la sécurité des patients, l'Association des hôpitaux de l'Ontario et le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Enfin, nous exprimons notre gratitude à M. Ross G. Baker pour ses pertinentes observations sur le rapport final.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur le programme Gouvernance efficace pour assurer la qualité et la sécurité des patients, veuillez communiquer avec Werner Müller-Clemm au 613-728-3438, poste 214 ou par courriel à werner.mullerclemm@chsr.ca.

Ce document est disponible à www.fcrss.ca.

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

ISBN 978-1-927024-35-5

Évaluation du programme Gouvernance efficace pour assurer la qualité et la sécurité des patients © Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 2011.

Tous droits réservés. Cette publication peut être reproduite, en tout ou en partie, à des fins non commerciales seulement, à condition que le contenu original de la publication ou une partie de la publication ne soit pas modifié de quelque façon que ce soit sans la permission écrite de la FCRSS. Pour obtenir une telle autorisation, veuillez communiquer par courriel à info@fcrss.ca.

Veuillez utiliser la formule de mention suivante : « Reproduit avec la permission de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, tous droits réservés, (année de publication du rapport). »

FCRSS

1565, avenue Carling, bureau 700
Ottawa (Ontario) K1Z 8R1

Courriel : info@chsr.ca
Téléphone : 613-728-2238
Télécopieur : 613-728-3527

TABLE DES MATIÈRES

MESSAGES PRINCIPAUX.....	2
RÉSUMÉ	2
INTRODUCTION	4
Élaboration d'un programme sur la gouvernance pour assurer la qualité et la sécurité des patients.....	5
Programme de formation et ressources.....	6
MÉTHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION	7
Évaluation de l'efficacité du programme	8
Évaluation du processus.....	9
CONSTATATIONS.....	9
Efficacité du programme en matière d'amélioration des connaissances et des compétences.....	9
Utilité et processus du programme Gouvernance efficace.....	13
LIMITES DE LA MÉTHODOLOGIE.....	17
RECOMMANDATIONS ET CONCLUSIONS.....	18
ANNEXE A : SONDAGE RÉALISÉ AVANT LE PROGRAMME.....	19
ANNEXE B : SONDAGE POST-PROGRAMME.....	20

MESSAGES PRINCIPAUX

- ▼ La comparaison des résultats des sondages menés avant et après le projet révèle que le programme Gouvernance efficace pour assurer la qualité et la sécurité des patients a effectivement permis d'améliorer les connaissances et les compétences du groupe de répondants en ce qui a trait à la qualité des services de santé et à la sécurité des patients.
- ▼ Le programme a permis aux participants d'acquérir les connaissances, les ressources et les outils qu'ils souhaitent appliquer pour faire progresser l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients au sein de leurs organismes de santé respectifs.
- ▼ Il y aurait lieu d'offrir à l'avenir un programme plus intégré qui puisse aider les participants à mieux comprendre l'importance des leviers pour améliorer la qualité et la sécurité des patients.
- ▼ Il faudrait adapter les séances de formation à certains groupes professionnels en tenant compte de leurs connaissances et de leurs besoins en matière d'information.
- ▼ Le programme gagnerait à être adapté aux besoins des petits hôpitaux et organismes de santé communautaires.
- ▼ Il est recommandé d'effectuer une évaluation de suivi afin de déterminer si des changements à long terme ont été apportés au regard de l'application des connaissances, du comportement, du rendement de l'organisme et des résultats pour la santé des patients.

RÉSUMÉ

Depuis plus d'une décennie, la qualité des services et la sécurité des patients sont des enjeux d'une grande importance pour les organismes de santé et leurs conseils d'administration. Mais ces derniers et les dirigeants des organismes de santé se sentent souvent mal équipés pour contrôler efficacement le rendement de leur établissement au chapitre de la qualité et de la sécurité des patients. Reconnaisant la nécessité de leur fournir les outils voulus, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) et l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) se sont associés pour offrir un volet éducatif et des ressources dans le cadre du programme Gouvernance efficace pour assurer la qualité et la sécurité des patients (ci-après appelé programme Gouvernance efficace). Le programme avait pour objectif d'aider les membres des conseils d'administration et les dirigeants de la santé à parfaire leurs connaissances et leurs compétences en matière de gouvernance en surveillant la mise en œuvre des améliorations de la qualité et de la sécurité au sein de leur organisme.

De mars 2010 à mai 2011, 557 membres de conseils d'administration, hauts dirigeants, cadres responsables de la qualité et de la sécurité des patients ainsi que les directeurs du personnel clinique de 196 organismes de santé canadiens ont pris part à l'un des 12 ateliers sur la gouvernance efficace organisés dans trois provinces (Ontario, Manitoba et Saskatchewan).

La FCRSS a effectué une évaluation du programme Gouvernance efficace afin d'en déterminer l'efficacité et d'en comprendre le processus. Un sondage mené avant et après le programme et renfermant des questions dirigées ainsi que des questions ouvertes a été conçu et réalisé auprès de tous les participants du programme Gouvernance efficace. On a eu recours à une combinaison de méthodes quantitatives et qualitatives pour l'analyse.

Au total, 268 participants ont répondu au sondage mené à l'issue du programme (taux de réponse : 48,1 p. 100) et 164 ont répondu aux deux sondages, avant et après le programme (taux de réponse : 29,4 p. 100). La comparaison des résultats des deux sondages révèle que la participation au programme Gouvernance efficace a donné lieu à des améliorations statistiquement significatives en matière d'autoévaluation des connaissances dans neuf des dix domaines sur lesquels portait la formation. L'acquisition de connaissances la plus importante a été observée en ce qui a trait aux compétences et connaissances requises des membres des conseils d'administration. Aucune différence n'a été notée pour ce qui est du rôle du conseil d'administration dans l'établissement de liens avec le chef de la direction ou le président-directeur général (PDG) de l'organisme.

Les membres des conseils d'administration, les PDG et d'autres professionnels de la santé (n=131) sont vraisemblablement ceux qui ont le plus profité de la formation offerte dans le cadre du programme Gouvernance efficace. Toutefois, les constatations sont mitigées dans le groupe des cadres responsables de la qualité et de la sécurité des patients (n=25) dont l'acquisition de connaissances est notable dans six domaines du programme. Un écart important au chapitre de l'amélioration parmi les groupes professionnels à la suite de la formation n'a été observé que dans trois domaines du programme (compétences et connaissances requises des membres des conseils d'administration; rôle du conseil d'administration dans l'établissement de liens avec le chef de la direction ou le PDG; rôle du conseil d'administration dans la création et le maintien d'une culture de la qualité et de la sécurité des patients). Les données recueillies après la fin du programme font état de plusieurs domaines dans lesquels les participants entendent utiliser les connaissances et les ressources acquises dans le cadre du programme.

La rétroaction qualitative indique que les principaux atouts du programme Gouvernance efficace tiennent au partage d'expériences et d'outils entre les divers organismes de santé, aux narrations des patients ainsi qu'aux groupes de discussion. Les limites du programme ont trait surtout aux trop rares possibilités d'application pratique des connaissances et des compétences ainsi qu'au manque de pertinence du contenu pour les petits établissements de santé et organismes communautaires.

La séance de formation supplémentaire et la diffusion de documents sur la gouvernance et la qualité dans une logithèque de référence sont les types d'appui post-programme les plus utiles selon 83 p. 100 et 88 p. 100 des répondants, respectivement.

Les PDG sont plus disposés que les membres des conseils d'administration à payer pour 1) des contrôles réguliers avec les responsables du programme de formation (RIA [ratio d'incidence approché] = 8,4; $p < 0,10$) et 2) l'accès à la documentation sur la gouvernance et la qualité dans une logithèque de référence (RIA = 5,2; $p < 0,03$). Les participants provenant d'« autres » établissements (principalement des organismes représentant le système de santé et des réseaux locaux d'intégration des services de santé) sont aussi beaucoup plus intéressés à payer pour 1) la consultation d'experts lors de webinaires de groupe prévus à date fixe (RIA = 23,2; $p < 0,02$) et 2) une séance de formation additionnelle réunissant plus de membres de leur organisme (RIA = 11,7; $p < 0,09$) que les participants provenant du milieu hospitalier.

INTRODUCTION

Le rôle du conseil d'administration en matière de qualité des services de santé et de sécurité des patients revêt une importance croissante pour le secteur canadien de la santé, car de nombreux événements de haut niveau organisés dans plusieurs provinces ont attiré l'attention publique sur cet enjeu¹. De fait, les conseils d'administration du domaine de la santé au Canada ont la responsabilité ultime de veiller à la sécurité et à la qualité des soins dispensés dans les établissements dont ils assurent la gouvernance. Or, traditionnellement, les conseils d'administration se sont attachés davantage à surveiller les opérations financières de leur organisme, laissant aux directeurs du personnel le soin de s'occuper des questions de qualité et de sécurité des patients².

