

Qualité des services de santé Ontario

Le conseiller de la province en matière de qualité des soins de
santé

Caractéristiques techniques des indicateurs

Plan d'amélioration de la qualité 2018-2019

Publié en novembre 2017

ISSN 2371-6010 (PDF)
ISBN 978-1-4868-1155-7 (PDF)



Table des matières

Introduction : Problèmes de qualité	5
I. Indicateurs pour les hôpitaux	8
Indicateurs prioritaires pour les hôpitaux	8
Nombre d'incidents de violence au travail (total)	8
Taux de réadmission dans les 30 jours, toutes causes confondues, ajusté en fonction des risques, parmi les patients atteints d'insuffisance cardiaque congestive (cohortes utilisées aux fins d'élaboration de procédures fondées sur la qualité)	10
Taux de réadmission dans les 30 jours, toutes causes confondues, ajusté en fonction des risques, parmi les patients atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique (cohortes utilisées aux fins d'élaboration de procédures fondées sur la qualité)	11
Taux de réadmission dans les 30 jours, toutes causes confondues, ajusté en fonction des risques, parmi les patients ayant subi un AVC (cohortes utilisées aux fins d'élaboration de procédures fondées sur la qualité)	12
Taux d'admission dans les hôpitaux pour cause de maladie mentale ou de toxicomanie	13
Expérience des patients : Avez-vous reçu suffisamment de renseignements lorsque vous avez quitté l'hôpital?	17
Soutien à domicile pour les patients des soins palliatifs ayant obtenu leur congé	18
Expérience des patients : Recommanderiez-vous les soins aux patients hospitalisés?	20
Expérience des patients : Recommanderiez-vous le service des urgences?	21
Taux de jours désignés comme autres niveaux de soins	22
Bilan comparatif des médicaments au congé	24
Indicateurs supplémentaires pour les hôpitaux	26
Pourcentage de sommaires de congé envoyés entre l'hôpital et le fournisseur de soins communautaires dans les 48 heures suivant le congé	26
Pourcentage de patients identifiés comme répondant aux critères des maillons santé à qui on a offert l'approche des maillons santé	27
Plaies de pression chez les patients en soins continus complexes	29
Pourcentage de plaintes dont la réception a été confirmée à la personne qui l'a déposée dans les trois à cinq jours ouvrables	30
90 ^e percentile pour la durée du séjour des patients nécessitant des soins complexes	32
Bilan comparatif des médicaments à l'admission	33
Moyens de contention en santé mentale	34
Recours aux antimicrobiens aux soins intensifs – Nombre de jours sans antimicrobiens	35
II. Indicateurs pour les soins primaires	37
Indicateurs prioritaires pour les soins primaires	37
Pourcentage des clients qui ont eu un suivi dans les sept jours suivant leur congé de l'hôpital (CSC)	37
Suivi en temps opportun auprès des patients qui ont obtenu leur congé de l'hôpital, par téléphone ou en personne, par un clinicien, dans les sept jours suivant le congé (pour les patients pour lesquels un avis de mise en congé a été reçu)	38

Expérience des patients : Participation des patients à la prise de décisions au sujet de leurs soins.....	38
Accès en temps voulu à un fournisseur de soins primaires (perception des patients)	40
Autres indicateurs pour les soins primaires.....	42
Taux de réadmission à l'hôpital des patients en soins primaires dans les 30 jours.....	42
Pourcentage de patients identifiés comme répondant aux critères des maillons santé à qui on a offert l'approche des maillons santé	46
Test d'hémoglobine glycosylée (HbA1C)	48
Pourcentage de patients admissibles qui sont en retard pour subir un test de dépistage du cancer colorectal.....	49
Pourcentage de femmes admissibles au dépistage en Ontario, âgées de 21 à 69 ans, qui ont subi au moins un test de Papanicolaou au cours d'une période de 42 mois.	53
Évaluation du risque d'ulcère du pied diabétique	56
Bilan comparatif des médicaments dans le secteur des soins primaires	57
III. Indicateurs pour les soins à domicile	60
Indicateurs prioritaires pour les soins à domicile.....	60
Réadmissions à l'hôpital	60
Consultations aux urgences non prévues	61
En fin de vie, lieu de décès préféré	62
Expérience des clients.....	64
Réception de soins à domicile dans les cinq jours : soutien à la personne ayant des besoins complexes, selon la date de disponibilité du patient.....	66
Réception de soins à domicile dans les cinq jours : visites du personnel infirmier, selon la date de disponibilité du patient	68
Chutes chez les clients en soins de longue durée	70
Indicateurs supplémentaires pour les soins à domicile	72
Pourcentage de patients identifiés comme répondant aux critères des maillons santé à qui on a offert l'approche des maillons santé	72
Pourcentage de plaintes dont la réception a été confirmée à la personne qui l'a déposée dans les deux jours ouvrables	74
Pourcentage des patients dont l'ulcère du pied diabétique s'est refermé dans les 12 semaines.....	75
Éducation et prise en charge autonome en ce qui concerne les plaies	76
IV. Soins de longue durée	78
Indicateurs prioritaires pour les soins de longue durée.....	78
Consultations au service des urgences potentiellement évitables pour les pensionnaires des foyers de soins de longue durée.....	78
Expérience des pensionnaires: Satisfaction globale	79
Expérience des pensionnaires : Faire entendre sa voix.....	81
Expérience des pensionnaires : Pouvoir parler du foyer.....	82
Prescription appropriée des médicaments – Utilisation potentiellement inappropriée des antipsychotiques dans les établissements de soins de longue durée.....	82

Indicateurs supplémentaires pour les soins de longue durée	85
Plaies de pression	85
Pourcentage de plaintes dont la réception a été confirmée à la personne qui l'a déposée dans les six à dix jours ouvrables	86
Chutes.....	88
Utilisation quotidienne de moyens de contention	89
V. Questions à développement.....	92
VI. Abréviations	94

Introduction : Problèmes de qualité

Les indicateurs décrits dans le présent document ont été choisis avec soin par Qualité des services de santé Ontario et un certain nombre de collaborateurs* comme étant représentatifs des problèmes de qualité correspondants. Ces principaux problèmes de qualité rendent compte des priorités propres à l'organisme et au secteur, ainsi que des priorités à l'échelle du système et des priorités en matière de transformation où l'amélioration du rendement dépend de la collaboration avec d'autres secteurs. La concrétisation de changements à l'échelle du système à l'égard de ces problèmes exige que chaque secteur et chaque organisme aient pour priorité l'amélioration de la qualité. Chaque secteur a sa propre liste d'indicateurs prioritaires et d'indicateurs supplémentaires qui mesure le rendement à l'égard de ces principaux problèmes de qualité. Un résumé des problèmes de qualité et des indicateurs pour les PAQ 2018-2019 est présenté à la figure 1.

- Les **indicateurs obligatoires** portent sur des problèmes pour lesquels une amélioration à l'échelle provinciale est urgente. Le rendement relatif à ces problèmes/indicateurs a une incidence directe sur les patients, les résidents et les fournisseurs de soins de santé de la province. Pour réussir à l'augmenter, toutes les organisations d'un même secteur doivent stimuler l'amélioration en faisant de l'indicateur et du problème de qualité associé leur priorité et en participant activement à des activités d'AQ. Les indicateurs obligatoires doivent absolument figurer dans le PAQ de votre organisation. Ceux-ci et les problèmes qu'ils évaluent seront clairement déterminés et transmis par des moyens divers comme des tableaux de PAQ, le navigateur de PAQ, la note annuelle sur les priorités et les documents présentant les nouveautés.
- Réviser les **indicateurs prioritaires** recommandés pour votre secteur et déterminez lesquels s'appliquent à votre organisme. À cette fin, votre organisme doit comparer son rendement actuel aux données et aux points de repère de la province pour tous les indicateurs prioritaires; les organismes qui obtiennent un résultat inadéquat quand on le compare aux moyennes/données de référence provinciales sont vivement encouragés à inclure ces indicateurs dans leur PAQ. Si votre organisme décide de ne pas inclure d'indicateur prioritaire dans son PAQ (p. ex., parce que son rendement atteint ou dépasse déjà le point de repère ou l'objectif théorique idéal), le motif doit être indiqué à la section du plan de travail du PAQ réservée aux commentaires.
- Des **indicateurs supplémentaires** mesurent également des secteurs importants d'amélioration de la qualité et vous pouvez les inclure dans votre PAQ afin de refléter les possibilités et les objectifs particuliers de votre organisme en matière d'amélioration de la qualité.
- Vous pouvez également choisir d'ajouter des **indicateurs sur mesure** afin de tenir compte d'initiatives locales ou modifier les indicateurs existants afin d'être plus cohérent avec les mesures utilisées dans votre organisme.

Nous vous encourageons à passer en revue les problèmes et les indicateurs d'autres secteurs ainsi que le vôtre. Bien que chaque secteur ait son propre ensemble de problèmes et d'indicateurs, un grand nombre de ceux-ci ne peuvent être abordés sans une collaboration avec d'autres organismes. Afin d'appuyer cette idée, les organismes devraient se familiariser avec le travail d'organismes pairs dans l'ensemble de la province ou à celui d'organismes de leur région pour cerner des occasions d'harmonisation ou de collaboration. Pour télécharger un PAQ individuel ou effectuer une recherche dans la base de données des PAQ, veuillez consulter le site Web du navigateur de PAQ (<https://qipnavigator.hqontario.ca/>).