Les données probantes issues de la recherche montrent que le rendement des organismes de santé canadiens en matière de qualité et de sécurité gagnerait à être amélioré. Ainsi, selon certaines études, un patient adulte sur 13 hospitalisés au Canada subit un événement indésirable et jusqu'à 10 000 Canadiens meurent chaque année à la suite d'erreurs qui auraient pu être évitées^{3, 4}. On reconnaît donc de plus en plus l'importance du rôle que les conseils d'administration peuvent jouer en aidant leur établissement à améliorer la qualité et la sécurité des soins fournis afin de contribuer, en dernière analyse, à améliorer les résultats pour la santé des patients⁵.

À vrai dire, la gouvernance axée sur la qualité et la sécurité des patients ne saurait être efficace sans le concours des dirigeants, ni sans l'engagement et l'appui des conseils d'administration et de leurs équipes de cadres. Contrairement au contrôle financier qui relève du conseil d'administration, la qualité des services de santé et la sécurité des patients sont des domaines relativement nouveaux en matière de rendement pour lesquels les membres des conseils d'administration et les cadres se sentent souvent mal équipés, la majorité d'entre eux ne possédant pas l'expertise clinique pour atteindre efficacement cet objectif^{6, 7}.

À l'automne 2010, la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) et l'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) se sont associés pour offrir aux conseils d'administration et aux cadres des organismes de santé un programme éducatif et des ressources sur la qualité. Combinant l'enseignement didactique et des séances de formation interactives, le programme Gouvernance efficace pour assurer la qualité et la sécurité des patients (ci-après appelé programme Gouvernance efficace) a été conçu pour répondre aux besoins des conseils d'administration et des dirigeants des établissements de santé qui ont recours aux données probantes afin d'améliorer les connaissances et les compétences de leur organisme en ce qui a trait à la gouvernance liée à la qualité des services et à la sécurité des patients.

La présente évaluation a pour objectif principal d'analyser l'efficacité de la formation offerte dans le cadre du programme Gouvernance efficace aux dirigeants et aux membres des conseils d'administration des organismes de santé qui ont pris part à l'un des 12 ateliers organisés entre mars 2010 et mai 2011. L'exercice a porté sur l'autoévaluation des connaissances et des compétences ainsi que sur l'intention des participants de mettre en application les connaissances acquises, les outils connexes et les ressources offertes dans le cadre du programme. Les écarts au chapitre de l'acquisition des connaissances et des compétences liées au rôle professionnel des participants dans leurs établissements de santé respectifs ont aussi fait l'objet de l'évaluation. L'objectif secondaire consistait à évaluer le mode de présentation et le processus du programme Gouvernance efficace, à la fois en ce qui a trait à l'efficacité des séances de formation perçue par les participants et à leurs suggestions pour l'améliorer. L'analyse a porté en outre sur l'utilité de diverses activités d'appui post-programme et sur la volonté de payer des participants.

L'évaluation du programme Gouvernance efficace reposait également sur les questions sous-jacentes suivantes :

- ▼ Un programme éducatif éclairé par des données probantes peut-il améliorer les connaissances et les compétences des participants en matière de gouvernance de la qualité des services de santé et de la sécurité des patients?
- ▼ L'acquisition des connaissances et des compétences est-elle équitablement répartie entre les catégories professionnelles?
- ▼ Quelles sont les forces et les faiblesses fondamentales du programme?
- ▼ Dans quelle mesure les activités d'appui post-programme paraissent-elles utiles aux participants et quelles sont les probabilités qu'ils soient prêts à payer pour y avoir accès?

Élaboration d'un programme sur la gouvernance pour assurer la qualité et la sécurité des patients

En 2008, une équipe de chercheurs dirigée par G. Ross Baker a effectué, à la demande de la FCRSS et de l'ICSP, la synthèse des données probantes issues de la recherche sur le rôle des conseils d'administration en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité au sein des organismes de santé du Canada et des États-Unis. Fondé sur une analyse documentaire, des études de cas et des entrevues menées auprès d'intervenants clés, le rapport intitulé *Une gouvernance efficace pour assurer la qualité et la sécurité des patients dans les organismes de santé au Canada* fait état de sept facteurs interdépendants ou leviers favorisant la gouvernance efficace, susceptibles d'aider les conseils d'administration à orienter l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients⁸. Ces facteurs sont les suivants :

- ▼ acquisition de connaissances sur la qualité des services de santé et la sécurité des patients;
- ▼ acquisition de compétences en matière de gouvernance et détermination des rôles à l'appui d'une gouvernance efficace pour assurer la qualité et la sécurité des patients;
- ▼ évaluation et amélioration de la culture de la qualité et de la sécurité des patients;
- ▼ établissement de liens plus étroits entre le conseil d'administration, les cadres supérieurs et le personnel médical;
- ▼ collecte d'information sur la qualité et la sécurité des patients;
- ▼ évaluation de la qualité des services de santé et la sécurité des patients;
- ▼ élaboration et mise en œuvre d'un plan sur la qualité et de la sécurité des patients.

Baker et son équipe de recherche sont d'avis que la gouvernance des conseils d'administration en matière de qualité et de sécurité des patients en est à ses débuts au sein du système canadien de la santé. Les conseils d'administration et les dirigeants font face à des obstacles considérables, dont le manque de données, de ressources et de compréhension des facteurs en cause dans l'assurance de la qualité des services de santé au Canada. Ces besoins étant reconnus, les constatations présentées par Baker et ses collaborateurs dans leur étude (2010) ont jeté les bases de l'élaboration du volet éducatif et de la boîte à outils qui l'accompagne en vue d'assurer la qualité et la sécurité des patients. Le programme et la boîte à outils ont tous deux été élaborés en tenant compte des facteurs susmentionnés.

Programme de formation et ressources

Au total, 557 membres de conseils d'administration, hauts dirigeants, cadres responsables de la qualité et de la sécurité des patients ainsi que les directeurs du personnel clinique de 196 organismes de santé canadiens de trois provinces (Ontario, Manitoba et Saskatchewan) ont pris part au programme éducatif sur la gouvernance efficace. Ce programme a été offert à douze reprises, sous forme d'atelier, de mars 2010 à mai 2011. En moyenne, 46 membres de conseils d'administration et hauts dirigeants ont assisté à chacune des séances. Les deux premières rencontres étaient des ateliers pilotes réunissant en tout 58 participants représentant trois offices régionaux de la santé du Manitoba et un réseau local d'intégration des services de santé de l'Ontario. Selon les résultats des deux ateliers pilotes, la présentation des faits dans le cadre du programme devrait être plus individualisée, appliquée à des cas précis. Trois des quatre membres du conseil d'administration d'un établissement d'enseignement, dont un spécialiste de la sécurité des patients, ayant tous une vaste expérience du professorat ainsi que de la qualité des services de santé et de la sécurité des patients, ont enseigné à l'un des ateliers offerts.

Le volet éducatif du programme Gouvernance efficace comporte quatre grands objectifs afin d'aider les participants à comprendre :

- 1) les principales fonctions d'un conseil d'administration liées à la qualité et à la sécurité des patients;
- 2) les approches de l'évaluation de la qualité des soins institutionnels;
- 3) les outils, les structures, les processus et les priorités à l'appui de l'amélioration des pratiques de gouvernance d'un organisme liées à la qualité et à la sécurité des patients;
- 4) comment un conseil d'administration peut diriger, appuyer et maintenir une culture de la qualité et de la sécurité des patients au sein d'un organisme.

Les six derniers ateliers organisés en Ontario visaient en outre à aider les participants au programme à appliquer les principes de la *Loi sur l'excellence des soins pour tous*⁹.

Le volet éducatif du programme Gouvernance efficace est offert selon une méthode pratique qui fait une large place à l'expérience d'autres organismes de santé cherchant à améliorer la qualité et la sécurité des patients. Fondé sur l'apprentissage par l'expérience, il consistait en plusieurs exposés didactiques, un discours thème, des segments vidéo, des discussions d'études de cas, des travaux en équipe et des outils devant aider les dirigeants et les conseils d'administration à gérer efficacement l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients au sein de leur établissement.