Qualité des services de santé Ontario produit également des rapports sur d'autres indicateurs qui ne sont pas inclus comme indicateurs prioritaires ou indicateurs supplémentaires dans le cadre du programme des PAQ – par exemple, les indicateurs mesurés dans notre rapport annuel, [À la hauteur](#).

Les définitions et les caractéristiques techniques pour tous les indicateurs pour lesquels Qualité des services de santé Ontario produit un rapport sont inclus dans notre [bibliothèque des indicateurs](#). Veuillez noter qu'il convient d'être prudent dans l'interprétation des résultats d'indicateurs qui sont fondés sur de petits nombres (numérateur inférieur à cinq et dénominateur inférieur à 30) en raison d'une possible instabilité des taux ou du risque relatif à la protection des renseignements personnels des patients. C'est pourquoi ces résultats peuvent être supprimés lorsque les données proviennent d'organismes extérieurs (p. ex., ministère de la Santé et des Soins de longue durée, navigateur de PAQ). Pour obtenir de plus amples renseignements sur la suppression de données, veuillez communiquer avec Qualité des services de santé Ontario à l'adresse QIP@HQOntario.ca.

**Qualité des services de santé Ontario remercie les groupes ci-dessous pour leur collaboration à l'identification et à la définition des problèmes et des indicateurs pour les PAQ 2017-2018 : Conseil consultatif des patients, des familles et du public de Qualité des services de santé Ontario; Comité consultatif des plans d'amélioration de la qualité; l'Association of Family Health Teams of Ontario; l'Association des centres de santé de l'Ontario; l'Ontario Long-Term Care Association; l'Ontario Association of Non-Profit Homes & Services for Seniors; l'Association des centres d'accès aux soins communautaires de l'Ontario; l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario; le Réseau des soins palliatifs de l'Ontario; Action Cancer Ontario; l'Institute for Clinical Evaluative Sciences; l'Institut canadien d'information sur la santé; le ministère de la Santé et des Soins de longue durée; et les réseaux locaux d'intégration des services de santé de l'Ontario.*

Figure 1 : Problèmes et indicateurs de qualité pour les PAQ de 2018-2019.

	Issue	Hôpital	Soins primaires	Soins à domicile	Soins de longue durée	
Efficace	Transitions efficaces	<ul style="list-style-type: none"> Réadmission parmi les patients atteints d'insuffisance cardiaque congestive ou de MPOC, ou ayant subi un AVC (PFQ) (P) Réadmission pour cause de maladie mentale ou de toxicomanie (P) Le patient a reçu suffisamment d'information lors de son congé de l'hôpital (P) Sommaires de congé envoyés dans les 48 heures suivant le congé (S) 	<ul style="list-style-type: none"> Suivi dans les 7 jours qui suivent la sortie de l'hôpital (tous fournisseurs) (P) Suivi dans les 7 jours qui suivent la sortie de l'hôpital pour certaines maladies (CSC) (P) Réadmission à l'hôpital pour certaines maladies (S) 	<ul style="list-style-type: none"> Réadmission à l'hôpital (P) Consultations aux urgences non prévues (P) 	<ul style="list-style-type: none"> Consultations aux urgences potentiellement évitables pour des troubles pour lesquels un suivi ambulatoire serait à privilégier (P) 	
	Coordination des soins	<ul style="list-style-type: none"> Déterminer les patients ayant des besoins complexes (maillon santé) (S) 	<ul style="list-style-type: none"> Déterminer les patients ayant des besoins complexes (maillon santé) (S) 	<ul style="list-style-type: none"> Déterminer les patients ayant des besoins complexes (maillon santé) (S) 		
	Traitement de la douleur et utilisation d'opioïdes	<ul style="list-style-type: none"> Section narrative 	<ul style="list-style-type: none"> Section narrative 	<ul style="list-style-type: none"> Section narrative 	<ul style="list-style-type: none"> Section narrative 	<ul style="list-style-type: none"> Section narrative
	Prise en charge des plaies	<ul style="list-style-type: none"> Plaies de pression (S) 	<ul style="list-style-type: none"> Évaluation du risque d'ulcère du pied diabétique (S) 	<ul style="list-style-type: none"> Éducation et prise en charge autonome (S) Ulcères du pied diabétique guéris (S) 	<ul style="list-style-type: none"> Plaie de pression (S) 	
Axé sur les patients	Soins palliatifs	<ul style="list-style-type: none"> Soutien à domicile pour les personnes sorties de l'hôpital en soins palliatifs (P) 		<ul style="list-style-type: none"> Fin de vie, lieu de décès préféré (P) 		
	Expérience des personnes	<ul style="list-style-type: none"> Recommanderiez-vous...? (IP/ED) (P) Temps avant la confirmation de la réception des plaintes (S) 	<ul style="list-style-type: none"> Participation des patients à la prise de décisions au sujet de leurs soins (P) 	<ul style="list-style-type: none"> Expérience des clients (P) Temps avant la confirmation de la réception des plaintes (S) 	<ul style="list-style-type: none"> Expérience des résidents (P) Temps avant la confirmation de la réception des plaintes (S) 	
Efficacité	Accès au bon niveau de soins	<ul style="list-style-type: none"> Section narrative Taux de jours désignés comme autres niveaux de soins (P) 	<ul style="list-style-type: none"> Section narrative 	<ul style="list-style-type: none"> Section narrative 	<ul style="list-style-type: none"> Section narrative 	
Sécurité	Soins sécuritaires / innocuité des médicaments	<ul style="list-style-type: none"> Bilan comparatif des médicaments (congé) (P) Bilan comparatif des médicaments (admission) (S) Moyens de contention en santé mentale (S) Jours sans antibiotiques (service de soins intensifs) (S) 	<ul style="list-style-type: none"> Bilan comparatif des médicaments (S) 	<ul style="list-style-type: none"> Chutes chez les clients en soins de longue durée (P) 	<ul style="list-style-type: none"> Prescription d'antipsychotiques (P) Moyens de contention (S) Chutes (S) 	
	Violence au travail	<ul style="list-style-type: none"> Section narrative Ensemble des incidents de violence au travail (O) 	<ul style="list-style-type: none"> Section narrative 	<ul style="list-style-type: none"> Section narrative 	<ul style="list-style-type: none"> Section narrative 	
Opportunité	Accès en temps opportun aux soins ou aux services:	<ul style="list-style-type: none"> Durée du séjour aux urgences (patients nécessitant des soins complexes) (S) 	<ul style="list-style-type: none"> Accès en temps opportun à des soins primaires (perception du patient) (P) 	<ul style="list-style-type: none"> Temps d'attente pour les soins à domicile (soutien personnel, personnel infirmier) (P) 		
Équité	Santé de la population et questions d'équité	<ul style="list-style-type: none"> Section narrative 	<ul style="list-style-type: none"> Section narrative Test d'hémoglobine glyquée (S) Dépistage du cancer colorectal et du cancer du col de l'utérus (S) 	<ul style="list-style-type: none"> Section narrative 	<ul style="list-style-type: none"> Section narrative 	

Légende : (P) : indicateur prioritaire (O) : indicateur obligatoire (S) : indicateur supplémentaire (PFQ) : indicateur lié aux procédures fondées sur la qualité

I. Indicateurs pour les hôpitaux

Les nouveaux indicateurs sont marqués de l'icône « **NOUVEAU** ».

Indicateurs prioritaires pour les hôpitaux

Nom de l'indicateur NOUVEAU	Nombre d'incidents de violence au travail (total)
Indicateur obligatoire, prioritaire ou supplémentaire?	Obligatoire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	Sécurité
Orientation de l'amélioration	Si votre organisation vise l'instauration d'une culture de signalement, la cible du PAQ pour cet indicateur peut être l'augmentation du nombre d'incidents rapportés. Si la culture de signalement est déjà bien établie dans votre organisation, la cible du PAQ peut être la diminution du nombre d'incidents.
Type	Résultat
Description	Cet indicateur mesure le nombre d'incidents de violence au travail rapportés par des travailleurs du milieu hospitalier (selon la définition de la LSST) sur une période de 12 mois.
Unité de mesure	Nombre d'incidents de violence au travail rapportés par des travailleurs du milieu hospitalier
Méthodes de calcul	Nombre d'incidents de violence au travail rapportés par des travailleurs du milieu hospitalier sur une période de 12 mois Inclusions : Incidents où les termes « travailleur » et « violence au travail » correspondent à leur définition dans la Loi sur la santé et la sécurité au travail (LSST, 2016)
Numérateur	S.O.
Dénominateur	S.O.
Ajustement selon le risque	S.O.
Rendement actuel : période de référence	De janvier à décembre 2017
Source des données	Collecte de données à l'interne Vous pouvez accéder au nombre d'incidents de violence au travail rapportés dans votre organisation par ses mécanismes de rapports internes.
Comment accéder aux données	Les hôpitaux sont encouragés à utiliser les systèmes de signalement internes relatifs aux incidents et à la sécurité des patients pour déterminer le nombre d'incidents de violence au travail qui ont été rapportés.
Commentaires	À des fins d'amélioration de la qualité, on demande aux hôpitaux de recueillir des données sur le nombre d'incidents de violence rapportés par les travailleurs, ce qui comprend les médecins et les travailleurs embauchés par un autre employeur (p. ex., services alimentaires,

sécurité, etc.), selon la définition de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*.

Un travailleur correspond à l'une ou l'autre des personnes suivantes :

- La personne qui exécute un travail ou fournit des services contre rémunération en argent.
- L'élève du secondaire qui exécute un travail ou fournit des services sans rémunération en argent dans le cadre d'un programme d'initiation à la vie professionnelle autorisé par le conseil scolaire dont relève l'école où il est inscrit.
- La personne qui exécute un travail ou fournit des services sans rémunération en argent dans le cadre d'un programme approuvé par un collège d'arts appliqués et de technologie, une université ou un autre établissement postsecondaire.
- La personne qui reçoit une formation d'un employeur, mais qui, aux termes de la *Loi de 2000 sur les normes d'emploi*, n'est pas un employé pour l'application de cette loi du fait que les conditions énoncées au paragraphe 1 (2) de cette loi sont réunies.
- Les autres personnes prescrites qui exécutent un travail ou fournissent des services à un employeur sans rémunération en argent.

La violence au travail est l'emploi par une personne contre un travailleur, dans un lieu de travail, d'une force physique qui lui cause ou pourrait lui causer un préjudice corporel. Elle peut aussi se définir comme :

- la tentative d'employer contre un travailleur, dans un lieu de travail, une force physique qui pourrait lui causer un préjudice corporel;
- les propos ou le comportement qu'un travailleur peut raisonnablement interpréter comme une menace d'employer contre lui, dans un lieu de travail, une force physique qui pourrait lui causer un préjudice corporel.

Pour en savoir plus, consultez les ressources suivantes : elles présentent des pratiques recommandées, des idées de changements, des termes importants, des références, etc.

[Prévention de la violence en milieu de travail dans le secteur des soins de santé](#)

[Termes et concepts importants liés à la violence et au harcèlement au travail \(ministère du Travail\)](#)

Bien que cet indicateur ne se calcule pas avec un dénominateur, on demande aux hôpitaux d'inclure le nombre total d'équivalents temps plein (ETP) travaillés par le personnel dans la section sur les mesures du plan de travail du PAQ. On peut accéder à ce nombre, qui servira dans l'analyse et l'interprétation du PAQ (taille de l'organisation), dans les systèmes d'information sur les ressources humaines de l'hôpital. Par définition, il ne regroupe pas nécessairement tous les « travailleurs » visés par l'indicateur.

	Si le nombre d'incidents est inférieur ou égal à 5, il ne s'affichera pas.
--	--

Nom de l'indicateur	Taux de réadmission dans les 30 jours, toutes causes confondues, ajusté en fonction des risques, parmi les patients atteints d'insuffisance cardiaque congestive (cohortes utilisées aux fins d'élaboration de procédures fondées sur la qualité)
Indicateur obligatoire, prioritaire ou supplémentaire?	Prioritaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	En place
Orientation de l'amélioration	Réduction (taux inférieur)
Type	Résultat
Définition	L'unité de mesure de cet indicateur est une admission unique pour cause d'insuffisance cardiaque congestive, conformément aux procédures fondées sur la qualité (PFQ). Les résultats sont exprimés sous forme de taux de réadmissions non facultatives dans les 30 jours, toutes causes confondues, ajustés en fonction des risques, parmi les patients admis dans des établissements de soins actifs en Ontario.
Unité de mesure	Taux
Méthodes de calcul	Numérateur/dénominateur
Numérateur	Nombre de patients admis atteints d'insuffisance cardiaque congestive qui ont reçu leur congé et ont été réadmis dans les 30 jours.
Dénominateur	Nombre total de congés après une admission de référence à l'hôpital pour insuffisance cardiaque congestive <i>Critères d'inclusions :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Résidents de l'Ontario possédant un numéro de carte Santé valide • Âge ≥ 20 ans • Diagnostic principal d'insuffisance cardiaque congestive <i>Critères d'exclusion :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Cas d'interventions chirurgicales • Dossiers où la date de l'admission ou du congé a été omise • Les dossiers de patients qui ont été transférés dans un autre établissement de soins actifs, qui sont sortis contre l'avis des médecins ou qui sont décédés
Ajustement selon le risque	Âge, sexe, indice de comorbidité de Charlson, maladies analogues, admissions antérieures de patients hospitalisés dans les 30, 60 ou 90 jours à titre d'indicateur général de la complexité de l'état de santé des patients, année civile
Rendement actuel : période de référence	Janvier 2016 à décembre 2016
Source des données	Base de données sur les congés des patients (BDCP). Données fournies à QSSO par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD).
Comment accéder aux données	Accédez aux données de votre organisme concernant la période de référence au moyen du navigateur de PAQ de Qualité des services de santé Ontario . Les données seront accessibles en février 2018.

Commentaires	Cet indicateur offre la possibilité d'intégrer les indicateurs des PFQ au PAQ pour des cohortes particulières utilisées aux fins d'élaboration de PFQ. On s'attend à ce que les hôpitaux songent à inclure l'un des indicateurs de réadmission des PFQ dans leur PAQ, sans nécessairement inclure tous les trois. On recommande aux organismes d'envisager des mesures de processus de PFQ et des idées de changement afin de réduire les réadmissions pour l'un de ces groupes sélectionnés. Les rapports de référence des indicateurs de PFQ peuvent être consultés sur le portail protégé par un mot de passe de la Direction des données sur la santé à l'adresse : https://hsim.health.gov.on.ca/hdbportal/ .

Nom de l'indicateur	Taux de réadmission dans les 30 jours, toutes causes confondues, ajusté en fonction des risques, parmi les patients atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique (cohortes utilisées aux fins d'élaboration de procédures fondées sur la qualité)
Indicateur obligatoire, prioritaire ou supplémentaire?	Prioritaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	En place
Orientation de l'amélioration	Réduction (taux inférieur)
Type	Résultat
Description	L'unité de mesure de cet indicateur est une admission unique pour cause de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), conformément aux procédures fondées sur la qualité (PFQ). Les résultats sont exprimés sous forme de taux de réadmissions non facultatives dans les 30 jours, toutes causes confondues, ajustés en fonction des risques, parmi les patients admis dans des établissements de soins actifs en Ontario.
Unité de mesure	Taux
Méthodes de calcul	Numérateur/dénominateur
Numérateur	Nombre de patients admis atteints de maladie pulmonaire obstructive chronique qui ont reçu leur congé et ont été réadmis dans les 30 jours.
Dénominateur	Nombre total de congés après une admission de référence à l'hôpital pour maladie pulmonaire obstructive chronique. <i>Critères d'inclusions :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Résidents de l'Ontario possédant un numéro de carte Santé valide • Âge ≥ 35 ans • Diagnostic principal de maladie pulmonaire obstructive chronique <i>Critères d'exclusion :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Partition sur les interventions des catégories cliniques principales • Diagnostic principal d'emphysème panlobulaire, d'emphysème centrolobulaire ou de syndrome de McLeod • Date d'admission, date du congé ou âge non indiqué • Les dossiers de patients qui ont été transférés dans un autre établissement de soins actifs, qui sont sortis contre l'avis des médecins ou qui sont décédés
Ajustement selon le risque	Âge, sexe, indice de comorbidité de Charlson, maladies analogues, admissions antérieures de patients hospitalisés dans les 30, 60 ou

	90 jours à titre d'indicateur général de la complexité de l'état de santé des patients, combinaison de cas faisant partie des groupes sélectionnés de patients hospitalisés du modèle d'allocation fondée sur la santé (MAS), année civile
Rendement actuel : période de référence	Janvier 2016 à décembre 2016
Source des données	Base de données sur les congés des patients (BDSP). Données fournies à QSSO par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD).
Comment accéder aux données	Accédez aux données de votre organisme concernant la période de référence au moyen du navigateur de PAQ de Qualité des services de santé Ontario . Les données seront accessibles en février 2018.
Commentaires	Cet indicateur offre la possibilité d'intégrer les indicateurs des PFQ au PAQ pour des cohortes particulières utilisées aux fins d'élaboration de PFQ. On s'attend à ce que les hôpitaux songent à inclure l'un des indicateurs de réadmission des PFQ dans leur PAQ, sans nécessairement inclure tous les trois. On recommande aux organismes d'envisager des mesures de processus de PFQ et des idées de changement afin de réduire les réadmissions pour l'un de ces groupes sélectionnés. Les rapports de référence des indicateurs de PFQ peuvent être consultés sur le portail protégé par un mot de passe de la Direction des données sur la santé à l'adresse : https://hsim.health.gov.on.ca/hdbportal/ .