La première journée de la formation a débuté par une introduction à la qualité et à la sécurité des patients dans le cadre de trois séances où l'importance de ces enjeux pour les organismes de santé et leur conseil d'administration a été démontrée. On a également donné un aperçu des changements qui surviennent actuellement dans le milieu de la santé et de leurs répercussions sur le rôle des conseils d'administration en matière de qualité et de sécurité des patients. Les séances ont été suivies d'une discussion sur les besoins, les désirs et les attentes des participants eu égard au programme Gouvernance efficace, d'un discours thème, du visionnement d'un film et d'une causerie. Les participants ont appris à apprécier les défis et les occasions que présente l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients par le truchement du conseil d'administration et à reconnaître l'importance de l'amélioration continue des pratiques en matière de qualité et de sécurité des patients.

La seconde journée comprenait sept séances, dont les six premières ont porté sur les sept facteurs favorisant une gouvernance efficace pour assurer la qualité et la sécurité des patients. À la suite des exposés didactiques sur ces facteurs, les participants ont pris part à des discussions sur des études de cas mettant en lumière les expériences d'autres organismes de santé. Dans le cadre de certaines séances, les participants ont pu visionner des vidéos présentant des exemples de situations réelles et des anecdotes sur des patients et d'autres organismes de santé. Le cours a aussi donné aux participants l'occasion de réfléchir aux discussions sur les cas passés en revue ainsi qu'aux pratiques du conseil d'administration de leur organisme en ce qui a trait à chacun des sept facteurs déterminés. Répartis en petits groupes, les participants ont été invités également à noter leurs réflexions et leurs idées dans un formulaire d'analyse des écarts.

Durant la dernière séance, les participants avaient accès à une trousse complète portant sur les meilleures pratiques en matière de gouvernance, les ressources et des exemples d'outils utilisés par plusieurs hôpitaux, régions sanitaires et prestataires de soins continus¹⁰. Ils ont également eu l'occasion de travailler en petites équipes pour élaborer un plan d'action. Cet exercice, qui constituait une dernière réflexion sur le formulaire d'analyse des écarts, a permis aux participants de déterminer deux ou trois mesures qu'ils comptaient adopter afin d'améliorer, au sein de leur établissement d'attache, le leadership en matière de gouvernance pour assurer la qualité et la sécurité des patients. De plus, le cours a donné lieu à des interactions sociales et à des activités de réseautage lors des repas et des pauses.

MÉTHODOLOGIE DE L'ÉVALUATION

Afin d'évaluer l'efficacité et le processus du programme Gouvernance efficace, un sondage a été mené, avant et après le programme, auprès de tous les participants qui ont pris part à l'un des 12 ateliers. Ce sondage en deux parties était fondé sur l'échelle de Likert en sept points (1 = totalement en désaccord; 7 = tout à fait d'accord) pour évaluer les changements dans les connaissances et les compétences apparentes des participants à la suite du programme éducatif. Les répondants aux sondages réalisés avant et après le programme devaient se prononcer sur neuf questions liées aux facteurs favorisant la qualité et la sécurité des patients déterminés par Baker et ses collaborateurs (2010), soit :

- 1) les principales fonctions du conseil d'administration;
- 2) les rôles du conseil d'administration;
- 3) les compétences et les connaissances du conseil d'administration;
- 4) la culture de la qualité et de la sécurité des patients au sein de l'organisme;
- 5) les relations du conseil d'administration avec le PDG;
- 6) les relations du conseil d'administration avec les directeurs du personnel clinique;
- 7) l'information;
- 8) l'évaluation;
- 9) les composantes du plan sur la qualité et la sécurité des patients.

Les sondages menés avant et après le programme s'adressaient aux participants qui ont pris part aux six derniers ateliers tenus en Ontario et comprenaient une question supplémentaire sur la compréhension des dispositions de la *Loi sur l'excellence des soins pour tous*.

Le sondage réalisé avant le programme consistait en 10 questions (11 pour les ateliers tenus en Ontario). La première question visait à recueillir de l'information démographique sur le rôle professionnel des répondants au sein de leur établissement d'attache. Les neuf autres (10 dans le cas des ateliers organisés en Ontario) évaluaient la compréhension des participants en matière de qualité et de sécurité des patients avant le programme (voir l'annexe A).

Le sondage post-programme comprenait trois parties (voir l'annexe B). À des fins de comparaison, la partie I reprenait les neuf questions (10 pour les ateliers en Ontario) posées dans le sondage mené avant le programme. La partie II comptait cinq questions ouvertes additionnelles, dont quatre portaient sur la conception et la mise en œuvre du programme. Les autres questions avaient trait à l'intention des participants quant à l'utilisation concrète des connaissances, des ressources et des outils récemment acquis. La partie III contenait huit questions, dont six visaient à évaluer l'utilité de six activités d'appui post-programme selon un échelle ordinaire en cinq points (échelle de Likert où 1 = inutile et 5 = très utile). Les participants étaient également priés d'indiquer leur volonté de payer pour chacune des six activités proposées dans une question ouverte. La dernière question du sondage post-programme permettait aux répondants de commenter le programme éducatif.

Le sondage mené avant le programme a été diffusé en ligne 10 jours avant la tenue de l'atelier. Un rappel a été envoyé six jours plus tard à tous les participants qui n'avaient pas rempli le questionnaire. Le sondage post-programme a été réalisé sur place après la dernière discussion. Les participants pouvaient également remplir le questionnaire de cette partie du sondage, en ligne, à l'issue de l'atelier.

Évaluation de l'efficacité du programme

Des tests t sur échantillonnage jumelé ont été réalisés afin d'évaluer dans quelle mesure le volet éducatif du programme Gouvernance efficace avait réussi à améliorer la compréhension des participants de la qualité et de la sécurité des patients. L'évaluation visait aussi à déterminer la signification statistique de la modification, dans les sondages avant et après le programme, des réponses portant sur dix énoncés relatifs aux connaissances données par l'ensemble des répondants appariés. La même analyse a été répétée pour ce qui est des rôles professionnels des répondants appariés (membre du conseil d'administration, PDG, cadre responsable de la qualité et de la sécurité, autre). La signification de l'ampleur du changement entre les quatre groupes professionnels a fait l'objet d'une analyse de variance à un critère de classification. Les intervalles de Bonferonni ont été appliqués à chacun des résultats de l'ANOVA qui étaient significatifs. Le calcul de l'ampleur de l'effet a été fait pour chaque énoncé sur l'acquisition de connaissances¹ afin de vérifier l'importance des connaissances acquises dans le cadre du programme. L'ampleur de l'effet (« g » de Hedges) a été choisi pour effectuer ce calcul parce qu'il permet de corriger le biais dans des échantillons de petite taille. L'analyse de contenu est la méthode qui a été retenue pour évaluer les réponses ouvertes sur l'intention des participants quant à l'utilisation concrète des connaissances, des ressources et des outils acquis dans le cadre du programme.

1 Sauf dans le cas des n<5.

Évaluation du processus

Des données qualitatives ont été recueillies pour les questions permettant à la FCRSS et à ses partenaires de comprendre l'utilité du programme aux yeux des participants et de proposer des améliorations. L'analyse descriptive a aidé à comprendre l'utilité de diverses activités d'appui post-programme et à déterminer la volonté de payer des participants. Quant à l'analyse de suivi, des régressions logistiques binaires ont été effectuées pour déterminer s'il était possible de prévoir la probabilité de la volonté de payer pour chacune des six activités d'appui post-programme. Les variables explicatives sont les suivantes : le rôle professionnel du répondant, l'affiliation institutionnelle et le lieu. Tout effet statistiquement significatif a été évalué à l'aide du ratio d'incidence approché (RIA). Les réponses ouvertes ont fait l'objet d'une analyse qualitative pour ce qui est des thèmes fondés sur les principes de la théorie à base empirique. La validité des catégories thématiques qualitatives a été vérifiée à l'aide du coefficient d'objectivité. Le logiciel Stata (version 10.0) a été utilisé pour toutes les évaluations¹¹.

CONSTATATIONS

Efficacité du programme en matière d'amélioration des connaissances et des compétences

Parmi les 557 membres de conseils d'administration et dirigeants qui ont pris part aux 12 ateliers de formation sur la gouvernance efficace, 164 ont rempli le questionnaire des sondages menés avant et après le programme (taux de réponse : 29,4 p. 100). De ce nombre, 97 étaient membres de conseils d'administration (59,1 p. 100), 23 des PDG (14 p. 100), 25 des cadres responsables de la qualité et de la sécurité (15,2 p. 100) et 11 avaient d'autres responsabilités professionnelles (6,6 p. 100), incluant pour la plupart des directeurs de personnel, des infirmières en chef, des directeurs médicaux, des chefs de service et des consultants. Au total, huit répondants ont omis de fournir des renseignements sur leurs activités professionnelles.

Les données des sondages menés avant et après le programme (voir le tableau 1) indiquent que les connaissances ont considérablement augmenté à l'issue du programme dans neuf des 10 domaines liés à la qualité et à la sécurité des patients. Pour tous ces domaines, la signification statistique a été établie à 1 p. 100, à l'exception de la question cinq (le rôle du conseil d'administration dans l'établissement de relations avec le PDG) dont la signification statistique n'a pas été démontrée.

L'acquisition la plus considérable et dont l'ampleur de l'effet est la plus importante se rapporte aux connaissances susceptibles d'être concrètement mises en application pour améliorer le rendement en matière de qualité et de sécurité des patients (collecte d'information sur la planification, la conception et la mise en œuvre d'un plan sur la qualité et la sécurité des patients proposé par un conseil d'administration, par exemple). C'est sur la compréhension des compétences et des connaissances requises des conseils d'administration que l'effet le plus important du programme a été observé (ampleur de l'effet : 1,21) alors que des effets moyens à importants (ampleur de l'effet: 0,58 à 0,84) ont été notés dans huit des neuf autres domaines.

TABLEAU 1 : AUTO-ÉVALUATION DES CONNAISSANCES ET DES COMPÉTENCES (SELON LES RÉPONSES COMPARÉES DES PARTICIPANTS AU SONDAGE)

JE COMPRENDS PARFAITEMENT :	N	MOYENNE AVANT LE PROGRAMME (ÉCART-TYPE)	MOYENNE POST-PROGRAMME (ÉCART-TYPE)	JUMELÉ T (IMPORT. STAT. P)	INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 %		AE†
					INFÉRIEUR	SUPÉRIEUR	
Les principales fonctions du conseil d'administration liées à la qualité et à la sécurité des patients	164	5,65 (1,05)	6,24 (0,82)	t (163) = 6,44(0,00)*	0,41	0,77	0,62
Le rôle du conseil d'administration lié aux pratiques de gouvernance efficace pour assurer la qualité et la sécurité des patients	164	5,48 (1,10)	6,26 (0,91)	t (163) = 8,09(0,00)*	0,59	0,96	0,76
Les compétences et les connaissances requises du conseil d'administration	164	4,68 (1,34)	6,09 (0,94)	t (163) = 13,25(0,00)*	1,2	1,62	1,21
Le rôle du conseil d'administration dans la création et le maintien d'une culture de la qualité et de la sécurité des patients	164	5,07 (1,27)	5,92 (0,86)	t (163) = 9,40(0,00)*	0,67	1,02	0,79
Le rôle du conseil d'administration dans l'établissement de liens avec le PDG	163	6,08 (1,07)	6,24 (0,82)	t (162) = 1,88(0,062)	-0,01	0,38	0,18
Le rôle du conseil d'administration dans l'établissement de liens avec le directeur du personnel clinique	162	5,44 (1,31)	6,11 (0,90)	t (161) = 6,34(0,00)*	0,44	0,85	0,58
Le rôle du conseil d'administration dans le choix et le suivi de l'information pertinente	164	5,31 (1,22)	6,17 (0,79)	t (163) = 8,76(0,00)*	0,67	1,06	0,84
Le rôle du conseil d'administration dans le choix et le suivi des indicateurs d'évaluation	164	4,98 (1,32)	5,75 (1,00)	t (163) = 8,01(0,00)*	0,58	0,96	0,66
Le rôle du conseil d'administration dans la création et la mise en œuvre du plan sur la qualité	164	5,21 (1,20)	6,03 (0,87)	t (163) = 7,97(0,00)*	0,62	1,02	0,78
Comment la <i>Loi sur l'excellence des soins pour tous</i> appuie le travail du conseil d'administration	66	5,20 (1,18)	5,98 (0,90)	t (65) = 6,50(0,00)*	0,54	1,03	0,75

* P < 0,01

†AE = ampleur de l'effet (« g » de Hedges) calculé selon le « d » de Cohen, d'après la formule : $g = d/(\sqrt{df/N})$. L'ampleur de l'effet de 0,20, 0,50 et 0,80 représente des effets de faible, moyenne et grande importance, respectivement (voir Cohen, 1988).¹²

Qui a bénéficié le plus du programme? Une analyse stratifiée selon le rôle professionnel des participants (voir le tableau 2) indique que l'acquisition de connaissances la plus importante, d'après les réponses des participants à l'issue du programme, a été observée parmi les membres de conseils d'administration, les PDG et les répondants de la catégorie « autre ». Ce sont les PDG qui ont acquis le plus de connaissances en ce qui a trait au rôle du conseil d'administration dans l'instauration de pratiques de gouvernance efficaces pour assurer la qualité et la sécurité des patients (ampleur de l'effet : 1,33). Quant aux membres des conseils d'administration, leurs connaissances se sont améliorées surtout en ce qui concerne les compétences et les connaissances requises (ampleur de l'effet : 1,18). Les cadres responsables de la qualité et de la sécurité des patients semblent être ceux qui ont le moins profité du programme, l'acquisition de connaissances notée dans les sondages menés avant et après le programme étant négligeable dans six domaines de contenu même si la note moyenne qui leur a été attribuée dans le sondage avant le programme est comparable à celle d'autres groupes professionnels.

TABEAU 2 : AUTO-ÉVALUATION DES CONNAISSANCES ET DES COMPÉTENCES VOULUES POUR ASSURER LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES PATIENTS (SELON LE RÔLE PROFESSIONNEL)

JE COMPRENDS PARFAITEMENT :	MEMBRES D'UN CONSEIL D'ADMINISTRATION, N = 97†				PDG, N = 23‡				CADRES RESPONSABLES DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS, N = 25~				AUTRE, N = 11*				DIFFÉRENCE ENTRE LES GROUPES (ANOVA)
	MOYENNE AVANT LE PROGRAMME (ÉCART-TYPE)	MOYENNE POST-PROGRAMME (ÉCART-TYPE)	IMPORT. STAT. P	AE	MOYENNE AVANT LE PROGRAMME (ÉCART-TYPE)	MOYENNE POST-PROGRAMME (ÉCART-TYPE)	IMPORT. STAT. P	AE	MOYENNE AVANT LE PROGRAMME (ÉCART-TYPE)	MOYENNE POST-PROGRAMME (ÉCART-TYPE)	IMPORT. STAT. P	AE	MOYENNE AVANT LE PROGRAMME (ÉCART-TYPE)	MOYENNE POST-PROGRAMME (ÉCART-TYPE)	IMPORT. STAT. P	AE	
Les principales fonctions du conseil d'administration liées à la qualité et à la sécurité des patients	5,53 (1,13)	6,26 (0,81)	0,00*	0,75	6,13 (0,84)	6,47 (0,57)	0,11	0,46	5,86 (0,83)	6 (0,84)	0,59	0,16	5,27 (1,13)	6,14 (0,80)	0,02**	0,86	
Le rôle du conseil d'administration lié aux pratiques de gouvernance efficace pour assurer la qualité et la sécurité des patients	5,59 (1,01)	6,32 (0,78)	0,00*	0,81	5,76 (0,99)	6,78 (0,42)	0,00*	1,33	5,34 (1,40)	5,73 (1,23)	0,24	0,28	4,62 (1,22)	5,71 (1,14)	0,11	0,92	
Les compétences et les connaissances requises du conseil d'administration	4,6 (1,46)	6,07 (0,95)	0,00*	1,18	5,22 (1,32)	6,23 (0,81)	0,00*	0,97	4,78 (0,97)	5,87 (1,11)	0,00*	1,04	3,74 (0,96)	6,36 (0,81)	0,00*	2,93	
Le rôle du conseil d'administration dans la création et le maintien d'une culture de la qualité et de la sécurité des patients	5,11 (1,33)	5,96 (0,83)	0,00*	0,76	5,16 (1,37)	6,09 (0,87)	0,00*	0,8	5,27 (1,09)	5,74 (0,82)	0,02**	0,48	4,07 (1,02)	5,82 (0,93)	0,00*	1,78	
Le rôle du conseil d'administration dans l'établissement de liens avec le PDG	6,15 (1,07)	6,31 (1,01)	0,22	0,15	6,5 (0,67)	6,22 (0,80)	0,15	-0,44	6,03 (0,89)	6,14 (0,76)	0,62	0,13	4,85 (1,40)	6,15 (0,55)	0,015**	1,75	
Le rôle du conseil d'administration dans le choix et le suivi de l'information pertinente	5,46 (1,32)	6,03 (0,98)	0,00*	0,52	5,46 (0,83)	6,49 (0,72)	0,00*	0,94	5,56 (1,28)	5,98 (0,77)	0,2	0,43	4,74 (1,36)	6,04 (0,72)	0,015**	1,18	
Le rôle du conseil d'administration dans le choix et le suivi des indicateurs d'évaluation	5,32 (1,33)	6,2 (0,86)	0,00*	0,76	5,64 (0,83)	6,3 (0,62)	0,00*	0,87	5,42 (1,14)	6 (0,71)	0,064	0,56	4,4 (0,93)	6,14 (0,77)	0,00*	2,04	
Le rôle du conseil d'administration dans la création et la mise en œuvre du plan sur la qualité	4,85 (1,4)	5,73 (1,07)	0,00*	0,71	5,31 (1,34)	5,77 (1,03)	0,03**	0,38	5,2 (1,21)	5,87 (0,73)	0,00*	0,67	4,62 (0,96)	5,6 (1,05)	0,00*	0,97	
Comment la Loi sur l'excellence des soins pour tous appuie le travail du conseil d'administration	5,1 (1,27)	6,1 (0,82)	0,00*	0,89	5,63 (0,83)	6,13 (0,76)	0,00*	0,62	5,53 (1,16)	5,92 (1,18)	0,21	0,33	4,51 (1,27)	5,93 (0,84)	0,00*	1,31	
	4,97 (1,35)	5,9 (0,96)	0,00**	0,79	5,78 (0,83)	6,44 (0,73)	0,02**	0,85	5,36 (0,74)	6,07 (0,83)	0,00*	1,31	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	