Nom de l'indicateur	Taux de réadmission dans les 30 jours, toutes causes confondues, ajusté en fonction des risques, parmi les patients ayant subi un AVC (cohortes utilisées aux fins d'élaboration de procédures fondées sur la qualité)
Indicateur obligatoire, prioritaire ou supplémentaire?	Prioritaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	En place
Orientation de l'amélioration	Réduction (taux inférieur)
Type	Résultat
Description	L'unité de mesure de cet indicateur est une admission pour cause d'AVC, conformément aux procédures fondées sur la qualité (PFQ). Le résultat est exprimé sous forme de taux de réadmissions, toutes causes confondues, ajustés en fonction des risques, parmi les patients admis dans des établissements de soins actifs en Ontario.
Unité de mesure	Taux
Méthodes de calcul	Numérateur/dénominateur
Numérateur	Nombre de patients admis ayant subi un AVC qui ont reçu leur congé et ont été réadmis dans les 30 jours.
Dénominateur	Nombre total de congés après une admission de référence à l'hôpital pour un accident vasculaire cérébral. <i>Critères d'inclusions :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Résidents de l'Ontario possédant un numéro de carte Santé valide • Âge ≥ 18 ans

	<ul style="list-style-type: none"> Diagnostic principal d'accident vasculaire cérébral ou d'accident ischémique transitoire <p><i>Critères d'exclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Diagnostic principal d'amnésie globale transitoire ou d'infarctus cérébral causé par une thrombose veineuse cérébrale Dossiers indiquant un accident vasculaire cérébral à titre de complication post-admission Date d'admission, date du congé ou âge non indiqué Les dossiers de patients qui ont été transférés dans un autre établissement de soins actifs, qui sont sortis contre l'avis des médecins ou qui sont décédés
Ajustement selon le risque	Âge, sexe, indice de comorbidité de Charlson, maladies analogues, admissions antérieures de patients hospitalisés dans les 30, 60 ou 90 jours à titre d'indicateur général de la complexité de l'état de santé des patients, combinaison de cas faisant partie des groupes sélectionnés de patients hospitalisés du modèle d'allocation fondée sur la santé (MAS), année civile
Rendement actuel : période de référence	Janvier 2016 à décembre 2016
Source des données	Base de données sur les congés des patients (BDGP). Données fournies à QSSO par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD).
Comment accéder aux données	Accédez aux données de votre organisme concernant la période de référence au moyen du navigateur de PAQ de Qualité des services de santé Ontario . Les données seront accessibles en février 2018.
Commentaires	Cet indicateur offre la possibilité d'intégrer les indicateurs des PFQ au PAQ pour des cohortes particulières utilisées aux fins d'élaboration de PFQ. On s'attend à ce que les hôpitaux songent à inclure l'un des indicateurs de réadmission des PFQ dans leur PAQ, sans nécessairement inclure tous les trois. On recommande aux organismes d'envisager des mesures de processus de PFQ et des idées de changement afin de réduire les réadmissions pour l'un de ces groupes sélectionnés. Les rapports de référence des indicateurs de PFQ peuvent être consultés sur le portail protégé par un mot de passe de la Direction des données sur la santé à l'adresse : https://hsim.health.gov.on.ca/hdbportal/

Nom de l'indicateur	Taux d'admission dans les hôpitaux pour cause de maladie mentale ou de toxicomanie
Indicateur obligatoire, prioritaire ou supplémentaire?	Prioritaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	En place
Orientation de l'amélioration	Réduction (taux inférieur)
Type	Résultat
Description	Le taux de congé des soins psychiatriques (problèmes de santé mentale et de toxicomanie) qui sont suivis dans les 30 jours par une autre admission en santé mentale et en lutte contre les dépendances

Unité de mesure	Taux pour 100 hospitalisations
Méthodes de calcul	<p>Le taux de réadmission correspond au nombre de patients réadmis dans les 30 jours suivant la date de congé divisé par le nombre de patients qui ont obtenu leur congé pendant la période de l'étude</p> <p>Les bases de données du SIOSM et de l'ICIS/BDCP sont utilisées pour identifier l'indice ainsi que les hospitalisations suivantes pour des problèmes de santé mentale et de dépendances.</p>
Numérateur	<p>Nombre de personnes réadmisses* à l'hôpital pour tout problème de santé mentale et de dépendance dans les (\leq) 30 jours suivant le congé de l'hôpital initial au cours de la période de référence.</p> <p>Pour un congé de l'hôpital après tout problème de santé mentale et de dépendance (dénominateur), calculer les réadmissions suivantes (numérateur) :</p> <p>1. N'importe quelle admission pour tout problème de santé mentale et de dépendance pendant la période de suivi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Code 1 de la CIM-10-CA-DX10 de la BDCP : F04 à F99, • ou DSM-IV du SIOSM : Toute admission à l'hôpital (y compris diagnostic erroné, sauf en ce qui concerne la DSM-IV 290.x. 294.x in AXIS1_DSM4CODE_DISCH1) <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patients sans numéro d'assurance Santé valide • Patients sans résidence en Ontario • Sexe non indiqué comme homme ou femme • Patient de moins de 16 ans ou de plus de 105 ans • Date de naissance, date/heure d'admission, date/heure du congé invalides • Personnes qui meurent dans les 30 jours suivant le congé (selon la BDPI) avant qu'un suivi ou un résultat survienne (c.-à-d., une personne meurt avant d'avoir été réadmise ou est réadmise, mais meurt avant de recevoir son congé) • Toute réadmission pour d'autres motifs que des problèmes de santé mentale ou de dépendance* <p>Remarques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Déclarer séparément le nombre de personnes qui sont mortes ou réadmisses pendant la période de suivi globalement pour chaque année. • Calculer la proportion de réadmissions aux soins actifs dans les 30 jours après la date de référence du congé de l'hôpital pour des problèmes de santé mentale ou de dépendance (c.-à-d. compter seulement une visite par numéro clé ICES par période de suivi dans les 30 jours).

	<ul style="list-style-type: none"> • * La raison de la réadmission peut être pour un motif de santé mentale ou de dépendance différent du diagnostic initial de problème de santé mentale ou de dépendance. • Les congés associés à un incident sont limités aux années civiles, mais le suivi dans les trois jours pour une réadmission peut avoir lieu pendant l'année civile suivante.
Dénominateur	<p>Nombre total de congés associés à des incidents de santé mentale ou de toxicomanie au cours de la période de référence.</p> <p>Incident = 1er événement au cours d'une année sans recherche d'événements passés (s'il y a plusieurs consultations à l'hôpital pendant l'année civile, utiliser la première). Considérez un seul congé par personne pour chaque année.</p> <p>Congés de l'hôpital suivant des soins pour des motifs de santé mentale ou de toxicomanie :</p> <p>À partir de la variable DX10code1 de la BDCP avec n'importe lequel des codes CIM-10-CA ci-dessous.</p> <p>Dans le SIOSM :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la variable est AXIS1_DSM4CODE_DISCH1 complete* utiliser AXIS1_DSM4CODE_DISCH1 • No, utiliser PROVDX1 <p>* Complet = diagnostic apparaissant dans la liste ci-dessous</p> <p>Exclure les admissions du SIOSM si AXIS1_DSM4CODE_DISCH1 in : (290.x OR 294.x)</p> <p>Inclure les visites avec diagnostics suspects (suspect = T).</p> <p>Avec n'importe lequel des codes/diagnostics provisoires DSM-IV suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • MHA Global <ul style="list-style-type: none"> ▪ ICD-10-CA: F04 to F99 ▪ DSM-IV : tout (y compris les diagnostics manquants), à l'exception de 290.x. 294.x in AXIS1_DSM4CODE_DISCH1 qui sont des codes de démence). <p>** Les catégories de diagnostics de problèmes de santé mentale ou de dépendance représentent le motif du congé de l'hôpital après l'incident.</p> <p>Condition du congé de l'hôpital :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour la BDCP, quand la variable DISCHDISP = 2, 3, 4, 5, 6, 12 • Pour le SIOSM, quand la variable DISCHREASON = 1, 5, 6, 7, 8

- Exclure les congés avec un dossier dans la BDCP/le SIOSM dans la journée suivante (c.-à-d. qu'il ne s'agit pas d'un véritable congé, mais d'un transfert).

Remarque : Les réadmissions à l'hôpital (le numérateur) n'ont pas à donner lieu à une mise en congé

Les hospitalisations devraient être conçues comme des épisodes en utilisant les étapes suivantes :

- 1) I) Extraire tous les dossiers de la BDCP et du SIOSM entre les années civiles faisant l'objet d'un examen pour cet indicateur avec un diagnostic primaire au congé CIM-10-CA de F04 à F99 ou des codes DSM-IV, à l'exception de 290.x et 294.x.
 - Identifier les numéros clés ICES trouvés pour ces dossiers.
- 2) Uniquement pour les numéros clés ICES identifiés à l'étape précédente, extraire tous les dossiers de la BDCP à partir de 1988 et tous les dossiers du SIOSM pour tous les diagnostics, c.-à-d. pas seulement les diagnostics de santé mentale, et créer des épisodes en jumelant les dossiers du SIOSM et ceux de la BDCP qui se chevauchent à l'intérieur de + / - 1 jour. On considérera que ces hospitalisations font partie d'un épisode unique.
- 3) Utiliser les diagnostics de mise en congé et d'autres variables à partir du congé définitif de l'épisode
 - Remarque : Si deux dossiers ou plus portent la même date de mise en congé que la date de mise en congé de l'épisode, utiliser un diagnostic de mise en congé du SIOSM, le cas échéant (c.-à-d. si un dossier est dans la BDCP et un dans le SIOSM, utilisez les diagnostics du SIOSM).

Critères d'inclusions :

- 16 à 105 ans, c.-à-d. âge ≥ 16 ans et âge ≤ 105 ans (autres stratifications).

Critères d'exclusion :

- Patients sans numéro d'assurance Santé valide
- Patients sans résidence en Ontario
- Sexe non indiqué comme homme ou femme
- Patient de moins de 16 ans ou de plus de 105 ans
- Date de naissance, date/heure d'admission, date/heure du congé invalides
- Personnes qui meurent dans les 30 jours suivant le congé (selon la BDPI) avant qu'un suivi ou un résultat survienne (c.-à-d., une personne meurt avant d'avoir été réadmise ou est réadmise, mais meurt avant de recevoir son congé)

	Remarque : Si les dossiers du SIOSM sont ouverts dans les 24 heures suivant le congé ou l'admission dans un établissement, cela doit être considéré comme faisant partie du même épisode de soins.
Ajustement selon le risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	Janvier 2016 à décembre 2016
Source des données	Base de données sur les congés des patients (BDPC), Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM), base de données sur les personnes inscrites (BDPI). Les données doivent être fournies à QSSO par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (MSSLD).
Comment accéder aux données	Accédez aux données de votre organisme concernant la période de référence au moyen du navigateur de PAQ de Qualité des services de santé Ontario . Les données seront accessibles en février 2018.
Commentaires	Consulter la bibliothèque d'indicateurs de QSSO pour connaître les limites et les restrictions http://www.hqontario.ca/Rendement-du-syst%C3%A8me/Biblioth%C3%A8que-dindicateurs

Nom de l'indicateur	Expérience des patients : Avez-vous reçu suffisamment de renseignements lorsque vous avez quitté l'hôpital?
Indicateur obligatoire, prioritaire ou supplémentaire?	Prioritaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	En place
Orientation de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)
Type	Résultat
Description	Pourcentage des répondants qui ont répondu de façon positive à la question suivante : Le personnel de l'hôpital vous a-t-il fourni assez d'information sur ce que vous deviez faire en cas d'inquiétudes quant à votre état ou votre traitement après votre sortie de l'hôpital?
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Numérateur/dénominateur x 100 % Sondage sur les expériences d'hospitalisation des patients canadiens (SEHPC) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) Question 38 : Le personnel de l'hôpital vous a-t-il fourni assez d'information sur ce que vous deviez faire en cas d'inquiétudes quant à votre état ou votre traitement après votre sortie de l'hôpital? <ul style="list-style-type: none"> • Complètement • Moyennement

	<ul style="list-style-type: none"> • Un peu • Pas du tout <p>Pour les questions sur l'expérience des patients, une méthode utilisant les notes supérieures est recommandée. Cette méthode a recours aux répondants qui ont choisi seulement la réponse la plus positive.</p> <p><u>Directives sur la méthode des notes supérieures</u> : Additionnez le nombre de sondés qui ont répondu « Complètement » et divisez-le par le nombre de sondés qui ont donné une réponse à cette question (en excluant les abstentions).</p>
Numérateur	Nombre de personnes qui ont répondu « complètement »
Dénominateur	Nombre de patients qui ont répondu à cette question (ne pas inclure les abstentions)
Ajustement selon le risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	Moyenne de l'ensemble des réponses au sondage recueillies pendant le T1 de l'exercice 2017-2018, c.-à-d. avril 2017 à juin 2017
Source des données	Sondage sur les expériences d'hospitalisation des patients canadiens (SEHPC) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)
Comment accéder aux données	L'accès à ces données devrait se faire au sein de votre organisme.

Nom de l'indicateur	Soutien à domicile pour les patients des soins palliatifs ayant obtenu leur congé
Indicateur obligatoire, prioritaire ou supplémentaire?	Prioritaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	Soins axés sur le patient
Orientation de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)
Type	Résultat
Description	Pourcentage de patients en soins palliatifs ayant obtenu leur congé de l'hôpital pour retourner à domicile avec le statut « à domicile avec services de soutien »
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Numérateur/dénominateur x 100 %
Numérateur	Du dénominateur (voir ci-dessous), le nombre de patients hospitalisés aux soins actifs quant obtenu leur congé avec le statut « à domicile avec services de soutien » (code d'état à la sortie de la BDCP = 04)
Dénominateur	<p>Le nombre de congés pour retourner à domicile au cours de la période de déclaration avec une admission à l'hôpital qui indique que le patient reçoit des soins palliatifs.</p> <p><i>Critères d'inclusions :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Tout code de diagnostic avec indication de soins palliatifs : Code Z51.5 de la CIM 10 ou Code V66.7 de la CIM 9 ou 2) Service principal des soins palliatifs aux patients (PATSERV = 058)

	<p>Et</p> <p>La destination du congé est le domicile (code d'état à la sortie = 4 [à domicile avec services de soutien] ou 5 [à domicile sans services de soutien])</p> <p><i>Exclusions</i> : Chirurgie d'un jour</p>
Ajustement selon le risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	Avril 2016 à mars 2017
Source des données	Base de données sur les congés des patients (BDCP). Données fournies à QSSO par Action Cancer Ontario (ACO)
Comment accéder aux données	Accédez aux données de votre organisme concernant la période de référence au moyen du navigateur de PAQ de Qualité des services de santé Ontario . Les données seront accessibles en février 2018.
Commentaires	<p>Pour cet indicateur, un « patient en soins palliatifs » est défini comme une personne qui était admise comme patient hospitalisé avec indication relative aux soins palliatifs. L'indicateur est déclaré au niveau des admissions plutôt que des patients individuels, ce qui pourrait entraîner la saisie de multiples admissions par patient.</p> <p>Pour cet indicateur, « à domicile avec services de soutien » et « à domicile sans service de soutien » correspondent aux définitions suivantes de la BDCP de l'ICIS :</p> <p>À domicile avec services de soutien (code d'état à la sortie = 04) : A obtenu son congé pour aller à domicile ou dans un contexte domiciliaire avec services de soutien (résidence pour personnes âgées, préposé aux soins, soins à domicile, repas à domicile, aide aux tâches ménagères, logement avec services de soutien, etc.)</p> <p>a. Exemple de congé avec comme destination un établissement avec services de soutien : Un établissement où les soins de surveillance ne sont pas nécessaires de façon continue. Un patient obtient son congé et est en mesure de fonctionner de façon autonome au sein d'un contexte de groupe. Services communautaires seraient apportés afin d'offrir un soutien, lorsque cela est nécessaire.</p> <p>b. Exemple de congé avec comme destination le domicile, avec des services de soutien : Un patient obtient son congé avec comme destination son domicile avec le soutien de travailleurs des soins à domicile qui fournissent des services quotidiens de changement de vêtements et de soins des plaies.</p> <p>À domicile sans services de soutien (code d'état à la sortie = 05) : Congé avec comme destination le domicile (le patient fonctionne de façon autonome sans que des services de soutien offerts par un organisme externe ne soient requis). Les établissements de soins de longue durée ne sont pas considérés comme des résidences privées (domicile) étant donné qu'on y offre des services de soutien selon le niveau requis.</p>

Nom de l'indicateur	Expérience des patients : Recommanderiez-vous les soins aux patients hospitalisés?
Indicateur obligatoire, prioritaire ou supplémentaire?	Prioritaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	Soins axés sur les patients
Orientation de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)
Type	Résultat
Description	Pourcentage de répondants qui ont donné une réponse favorable à la question suivante du Sondage sur les expériences d'hospitalisation des patients canadiens (SEHPC) : « Recommanderiez-vous cet hôpital à vos amis et aux membres de votre famille? »
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	<p>Numérateur/dénominateur x 100 %</p> <p>Adultes hospitalisés (médical/chirurgical) : Du Sondage sur l'expérience des patients au Canada – soins aux patients hospitalisés (SEHPC) : « Recommanderiez-vous cet hôpital à vos amis et aux membres de votre famille? »</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pas du tout <input type="checkbox"/> Probablement pas <input type="checkbox"/> Probablement <input type="checkbox"/> Tout à fait <p><u>Directives sur la méthode des notes supérieures</u> : Additionnez le nombre de sondés qui ont répondu « Tout à fait » et divisez-le par le nombre de sondés qui ont donné une réponse à cette question (en excluant les abstentions).</p>
Numérateur	Nombre de répondants qui ont répondu « Tout à fait » à la question suivante du sondage: « Recommanderiez-vous cet hôpital à vos amis et aux membres de votre famille? » - Pas du tout – Probablement pas – Probablement – Tout à fait
Dénominateur	Nombre de répondants au sondage (exclure ceux qui n'ont pas répondu)
Ajustement selon le risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	Moyenne de l'ensemble des réponses au sondage recueillies pendant le T1 de l'exercice 2017-2018, c.-à-d. avril 2017 à juin 2017.
Source des données	Sondage sur les expériences d'hospitalisation des patients canadiens (SEHPC) de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)
Comment accéder aux données	L'accès à ces données devrait se faire au sein de votre organisme.