* P < 0,01; ** P < 0,05;

† Sauf pour les questions 5 (n = 22) et 10 (n = 9); ~ Sauf pour la question 10 (n = 4); ‡ Sauf pour la question 10 (n = 1).

Dans tous les groupes professionnels, à l'exception de ceux de la catégorie « autre », aucune augmentation significative des connaissances n'a été observée pour ce qui est du rôle du conseil d'administration dans l'établissement de relations avec le PDG. Néanmoins, il est intéressant de noter une légère modification dans les connaissances des PDG concernant cet aspect du programme. Il s'agit peut-être d'un « effet de halo » chez les PDG qui, dès le début du programme, avaient le sentiment d'en connaître déjà beaucoup sur cette question. L'acquisition de connaissances serait la plus importante parmi les « autres » dans tous les domaines, sauf en ce qui a trait au rôle du conseil d'administration lié aux pratiques efficaces en matière de qualité et de sécurité des patients (ampleur de l'effet : 0,86 à 2,93). Il ne faut pas s'en étonner puisque ces participants, dont le travail n'est sans doute pas lié directement à la gouvernance et à la qualité, sont ceux dont la moyenne des connaissances était la plus faible avant le programme dans tous les domaines rattachés à la qualité et à la sécurité des patients qui ont été évalués.

Une analyse de variance comparant l'importance des changements au chapitre des connaissances soulignés par les divers groupes professionnels révèle qu'il existe deux différences considérables entre la catégorie « autre » et les trois autres groupes professionnels qui ont suivi le programme éducatif. Cela signifie qu'à la fin de la formation, on observait une différence sensiblement importante dans l'amélioration des connaissances entre les participants de la catégorie « autre » et les trois autres groupes professionnels dans les deux domaines suivants :

- 1) les compétences et les connaissances requises du conseil d'administration;
- 2) le rôle du conseil d'administration dans l'établissement de relations avec le PDG.

De plus, on a noté une différence significative entre la catégorie « autre » et les cadres responsables de la qualité et de la sécurité des patients en ce qui concerne le rôle du conseil d'administration dans la création et le maintien d'une culture de la qualité et de la sécurité des patients.

Lors du sondage post-programme, les participants ont aussi été invités à faire part de leurs intentions d'adopter ou d'utiliser concrètement les connaissances, les pratiques, les ressources ou les outils acquis au cours de la formation. Des 268 participants qui ont rempli le questionnaire après le programme, 213 (79,4 p. 100) ont dit avoir l'intention de mettre en application les connaissances ou d'utiliser les documents et les ressources fournis dans le cadre du programme, en particulier ceux qu'ils considéraient comme pratiques (les tableaux sur l'échantillonnage, les exemples de plans sur la qualité et la sécurité des patients, la boîte à outils, l'analyse des écarts, les études de cas, etc.).

Par ailleurs, 143 (53,7 p. 100) répondants ont fourni un énoncé qualitatif indiquant à quelles fins ils comptaient utiliser leurs connaissances et les documents obtenus au cours de la formation (voir le tableau 3). Dans l'ensemble, ces commentaires montrent que les participants entendent mettre à profit diverses ressources du programme pour amorcer au sein de leur établissement de santé d'importants changements nécessaires à l'amélioration de la qualité et de la sécurité. C'est donc dire que le programme a su offrir aux participants l'information, les idées et la documentation voulues pour répondre aux différents besoins de leurs organismes de santé respectifs en vue d'améliorer la qualité.

TABLEAU 3 : RÉTROACTION QUALITATIVE SUR L'UTILISATION DES CONNAISSANCES ET DES RESSOURCES ACQUISES DANS LE CADRE DU PROGRAMME

DOMAINE D'APPLICATION	CITATIONS DES PARTICIPANTS
Élaboration et conception de plans, de structures et de processus pour assurer la qualité et la sécurité des patients (n = 63)	<ul style="list-style-type: none"> • Chacun des éléments fait partie intégrante de l'ensemble. Tous doivent être intégrés à notre plan stratégique et aux protocoles sur la qualité et la sécurité des patients. • [Je prévois] la création d'un Comité sur la qualité des services de santé et la sécurité des patients.
Participation du conseil d'administration (n = 40)	<ul style="list-style-type: none"> • [Je compte] faire valoir auprès de mes collègues du conseil d'administration l'importance de poser des questions sur la qualité et la sécurité. • [J'envisage] de recentrer le conseil d'administration sur ses responsabilités à l'égard de la qualité et de la sécurité au sein de l'organisme.
Évaluation du rendement (n = 29)	<ul style="list-style-type: none"> • Utilisation de tableaux pour identifier les indicateurs importants pour le PDG et le conseil d'administration. • Suivi régulier des indicateurs de qualité.
Programmes éducatifs à l'intention des conseils d'administration (n = 18)	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir une « séance d'information » dans le cadre de chaque réunion. • Préparation de manière cohérente de la planification de la relève, de l'orientation et du programme d'éducation à l'intention des nouveaux membres du conseil d'administration.
Formation continue (n = 17)	<ul style="list-style-type: none"> • Je compte trouver et lire certains des livres dont on nous a parlé. • Examen éventuel, à l'intention des membres du conseil, de la boîte à outils et de l'information présentées.

Utilité et processus du programme Gouvernance efficace

Après la formation, 268 participants ont rempli le questionnaire du sondage post-programme (taux de réponse : 48,1 p. 100). Au total, 154 répondants étaient membres d'un conseil d'administration (57,5 p. 100), 38 occupaient un poste de PDG (14,2 p. 100), 398 autres étaient des cadres responsables de la qualité et de la sécurité des patients (14,2 p. 100), alors que 28 se rangeaient dans la catégorie « autre » (10,4 p. 100). Dix répondants ont omis de fournir de l'information sur leurs activités professionnelles.

Éléments les plus utiles du programme : Deux questions du sondage post-programme portaient sur l'utilité des séances de formation du programme. Lorsqu'on leur a demandé quelle séance en particulier leur avait paru le plus utile (n=216), 51 répondants ont indiqué que toutes les séances de formation avaient été utiles. Pour d'autres, c'est la rétroaction d'autres organismes de santé et la possibilité de connaître le point de vue des patients (n=69) qui ont été les éléments les plus utiles. Les répondants ont apprécié en particulier la présentation d'études de cas et le partage d'outils offerts par d'autres établissements puisqu'ils avaient ainsi l'occasion non seulement d'en apprendre davantage sur la mise en œuvre des mesures en situation réelle, mais aussi d'avoir des exemples concrets qui ont grandement contribué au succès des démarches pour améliorer la qualité.

Comme l'illustrent les commentaires de certains répondants, ce sont précisément ces éléments du programme qui peuvent influencer sur les futures activités professionnelles des participants, dans un sens ou dans l'autre, sur le plan de l'amélioration de la qualité au sein de leur organisme.