Nom de l'indicateur	Expérience des patients : Recommanderiez-vous le service des urgences?
Indicateur obligatoire, prioritaire ou supplémentaire?	Prioritaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	Soins axés sur les patients
Orientation de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)
Type	Résultat
Description	Pourcentage de sondés qui ont donné une réponse favorable à la question suivante du Sondage sur l'expérience des patients dans les services des urgences de l'Ontario (SEPSU) : « Recommanderiez-vous ce service des urgences à vos amis et aux membres de votre famille? »
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	<p>Numérateur/dénominateur x 100 %</p> <p>Service des urgences : Sondage sur l'expérience des patients dans les services des urgences de l'Ontario (SEPSU) :</p> <p>« Recommanderiez-vous ce service des urgences à vos amis et aux membres de votre famille? »</p> <p><input type="checkbox"/> Pas du tout</p> <p><input type="checkbox"/> Probablement pas</p> <p><input type="checkbox"/> Probablement</p> <p><input type="checkbox"/> Tout à fait</p> <p><u>Directives sur la méthode des notes supérieures</u> : Additionnez le nombre de sondés qui ont répondu « Tout à fait » et divisez-le par le nombre de sondés qui ont donné une réponse à cette question (en excluant les abstentions).</p>
Numérateur	<p>Nombre de répondants qui ont répondu « Tout à fait » à la question suivante de sondage: Recommanderiez-vous ce service des urgences à vos amis et aux membres de votre famille?</p> <p>– Pas du tout – Probablement pas – Probablement – Tout à fait</p>
Dénominateur	Nombre de répondants au sondage
Ajustement selon le risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	Moyenne de l'ensemble des réponses au sondage recueillies pendant le T1 de l'exercice 2017-2018, c.-à-d. avril 2017 à juin 2017.
Source des données	Sondage sur l'expérience des patients dans les services des urgences de l'Ontario (SEPSU)
Comment accéder aux données	L'accès à ces données devrait se faire au sein de votre organisme.

Nom de l'indicateur	Taux de jours désignés comme autres niveaux de soins
Indicateur obligatoire, prioritaire ou supplémentaire?	Prioritaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	Efficiences
Orientation de l'amélioration	Réduction (taux inférieur)
Type	Processus
Description	Cet indicateur mesure le nombre total de jours désignés comme autres niveaux de soins (ANS) auquel ont contribué les patients en attente d'un ANS pendant le mois/trimestre de déclaration précis à l'aide de renseignements sur les ANS obtenus auprès des soins actifs et post-actifs pratiquement en temps réel et des données sur les taux d'occupation des lits
Unité de mesure	Taux par 100 jours-patients hospitalisés
Méthodes de calcul	Numérateur/dénominateur x 100 % À noter, seuls les établissements (de soins actifs et post-actifs) qui entrent des données sur les ANS (dans le Système d'information sur les temps d'attente [SITO]) et les données sur le taux d'occupation des lits (par l'intermédiaire du portail Web de la Direction des données sur la santé) sont inclus dans le calcul du taux d'ANS. Tout code principal sans déclaration de journées d'hospitalisation dans le taux d'occupation des lits pendant un mois ou un trimestre donné sera exclu du rapport pendant la période correspondante.
Numérateur	Nombre total de jours d'hospitalisation d'un patient requérant d'autres niveaux de soins (ANS) pendant une période donnée (mensuelle, trimestrielle et annuelle). Calcul <ul style="list-style-type: none"> • Les jours désignés comme ANS – soins actifs correspondent au nombre total de jours désignés comme ANS regroupant l'ensemble des patients en attente d'un lit pour soins non chirurgicaux, chirurgicaux et intensifs/critiques. • Jours d'ANS en soins post-actifs = jours d'ANS pour patients hospitalisés en attente de soins continus, de réadaptation et de santé mentale • Jours d'ANS en SCC = jours d'ANS pour patients hospitalisés en attente de soins continus • Jours d'ANS en réadaptation = jours d'ANS pour patients hospitalisés en attente de soins de réadaptation • Jours d'ANS en santé mentale = jours d'ANS pour patients hospitalisés en attente de soins de santé mentale <i>Critères d'exclusion :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Cas d'ANS qui ne sont plus suivis pour cause d'erreur de saisie de données. • Cas d'ANS avec service d'hospitalisation = destination après congé des soins post-actifs (*Exception : Réadaptation Bloorview, soins continus complexes à soins continus complexes). • Cas d'ANS désignés pour exclusion par l'établissement.

	<p>Remarques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La journée où est effectuée la désignation d'ANS est comptabilisée comme une journée de soins désignés comme ANS, mais la date du congé ou de l'abandon n'est pas comptabilisée comme une journée d'ANS. • Pour les cas avec une date de désignation d'ANS correspondant au dernier jour d'une période de référence mais sans date de congé ou d'interruption, alors le nombre de jours désignés comme ANS = 1. • La méthode de l'indicateur de taux d'ANS présume que l'élément de données du service d'hospitalisation (comme défini dans le SITO) est comparable à l'élément de données du type de lit (comme défini dans le taux d'occupation des lits)
Dénominateur	<p>Nombre total de jours d'hospitalisation d'un patient pendant une période donnée (mensuelle, trimestrielle et annuelle).</p> <p>Calcul</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les jours de soins actifs correspondent au nombre total de jours d'hospitalisation d'un patient recevant des soins médicaux + chirurgicaux + médicaux et chirurgicaux combinés + obstétriques + pédiatriques + de santé mentale pour enfants ou adolescents + de toxicomanie grave + pédiatriques en pouponnière (jours de soins pédiatriques en pouponnière) + néonataux (niveau 1 – général + niveau 2 – intermédiaire + niveau 3 – soins néonataux intensifs + irréguliers). • Les jours de soins post-actifs correspondent au nombre total de jours d'hospitalisation d'un patient recevant des soins chroniques + de réadaptation générale + de réadaptation + psychologiques actifs + de toxicomanie + médicaux-légers + d'intervention d'urgence + psychiatriques à long terme. • Les jours de soins continus complexes correspondent au nombre total de jours d'hospitalisation de patients en attente d'un lit pour des soins continus complexes. • Les jours de soins de réadaptation correspondent au nombre total de jours d'hospitalisation de patients recevant des soins de réadaptation générale + de réadaptation spéciale. • Les jours de soins de santé mentale correspondent au nombre total de jours d'hospitalisation de patients recevant des soins psychologiques actifs + de toxicomanie + médicaux-légers + d'intervention d'urgence + psychiatriques à long terme. <p><i>Critères d'exclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Jours d'hospitalisation de patients au service des urgences (lits désignés comme lits d'urgence [Urgence + PARR, Urgence + PARR]).
Ajustement selon le risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	Juillet 2017 à septembre 2017
Source des données	Taux d'occupation des lits, Système d'information sur les temps d'attente (SITA). Données fournies à QSSO par Action Cancer Ontario (ACO)

Comment accéder aux données	Accédez aux données de votre organisme concernant la période de référence au moyen du navigateur de PAQ de Qualité des services de santé Ontario . Les données seront accessibles en février 2018. Les hôpitaux peuvent également consulter les rapports sur les ANS par l'intermédiaire du site Accès aux soins à l'adresse https://share.cancercare.on.ca . On peut s'y inscrire en écrivant à Accès aux soins à l'adresse ATC@cancercare.on.ca .
Commentaires	Correspond à la mesure du rendement de l'entente de responsabilisation en matière de services hospitaliers.

Nom de l'indicateur	Bilan comparatif des médicaments au congé
Indicateur obligatoire, prioritaire ou supplémentaire?	Prioritaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	Sécurité
Orientation de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)
Type	Résultat
Description	Nombre total de patients ayant reçu leur congé pour lesquels un meilleur plan pharmaceutique à la sortie de l'hôpital a été créé, en proportion du nombre total de patients ayant reçu leur congé.
Unité de mesure	Taux par nombre total de patients ayant reçu leur congé
Méthodes de calcul	Numérateur/dénominateur Pour assurer l'uniformité des mesures, les hôpitaux devront dorénavant inscrire le numérateur et le dénominateur obtenus dans le plan de travail du PAQ; c'est le navigateur de PAQ qui calculera le résultat.
Numérateur	Nombre de patients ayant reçu leur congé pour lesquels un meilleur plan pharmaceutique à la sortie de l'hôpital a été créé. Exclut les congés de l'hôpital attribuables à des décès, à des naissances et à des mortinaissances. Toute exclusion supplémentaire devrait être consignée dans la section des commentaires du PAQ.
Dénominateur	Nombre de patients ayant obtenu leur congé de l'hôpital. Exclut les congés de l'hôpital attribuables à des décès, à des naissances et à des mortinaissances. Toute exclusion supplémentaire devrait être consignée dans la section des commentaires du PAQ. Remarque : Les hôpitaux devront fournir le nombre total de congés donnés pendant la période visée.
Ajustement selon le risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	Octobre à décembre (T3) 2017
Source des données	Collecte de données à l'interne
Comment accéder aux données	L'accès à ces données devrait se faire au sein de votre organisme.
Commentaires	Les organismes devraient déclarer le rendement actuel et fixer des objectifs de bilan comparatif des médicaments à la sortie de l'hôpital à l'échelle de l'organisme (c.-à-d. pour l'ensemble de l'hôpital). Les hôpitaux devront fournir le nombre total de congés donnés pendant la période