« Il m'a semblé utile que l'on demande au groupe quelles questions il fallait poser lors d'une réunion du conseil dans une situation donnée. Je commence à comprendre que les membres du conseil devraient s'assurer que les processus nécessaires à la résolution du problème ont été mis en place plutôt que de demander des précisions sur les mesures qui ont été prises pour résoudre un problème. » (Citation d'un participant)

« J'étais hanté par la vision d'un famille composée d'un père et de deux petits enfants, assis autour d'une table, et par le récit des raisons de l'absence de la mère. En donnant un visage humain à la question de la sécurité des patients, cette narration a mis en relief l'urgence de l'enjeu et m'a fait prendre conscience de la nécessité de demeurer sans cesse vigilants dans les rôles que nous sommes appelés à jouer au sein du système de santé. » (Citation d'un participant)

La possibilité d'obtenir la rétroaction du groupe et de prendre part à des débats ainsi qu'à des travaux en petits groupes sont d'autres éléments du programme qui ont été utiles pour les répondants (n=31). Les participants ont apprécié ces méthodes de formation, car elles offrent de nouveaux moyens d'apprendre de l'expérience d'autres participants et de nouveaux endroits où obtenir de la rétroaction sur leurs plans d'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients.

Éléments les moins utiles du programme : Lorsqu'on leur a demandé quelle séance en particulier leur avait paru le moins utile (n=120), 41 participants au sondage ont répondu qu'aucune séance ne leur avait paru inutile. Il n'y avait pas non plus de consensus parmi les 79 autres répondants au sujet de la séance ou de l'aspect du programme le moins utile. Toutefois, plusieurs participants (n=18) étaient d'avis que certaines séances et présentations insistaient trop sur les études et l'information de fond, soustrayant ainsi du temps qui aurait pu être consacré aux débats et à l'application des connaissances et des compétences. Ils estimaient, par exemple, que le contenu des séances d'ouverture traitant de l'importance de la qualité et de la sécurité des patients était trop « aride » ou « répétitif », bon nombre des membres de conseils d'administration et de cadres étant déjà conscients de l'importance de ces enjeux :

« Les séances d'ouverture – la qualité et la sécurité sont au cœur de nos préoccupations depuis déjà un certain temps et ces séances nous semblent superflues étant donné notre degré de conscience et d'action. » (Citation d'un participant)

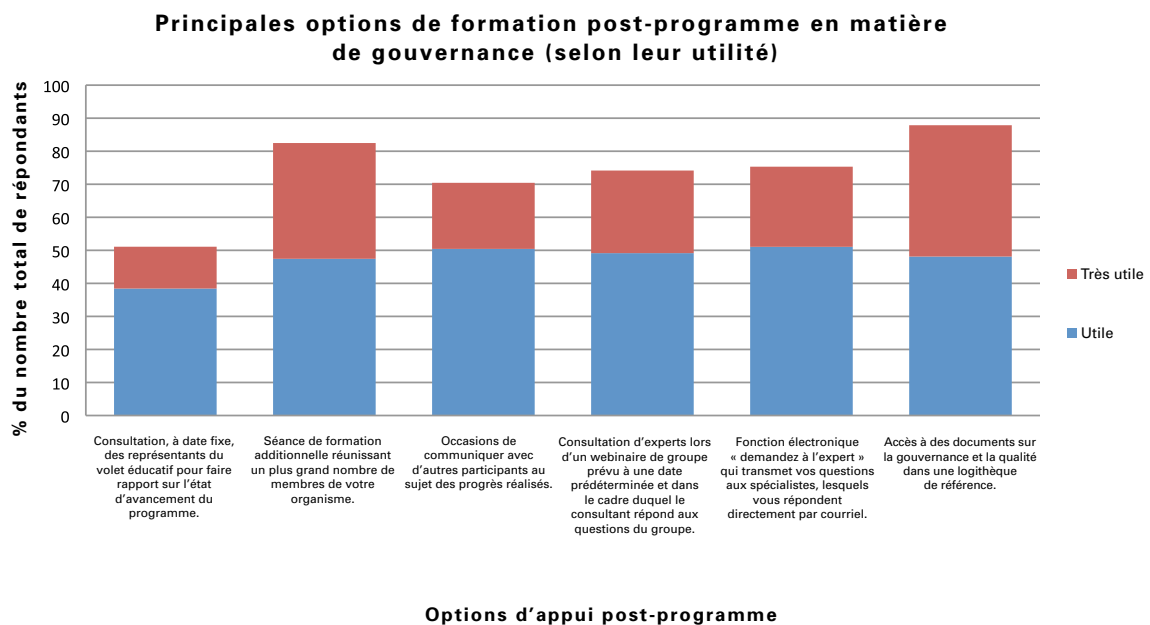
« Je ne suis pas sûr que cela ait été une très bonne manière de commencer. Ces propos ignorent le fait que, bien que la qualité et la sécurité en milieu hospitalier ne soient pas parfaites, nous y travaillons depuis les vingt dernières années. Qui plus est, tous ceux et celles qui sont présents dans cette salle participent de près à l'amélioration de la qualité et à l'application de la Loi sur l'excellence des soins pour tous. » (Citation d'un participant)

Améliorations proposées : Au total, 142 répondants ont émis des commentaires sur les moyens d'améliorer le processus et le format du programme Gouvernance efficace. Les principaux thèmes émanant de ces commentaires ont trait au mode de présentation et au contenu (n=78), à la structure du programme (n=50) ainsi qu'aux salles de réunion et aux documents audiovisuels (n=11). Pour ce qui est du mode de présentation et du contenu, la plupart des remarques déploraient la lourdeur des exposés (didactiques), laissant peu de place à la réflexion et aux discussions sur les présentations. Cette observation faisait écho aux rétroactions qualitatives susmentionnées selon lesquelles les participants apprécient les séances

qui portent principalement sur les applications pratiques. De plus, certains répondants ont dit douter de la pertinence du contenu, donnant à entendre qu'il serait préférable d'utiliser des études de cas mieux adaptées et des exemples de petits hôpitaux et d'organismes de santé communautaires. Quant à la structure du programme, la majorité des répondants (n=36) étaient d'avis que les séances étaient trop longues et fournissaient trop d'information. Les propositions pour l'amélioration du programme n'allaient pas toutes dans le même sens, cependant. Alors que certains suggéraient d'allonger les cours et de les donner sur deux jours, d'autres préféreraient des présentations plus brèves et recevoir l'information à l'avance.

Appui post-programme : Le sondage post-programme a servi également à déterminer le type d'appui qui, de l'avis des membres des conseils d'administration et des cadres supérieurs, pourrait être le plus profitable à leurs établissements. Cette question ne permet pas uniquement de cataloguer les intérêts des membres des conseils d'administration et des dirigeants des trois provinces où le programme a été offert, mais fournit à la FCRSS et à ses partenaires une rétroinformation concrète sur le soutien continu à apporter aux conseils d'administration et aux dirigeants des services de santé tant sur le plan de la formation que de la participation à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients.

FIGURE 1 : RÉSULTATS DU SONDAGE MENÉ APRÈS LA FIN DU PROGRAMME SUR LES OPTIONS DE FORMATION ET L'APPUI POST-PROGRAMME LES PLUS UTILES AUX CONSEILS D'ADMINISTRATION EN MATIÈRE DE GOUVERNANCE



Dans l'ensemble, les résultats du sondage post-programme font état du vif intérêt des conseils et des cadres pour les activités d'appui traditionnelles telles que l'ajout d'une séance de formation réunissant un plus grand nombre de membres de leurs organismes et l'accès à des documents sur la gouvernance et la qualité dans une logithèque de référence (voir la figure 1). Pour 83 p. 100 et 88 p. 100 des répondants, respectivement, ces activités étaient « utiles » ou « très utiles ». En outre, 75 p. 100 des répondants estimaient « utiles » ou « très utiles » des moyens d'appui post-programme plus interactifs comme une fonction électronique « demandez à l'expert » qui transmet les questions des membres des conseils et des dirigeants aux spécialistes, lesquels répondent directement par courriel, et la consultation d'experts lors d'un webinaire de groupe prévu à une date prédéterminée et dans le cadre duquel le consultant répond aux questions du groupe.

En revanche, une activité post-programme qui exige plus de temps (la consultation, à date fixe, de représentants du volet éducatif pour faire rapport sur l'état d'avancement du programme, par exemple), était manifestement l'option la moins populaire, seulement 51 p. 100 des répondants étant d'avis qu'elle pouvait être « utile » ou « très utile ». Cela s'explique sans doute par la conviction des membres des conseils et des cadres supérieurs que cette activité est celle qui contribuerait le moins à leur perfectionnement professionnel, c'est-à-dire qu'elle n'aurait pas pour effet d'augmenter leurs connaissances et leurs compétences en matière de qualité et de sécurité des patients.

Volonté de payer pour des activités d'appui post-programme : Afin d'évaluer l'importance qu'accordent les membres des conseils d'administration et les dirigeants à l'appui post-programme, nous avons demandé aux participants de répondre par « oui » ou « non » à la question de savoir si, théoriquement, ils accepteraient de payer pour six activités proposées. Ces activités sont les suivantes : 1) consultation, à date fixe, des représentants du volet éducatif pour faire rapport sur l'état d'avancement du programme; 2) séance de formation additionnelle réunissant un plus grand nombre de membres de leur organisme; 3) occasions de communiquer avec d'autres participants au sujet des progrès réalisés; 4) consultation d'experts lors d'un webinaire de groupe prévu à une date prédéterminée et dans le cadre duquel le consultant répond aux questions du groupe; 5) fonction électronique « demandez à l'expert » qui transmet leurs questions aux spécialistes, lesquels leur répondent directement par courriel; 6) accès à des documents sur la gouvernance et la qualité dans une logithèque de référence.

L'analyse descriptive révèle qu'un faible pourcentage de répondants sont disposés à payer pour n'importe laquelle des six activités post-programme proposées. L'ajout d'une séance de formation additionnelle réunissant un plus grand nombre de membres de leur établissement est l'option pour laquelle les participants paieraient le plus volontiers (47 des 91 répondants, soit 51,65 p. 100). Au total, 33 répondants sur 86 (38,4 p. 100) paieraient pour avoir l'occasion de consulter un expert lors d'un webinaire; 30 sur 86 (34,8 p. 100) sont prêts à payer pour avoir accès à des documents sur la gouvernance et la qualité dans une logithèque de référence; et 22 répondants sur 80 (27,5 p. 100) accepteraient de payer pour une fonction électronique « demandez à l'expert ». La consultation, à date fixe, des représentants du volet éducatif en vue de faire rapport sur l'état d'avancement du programme et la possibilité de communiquer avec d'autres participants au sujet des progrès réalisés sont les options les moins privilégiées par les répondants, 93 p. 100 indiquant qu'ils refuseraient de payer pour ces activités.

Afin de déterminer les facteurs influant sur la volonté de payer pour l'appui post-programme, nous avons effectué une analyse de régression de chacune des réponses aux six questions en tenant compte de trois caractéristiques des participants : le lieu (la Saskatchewan, le Manitoba et l'Ontario); l'affiliation institutionnelle (hôpital, organisme de prestation des services de santé sans but lucratif, office régional de la santé et « autre »); et le rôle professionnel (membre du conseil d'administration, PDG, cadre responsable de la qualité et de la sécurité, autre). Toutes les variables explicatives ont été intégrées à l'analyse de régression logistique binaire en tant que variables nominales.

Les résultats révèlent que le lieu n'exerce pas une influence statistiquement significative sur la volonté de payer pour n'importe laquelle des six activités post-programme proposées. Toutefois, le milieu organisationnel des répondants constitue une importante variable prédictive positive dans deux équations de régression. S'agissant des répondants provenant d'un établissement hospitalier, l'affiliation à un « autre » organisme augmente les probabilités de payer pour une fonction électronique « demandez à l'expert » d'un facteur de 23,7 ($p < 0,02$), comme c'est le cas de l'ajout d'une séance de formation réunissant un plus grand nombre de membres de leur organisme (RIA = 1,7; $p < 0,09$). L'analyse de régression démontre aussi que les PDG sont 8,4 fois plus disposés à payer pour la consultation, à date fixe, des représentants du volet éducatif afin de faire rapport sur

l'état d'avancement du programme que les membres des conseils d'administration ($p < 0,10$). De plus, les PDG sont 5,2 fois plus nombreux à accepter de payer pour avoir accès à des documents sur la gouvernance et la qualité dans une logithèque de référence que les membres des conseils d'administration ($p < 0,03$). Le lieu, le rôle professionnel et l'affiliation institutionnelle sont d'importantes variables prédictives de la volonté de payer pour chacune des activités d'appui post-programme suivantes : la possibilité de communiquer avec d'autres participants au sujet des progrès réalisés et la consultation d'experts lors d'un webinaire de groupe.

LIMITES DE LA MÉTHODOLOGIE

Il faut souligner que la présente évaluation comporte plusieurs limites. Les données recueillies sont fondées sur l'auto-évaluation des participants, de sorte qu'elles peuvent être entachées de biais tels que la désirabilité sociale et l'interprétation des réponses. En outre, étant donné que la conception de l'évaluation avant-après ne prévoyait pas de groupe témoin, nous ne pouvons tenir compte de la possibilité d'autres variables confusionnelles. Une autre limite importante a trait au faible taux de réponse aux sondages menés avant et avant le programme qui peut introduire un biais de sélection dans l'évaluation en éliminant environ 70 p. 100 des participants au programme Gouvernance efficace. Par ailleurs, le faible taux de réponse exclut la généralisation des résultats sur l'efficacité de l'évaluation.

Il faut rappeler en outre que nous n'avons pas réalisé un sondage portant officiellement sur la volonté de payer; le sondage post-programme n'a pas été élaboré dans l'intention d'effectuer une analyse économétrique des déterminants possibles de la volonté de payer pour diverses activités d'appui post-programme. Le taux de réponse aux questions sur la volonté de payer est très faible, mais cela ne signifie pas nécessairement qu'il est inutile d'investir dans de telles activités. Ce faible taux de réponse est attribuable à la piètre formulation de la question. Comme les commentaires spontanés sur les questions ouvertes le donnent à entendre, il était difficile pour les participants de répondre aux questions sur la volonté de payer en partie parce que le coût éventuel des activités n'était pas précisé. De plus, certains participants estimaient qu'ils n'étaient pas autorisés à répondre à de telles questions avant d'avoir consulté les autres membres du conseil d'administration de leur organisme. Leurs commentaires sont étayés par les résultats indiquant que les PDG accepteraient plus volontiers de payer pour certaines activités post-programme.

Par conséquent, l'évaluation du programme n'a pas permis l'exploration exhaustive de tous les facteurs influant sur la volonté des membres du conseil d'administration et des cadres supérieurs de payer pour les activités d'appui post-programme. Elle a cependant fourni une méthodologie pour la réalisation d'une évaluation plus approfondie et de plus grande envergure donnant lieu à des recommandations, en particulier en ce qui concerne d'éventuels marchés cibles que pourraient viser d'autres domaines de programme de la FCRSS.

RECOMMANDATIONS ET CONCLUSIONS

La comparaison des réponses aux sondages menés avant et après le programme démontre qu'en participant à ce programme éclairé par les données probantes, les membres des conseils d'administration et les cadres supérieurs ont pu améliorer leurs connaissances et leurs compétences autoévaluées sur les facteurs favorisant la qualité des services de santé et la sécurité des patients. De plus, les données avant-après font état d'une augmentation notable des connaissances quant au rôle du conseil d'administration dans l'établissement de relations avec le PDG de l'organisme. Il pourrait être avantageux d'élaborer un programme plus intégré qui puisse aider les membres des conseils d'administration et les dirigeants à mieux saisir l'importance de comprendre en quoi consiste l'ensemble des facteurs favorisant l'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients. Il existe aussi des différences en ce qui a trait à l'autoévaluation de l'amélioration des connaissances entre les groupes professionnels suivant la formation dans certains domaines du programme. Ces écarts indiquent qu'il faudrait améliorer certains aspects du programme afin de mieux répondre aux besoins en matière d'information et de connaissances des divers intervenants œuvrant à l'amélioration de la gouvernance et de la qualité au sein de leur organisme. D'un autre côté, il serait profitable à certains groupes professionnels (surtout les cadres responsables de la qualité et de la sécurité des patients) de suivre d'autres formations sur la gouvernance et le leadership dans le domaine de la qualité et de la sécurité des patients. Les résultats de nouvelles études sur la qualité et le rendement d'organismes de santé au Canada corroborent cette affirmation^{13, 14}.

Selon la rétroaction qualitative, les principaux atouts du programme Gouvernance efficace tiennent au partage des expériences et d'outils entre les divers organismes de santé, aux narrations des patients ainsi qu'aux groupes de discussion. Cependant, les limites ont trait surtout aux trop rares possibilités d'application pratique des connaissances et des compétences acquises par les participants. Il a été signalé également que le volet éducatif du programme profiterait d'une meilleure contextualisation.