	<p>visée et indiquer les programmes et les patients qui n'ont pas été pris en compte dans le calcul.</p> <p>Pour obtenir de l'aide afin de surveiller vos processus actuels en matière de bilan comparatif des médicaments, veuillez consulter la page intitulée Mesures sur le site Web de Soins de santé plus sécuritaires maintenant! ou écrire à l'adresse metrics@saferhealthcarenow.ca. Site Web ou écrire à l'adresse metrics@saferhealthcarenow.ca.</p>
--	---

Indicateurs supplémentaires pour les hôpitaux

Nom de l'indicateur	Pourcentage de sommaires de congé envoyés entre l'hôpital et le fournisseur de soins communautaires dans les 48 heures suivant le congé
Indicateur obligatoire, prioritaire ou supplémentaire?	Supplémentaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	Efficacité
Orientation de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)
Type	Processus
Description	Pourcentage de patients ayant obtenu leur congé de l'hôpital pour lequel des sommaires de mise en congé sont envoyés à un fournisseur de soins primaires dans les 48 heures suivant le congé du patient de l'hôpital.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Numérateur/dénominateur x 100 % Calculer le nombre des sommaires de congé transcrits, signés et envoyés dans les 48 heures suivant le congé du patient de l'hôpital au cours de la période.
Numérateur	<p>Nombre de patients ayant obtenu leur congé des hôpitaux pour lesquels un sommaire de congé est envoyé à un fournisseur de soins primaires dans les 48 heures suivant le congé (par voie électronique ou par télécopieur) pour la période.</p> <p><i>Critères d'inclusions :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sommaires de congé pour patients hospitalisés dans des hôpitaux de soins actifs et post-actifs envoyés par voie électronique à un fournisseur de soins primaires avec accès au système de gestion des rapports hospitaliers, à ClinicalConnect ou à un système semblable, ou par télécopieur à ceux qui n'ont pas d'accès électronique. <p><i>Critères d'exclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Congés des patients hospitalisés qui n'ont pas de fournisseur de soins primaires inscrit à leur dossier. • Congés depuis l'extérieur du RLISS. • Patients des services des urgences. • Nouveau-nés, décès et sommaires de congé.
Dénominateur	<p>Nombre de patients hospitalisés qui ont obtenu leur congé pour la période.</p> <p><i>Critères d'inclusions :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Congé de patients hospitalisés dans des hôpitaux de soins actifs et post-actifs. <p><i>Critères d'exclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Congés de patients hospitalisés dont le fournisseur de soins primaires n'est pas identifié. • Patients des services des urgences.

	<ul style="list-style-type: none"> • Nouveau-nés, décès et sommaires de congé.
Ajustement selon le risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	La période de trois mois la plus récente.
Source des données	Collecte de données à l'interne
Comment accéder aux données	Collecte de données à l'interne
Commentaires	<p>Les organismes recommandés envisagent un essai pilote en un programme ou une unité pour le PAQ 2018-2019.</p> <p>La distribution en temps opportun des sommaires de congé repose sur les principaux éléments ci-dessous :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les médecins (ou leur délégué) dictent le sommaire de congé le plus près possible de l'heure du congé (de préférence avant le congé) du patient • Les transcriptions doivent être effectuées dans les 24 heures de la dictée • Activer l'auto-authentification afin d'assurer que la distribution en une étape du sommaire du congé à la signature (remarque : sera propre aux dossiers médicaux électroniques et peut exiger une approbation du comité consultatif médical [ou d'une autre entité similaire]) • Les efforts d'amélioration peuvent porter sur : 1) l'obtention des sommaires de congé préparés et signés en temps opportun, et 2) des sommaires de congé signés distribués en temps opportun.

Nom de l'indicateur	Pourcentage de patients identifiés comme répondant aux critères des maillons santé à qui on a offert l'approche des maillons santé
Indicateur obligatoire, prioritaire ou supplémentaire?	Supplémentaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	Efficacité
Orientation de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)
Type	Processus
Description	<p>Déterminer les patients souffrant d'affections multiples et ayant des besoins complexes (critères des maillons santé) à qui on a offert un accès à l'approche des maillons santé</p> <p>La population cible de patients ayant des besoins complexes devrait :</p> <ul style="list-style-type: none"> • coïncider en grande partie avec les utilisateurs entraînant des coûts élevés, tout en reconnaissant que ce ne sont pas tous les utilisateurs entraînant des coûts élevés qui sont des patients ayant des besoins élevés (et vice-versa); • inclure les patients ayant des besoins élevés et (ou) des problèmes de santé complexes; • inclure les patients ayant quatre problèmes de santé chronique/entraînant des coûts élevés ou plus, notamment les personnes atteintes de problèmes de santé mentale et de toxicomanie, les patients des soins palliatifs et les personnes âgées fragiles.

	Cependant, étant donné qu'il existe des nuances d'une collectivité à l'autre, les RLISS et les maillons santé sont invités à adapter les critères de désignation des patients à leur contexte local et aux besoins de la population.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Numérateur/dénominateur x 100 %
Numérateur	Nombre total de patients à qui on a offert l'accès à l'approche des maillons santé
Dénominateur	<p>Nombre total de patients désignés grâce à des évaluations cliniques et (ou) à des méthodes de détection de cas fondées sur des données, jugées conformes aux critères des maillons santé</p> <p><i>Critères d'exclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les patients qui satisfont aux critères, mais à qui on n'a pas offert l'accès aux maillons santé parce qu'ils sont déménagés au-delà de la région desservie par le maillon santé ou qu'ils sont décédés.
Ajustement selon le risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	La période de trois mois la plus récente.
Source des données	Collecte manuelle des données à l'interne (dossiers de santé, DME, autre).
Comment accéder aux données	Collecte de données à l'interne
Commentaires	<p>À la fin de 2015, Qualité des services de santé Ontario a effectué un examen de la meilleure information disponible sur les maillons santé et une l'analyse des innovations liées à la gestion des soins coordonnés. Le cadre pour les innovations comprend des renseignements détaillés visant à aider les organismes à désigner les patients aux prises avec plusieurs affections et ayant des besoins complexes grâce à des évaluations cliniques et à des méthodes de détection de cas fondées sur des données, à tout moment au cours du cheminement du patient dans les soins de santé.</p> <p>Démarches d'identification des patients : Utiliser les mécanismes d'identification des patients à l'échelle clinique afin de soutenir l'identification des patients pendant une consultation. Par exemple, étant donné que chaque patient se présente dans un organisme de soins ou de bien-être ou participe à un programme de soins ou de bien-être pour recevoir des soins, le fournisseur peut déterminer que le patient pourrait tirer parti d'une approche de gestion des soins coordonnés ou d'une approche des maillons santé. Afin d'appuyer davantage la prise de décision clinique, le fournisseur peut ensuite utiliser un outil d'évaluation des risques normalisé, si cela est indiqué.</p> <p>Utiliser des mécanismes de détection de cas fondés sur des données afin de soutenir la désignation potentielle de patients souffrant d'affections multiples et ayant des besoins complexes au moyen des données de</p>

	<p>l'utilisation afin de désigner les patients ayant des besoins complexes. Par exemple, des déclencheurs comme le nombre de visites au service des urgences, le nombre d'admissions à l'hôpital et leur durée au cours d'une période donnée, ou les patients avec des affections ou des diagnostics déterminés, peuvent être intégrés au dossier médical électronique ou être gérés par des méthodes d'analyse et une extraction de données ciblées, afin d'appuyer la désignation de patients potentiels souffrant de multiples affections et ayant des besoins complexes.</p> <p><u>Remarque</u> : Aucune méthode ni aucun outil intersectoriel unique d'évaluation des risques cliniques assez sensible et précis pour désigner tous les patients qui bénéficieraient d'une approche de gestion des soins coordonnés ou d'une approche des maillons santé n'ont été cernés. Cependant, les outils d'évaluation des risques ci-dessous ont été mis en évidence par les maillons santé pendant l'analyse environnementale et sont présentés dans cette section aux fins de prise en compte en fonction du cabinet. La décision de mettre en œuvre ou d'administrer un de ces outils doit être évaluée parallèlement à d'autres renseignements pertinents dans le contexte.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Outil LACE (Length of Stay, Acuity of Admission, Comorbidities, Emergency Room Visits [durée du séjour, gravité de l'admission, comorbidités, consultations aux urgences]) • Cote PRA (admission répétitive préventive) • Échelle DIVERT (Detection of Indicators and Vulnerabilities for Emergency Room Trips Scale [détection des indicateurs et des vulnérabilités pour l'échelle des visites aux urgences]). <p>Pour obtenir plus de détails plus techniques, veuillez consulter le document Identifier les patients : utiliser une combinaison de stratégies cliniques et de stratégies fondées sur des données probantes</p> <p><u>Remarque</u> : Une fois qu'un patient atteint de plusieurs affections ou ayant des besoins complexes a été désigné, l'organisme devrait établir un lien avec les processus mis en place par le maillon santé la région.</p>
--	---

Nom de l'indicateur	Plaies de pression chez les patients en soins continus complexes
Indicateur obligatoire, prioritaire ou supplémentaire?	Supplémentaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	Sécurité
Orientation de l'amélioration	Réduction (taux inférieur)
Type	Résultat
Description	Pourcentage de (patients) pensionnaires en soins continus complexes présentant de nouvelles plaies de pression (stade 2 ou supérieur) au cours des trois derniers mois.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Numérateur/dénominateur x 100 %
Numérateur	Nombre de patients (pensionnaires) en soins continus complexes (SCC) qui ont développé une nouvelle plaie de pression de stade 2 ou plus au cours de la période de trois mois

Dénominateur	Nombre total de patients (pensionnaires) qui reçoivent des soins continus complexes pendant la période de trois mois
Ajustement selon le risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	Juillet 2017 à septembre 2017
Source des données	Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD). Données fournies à QSSO par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)
Comment accéder aux données	Accédez aux données de votre organisme concernant la période de référence au moyen du navigateur de PAQ de Qualité des services de santé Ontario . Les données seront accessibles en février 2018. Vous pouvez également consulter les rapports électroniques du SISLD de l'ICIS pour connaître les données de votre organisme.
Commentaires	Cet indicateur représente la moyenne de quatre trimestres regroupés.