Il est primordial de reconnaître que l'amélioration des connaissances et des compétences constitue un piètre indicateur de l'impact durable du programme Gouvernance efficace. Les participants ont affirmé avoir pour seule intention de mettre à profit les connaissances, les compétences, les ressources et les outils acquis dans le cadre du programme dans différents domaines, en particulier pour mettre en place au sein de leur établissement des structures et des processus d'amélioration de la qualité et de la sécurité des patients ou parfaire ceux qui existent déjà. À la lumière de ces constatations, le programme Gouvernance efficace profiterait d'une évaluation de suivi afin de déterminer si les conseils d'administration et les dirigeants ont veillé à la mise en œuvre de changements positifs sur le plan des connaissances et des compétences et si ces changements ont permis d'améliorer la gouvernance et le rendement de l'établissement en matière de qualité et de sécurité des patients et, en dernière analyse, les résultats pour la santé des patients.

ANNEXE A : SONDAGE RÉALISÉ AVANT LE PROGRAMME [EN ANGLAIS SEULEMENT]

Pre-Program Survey

Information is collected for the purposes of improving program delivery and enhancing our understanding of participant knowledge.

NAME: _____

Organization: _____

Check the circle that best describes your current role:

Board Member CEO Quality and patient safety executive lead Other _____

On a scale from 1 to 7, where 1 is strongly disagree and 7 is strongly agree, please circle the number indicating your level of agreement with the following statements.

TO SUPPORT EFFECTIVE GOVERNANCE FOR QUALITY AND PATIENT SAFETY, I HAVE A CLEAR UNDERSTANDING OF:	STRONGLY DISAGREE	DISAGREE	SOME-WHAT DISAGREE	NEITHER AGREE NOR DISAGREE	SOME-WHAT AGREE	AGREE	STRONGLY AGREE
1. The board's core functions related to quality and patient safety.	1	2	3	4	5	6	7
2. The board's roles related to effective governance practices for quality and patient safety.	1	2	3	4	5	6	7
3. The board's required skills and knowledge.	1	2	3	4	5	6	7
4. The board's role in developing and maintaining a culture of quality and patient safety.	1	2	3	4	5	6	7
5. The board's role in building relationships with the CEO.	1	2	3	4	5	6	7
6. The board's role in building relationships with the clinical leadership.	1	2	3	4	5	6	7
7. The board's role in selecting and monitoring appropriate information	1	2	3	4	5	6	7
8. The board's role in selecting and monitoring appropriate measurement indicators.	1	2	3	4	5	6	7
9. The board's role in the creation and execution of the quality plan.	1	2	3	4	5	6	7
10. How the Excellent Care for All Act (ECFAA) supports the work of the board	1	2	3	4	5	6	7

THANK YOU!

ANNEXE B : SONDAGE POST-PROGRAMME [EN ANGLAIS SEULEMENT]

Post-Program Survey

Information is collected for the purposes of improving program delivery and enhancing our understanding of participant knowledge.

NAME: _____

Organization: _____

Check the circle that best describes your current role:

Board Member CEO Quality and patient safety executive lead Other _____

On a scale from 1 to 7, where 1 is strongly disagree and 7 is strongly agree, please circle the number indicating your level of agreement with the following statements.

TO SUPPORT EFFECTIVE GOVERNANCE FOR QUALITY AND PATIENT SAFETY, I HAVE A CLEAR UNDERSTANDING OF:	STRONGLY DISAGREE	DISAGREE	SOME-WHAT DISAGREE	NEITHER AGREE NOR DISAGREE	SOME-WHAT AGREE	AGREE	STRONGLY AGREE
1. The board's core functions related to quality and patient safety.	1	2	3	4	5	6	7
2. The board's roles related to effective governance practices for quality and patient safety.	1	2	3	4	5	6	7
3. The board's required skills and knowledge.	1	2	3	4	5	6	7
4. The board's role in developing and maintaining a culture of quality and patient safety.	1	2	3	4	5	6	7
5. The board's role in building relationships with the CEO.	1	2	3	4	5	6	7
6. The board's role in building relationships with the clinical leadership.	1	2	3	4	5	6	7
7. The board's role in selecting and monitoring appropriate information	1	2	3	4	5	6	7
8. The board's role in selecting and monitoring appropriate measurement indicators.	1	2	3	4	5	6	7
9. The board's role in the creation and execution of the quality plan.	1	2	3	4	5	6	7
10. How the Excellent Care for All Act (ECFAA) supports the work of the board	1	2	3	4	5	6	7

11. What knowledge, practices or related tools learned during the training do you envision applying or adopting?

12. Which session did you find most useful at today's event? Please explain.

13. Which session did you find least useful at today's event? Please explain.

14. Were there any particular aspects related to the design or delivery of this training session that you feel could be improved?

15. Is there anything that you would like to have seen at today's training session, but did not?

POST-PROGRAM SUPPORT

We would like your thoughts on what kinds of post-session activities might help you make changes at your organization. On a scale from 1 to 5, where 1 is useless and 5 is very useful, please rate the potential usefulness of the following post-session activities in supporting change in your organization.

	USELESS	NOT VERY USEFUL	NO OPINION	USEFUL	VERY USEFUL
16. Scheduled check-ins with the education program representatives to report on progress.	1	2	3	4	5
17. An additional education session with more members of your organization.	1	2	3	4	5
18. Opportunities to communicate with other participants about their progress.	1	2	3	4	5
19. Access to expert consultation through a scheduled group webinar where the consultant addresses questions posed by the group.	1	2	3	4	5
20. Electronic "ask an expert" function that links your questions to experts, who answer directly by e-mail.	1	2	3	4	5
21. Access to governance- and quality-related documents through a web-based repository.	1	2	3	4	5

22. Which particular activities listed above (16-21) would you be willing to pay for?

23. Are there any other activities that your organization might find useful in supporting change?

THANK YOU!

RÉFÉRENCES

- 1 Davies, M., (2010), « A wake-up call for healthcare boards », *Healthcare Quarterly*, vol. 13, n° 1, p. 37.
- 2 Baker, G. R., Denis, J.-L., Pomey, M.-P. et A. MacIntosh-Murray, (2010), *Une gouvernance efficace pour la qualité et la sécurité des patients dans les organismes de santé au Canada – Rapport présenté à la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et à l’Institut canadien pour la sécurité des patients*. Extrait de http://www.fcrrs.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/11505_Baker_rpt_fr_FINAL.pdf
- 3 Baker, G. R., Norton, P. G., Flintoft, V. et coll., (2004), « Canadian adverse events study: The incidence of adverse events among hospital patients in Canada », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 170, n° 11, p. 1678-1686.
- 4 Wong, J. et H. Beglaryan, (2004), *Strategies for hospitals to improve patient safety: A review of the research*, Toronto (Ontario), The Change Foundation. Extrait de http://www.caphc.org/documents_programs/patient_safety/patient_safety_2004.pdf
- 5 Barclay, K., (2010), « Effective governance: Helping boards acquire, adapt, and apply evidence to improve quality and patient safety », *Healthcare Quarterly*, vol. 13, n° 4, p. 14-15.
- 6 Baker, G. R., Denis, J.-L., Pomey, M.-P. et A. MacIntosh-Murray, (2010), *op. cit.*
- 7 Institut canadien pour la sécurité des patients, (2010), *Gouvernance efficace pour assurer la qualité et la sécurité des patients : Trousse à outils à l’intention des membres de conseils d’administration et des cadres supérieurs d’organismes de santé*, Edmonton (Alberta), Comité directeur sur la gouvernance pour la qualité et la sécurité des patients. <http://www.patientsafetyinstitute.ca/french/toolsresources/governancepatientsafety/pages/default.aspx>
- 8 Baker, G. R., Denis, J.-L., Pomey, M.-P. et A. MacIntosh-Murray, (2010), *op. cit.*
- 9 Gouvernement de l’Ontario, (2010), *Loi sur l’excellence des soins pour tous*, Toronto (Ontario). Extrait de http://www.health.gov.on.ca/fr/legislation/excellent_care/
- 10 Institut canadien pour la sécurité des patients, (2010), *op. cit.*
- 11 StataCorp, (2007), *Stata Statistical Software: Release 10*, College Station, TX: StataCorp LP.
- 12 Cohen, J., (1988), *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2^e éd.), Hillsdale (N.J.), Lawrence Erlbaum Associates.
- 13 Sullivan, T., Ashbury, D. F., Pun, J., Pitt, M. B., Stipich, N. et J. Neeson, (2011), « Responsibility for Canada’s healthcare quality agenda: Interviews with Canadian health leaders », *Healthcare Papers*, vol. 11, n° 3, p. 10-21.
- 14 PricewaterhouseCoopers, (2011), *Sondage sur le leadership en amélioration du rendement de la qualité dans le domaine de la santé* (Rapport final). Extrait de http://www.chsrf.ca/Libraries/CEO_Forum_files/National_Health_Leadership_Survey_on_Performance_and_Quality_Improvement_-_French_-_Feb_17_2011.sflb.ashx