Nom de l'indicateur NOUVEAU	Pourcentage de plaintes dont la réception a été confirmée à la personne qui l'a déposée dans les trois à cinq jours ouvrables
Indicateur obligatoire, prioritaire ou supplémentaire?	Supplémentaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	Soins axés sur le patient
Orientation de l'amélioration	Augmentation (nombre supérieur)
Type	Résultat
Description	Cet indicateur mesure le pourcentage de plaintes adressées à un hôpital dont la réception a été confirmée à la personne qui l'a déposée et dépend du nombre de plaintes reçues durant un exercice.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	$(\text{numérateur/dénominateur}) \times 100$ Calcul de l'indicateur : Pourcentage dont la réception a été confirmée dans les cinq jours ouvrables = nombre de plaintes dont on a accusé réception dans les trois à cinq jours ouvrables divisé par le nombre total de plaintes reçues durant l'exercice Pour assurer l'uniformité des mesures, les hôpitaux devront dorénavant inscrire le numérateur et le dénominateur obtenus dans le plan de travail du PAQ; c'est le navigateur de PAQ qui calculera le résultat.
Numérateur	Nombre de plaintes dont on a officiellement accusé réception dans les trois à cinq jours ouvrables
Dénominateur	Nombre total de plaintes reçues par l'hôpital durant la période visée <i>Critères d'inclusion :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Plaintes reçues durant la période visée, mais dont la confirmation de réception et la résolution ont eu lieu dans les 60 premiers jours de la période suivante.

	<ul style="list-style-type: none"> • La date et l'heure du dépôt de la plainte devraient être consignées. • Plaintes reçues durant la période visée, dont celles reçues au premier et au dernier jour de la période, durant les jours non ouvrables et après les heures de travail. • Les plaintes répétées concernant un même problème formulées par une même personne ou au nom d'un même patient/résident comptent pour une seule plainte. • Même si une plainte dénonce plusieurs problèmes, elle ne compte que pour une seule plainte. • Les plaintes incluses doivent être étayées selon le processus de traitement des plaintes établi. • Plaintes formulées à l'oral, en personne ou par téléphone. • Plaintes écrites sous forme de lettre, de courriel, de télécopie, de message texte, etc. <p><i>Critères d'exclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Plaintes non étayées selon le processus de traitement des plaintes établi. <p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plaintes dont la confirmation de réception et la résolution ont été immédiates (ajustement de la température d'une chambre). • Plaintes ne nécessitant aucune autre intervention.
Ajustement selon le risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	Dernière période de 12 mois consécutifs
Source des données	Collecte de données à l'interne
Comment accéder aux données	Collecte de données à l'interne
Commentaires	<p>La réglementation exige que les hôpitaux confirment la réception d'une plainte dans les cinq jours ouvrables.</p> <p>Les hôpitaux doivent formellement confirmer la réception d'une plainte à la personne qui l'a déposée.</p> <p>Les hôpitaux qui confirment déjà la réception de toutes les plaintes dans les trois à cinq jours ouvrables pourraient songer à utiliser les indicateurs personnalisés ci-dessous :</p> <p>Pourcentage dont la réception a été confirmée dans les deux jours ouvrables = nombre de plaintes dont on a accusé réception dans les deux jours ouvrables divisé par le nombre total de plaintes reçues durant la période visée.</p> <p>D'autres indicateurs à considérer sont présentés ici.</p>

Nom de l'indicateur	90^e percentile pour la durée du séjour des patients nécessitant des soins complexes
Indicateur obligatoire, prioritaire ou supplémentaire?	Supplémentaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	Rapidité
Orientation de l'amélioration	Réduction (taux inférieur)
Type	Processus
Description	<p>La durée du séjour totale du séjour* pendant lequel 9 patients ayant des besoins complexes sur 10 ont effectué leurs visites.</p> <p>La durée du séjour des patients admis au SU correspond au temps qui s'écoule entre le moment où le patient s'enregistre ou voit un infirmier affecté au triage, le premier des deux prévalant, et le moment où il quitte le SU.</p>
Unité de mesure	Heures
Méthodes de calcul	<p>Étape 1 : Calculer la durée du séjour au SU en heures pour chaque patient.</p> <p>Étape 2 : Appliquer les critères d'inclusion et d'exclusion.</p> <p>Étape 3 : Trier les cas par la durée du séjour au SU du plus court au plus long.</p> <p>Étape 4 : Le 90^e percentile est le cas où 9 patients ayant des besoins complexes sur 10 ont terminé leurs visites.</p> <p><i>Critères d'inclusions :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Patients admis – codes d'état à la sortie 06 et 07 • Patients non admis (codes d'état à la sortie 01, 04 à 05 et 08 à 15) avec niveaux I, II et III sur l'ÉTG <p><i>Critères d'exclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Visites au SU pour lesquelles la date/l'heure d'inscription et la date/l'heure de triage sont vides/inconnues (9999) • Visites au SU pour lesquels le centre d'activité des normes SIG est sous traumatisme d'urgence, observation ou services d'urgences en santé mentale (selon les données de janvier 2015) • Cas dédoublé au sein du même centre d'activités où tous les éléments de données relatives au SU ont les mêmes valeurs sauf le numéro de l'abrégié • Visites au SU pour lesquelles l'indicateur associé aux visites au SU est = « 0 » • Visites au SU où le patient est parti sans être vu par un médecin pendant sa consultation (codes d'état à la sortie 02 et 03) • La durée du séjour au SU est supérieure ou égale à 100 000 minutes (1 666 heures) • Patients non admis (codes d'état à la sortie 01 à 05 et 08 à 15) avec niveaux IV ou V attribués sur l'ÉTG • Patients non admis (codes d'état à la sortie 01 à 05 et 08 à 15 des dispositions) sans niveaux sur l'ÉTG

Numérateur	S.O.
Dénominateur	S.O.
Ajustement selon le risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	Janvier 2017 à décembre 2017
Source des données	SNISA, Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) par l'intermédiaire de l'initiative du SNISA pour les SU de l'Ontario (IANSU – niveau 1). Données fournies à QSSO par Action Cancer Ontario (ACO)
Comment accéder aux données	Accédez aux données de votre organisme concernant la période de référence au moyen du navigateur de PAQ de Qualité des services de santé Ontario . Les données seront accessibles en février 2016. On peut également recueillir ces données en consultant l'outil iPort Access .
Commentaires	La valeur calculée de l'indicateur est fondée sur les visites au SU qui ont été soumises par 126 établissements participants à l'initiative du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA) (IANSU) dans le cadre de déclarations pour la base de données du SNISA. Environ 90 % des visites au SU en Ontario sont prises en compte par les établissements hospitaliers participant à l'IANSU (selon les données du SNISA de 2013-2014 publiées en juillet 2014). En avril 2009, les séjours de patients dans unité de décision clinique (UDC) seront exclus du temps total passé au SU.

Nom de l'indicateur	Bilan comparatif des médicaments à l'admission
Indicateur obligatoire, prioritaire ou supplémentaire?	Supplémentaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	Sécurité
Orientation de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)
Type	Processus
Description	Nombre total de patients ayant bénéficié d'un bilan comparatif des médicaments par rapport au nombre total de patients admis à l'hôpital.
Unité de mesure	Taux par nombre total de patients admis
Méthodes de calcul	Numérateur/dénominateur Pour assurer l'uniformité des mesures, les hôpitaux devront dorénavant inscrire le numérateur et le dénominateur obtenus dans le plan de travail du PAQ; c'est le navigateur de PAQ qui calculera le résultat.
Numérateur	Nombre de patients admis avec bilan comparatif des médicaments
Dénominateur	Nombre de patients admis à l'hôpital Remarque : Les hôpitaux devront fournir le nombre total de congés donnés pendant la période visée.
Ajustement selon le risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	Octobre à décembre (T3) 2017
Source des données	Collecte de données à l'interne
Comment accéder aux données	L'accès à ces données devrait se faire au sein de votre organisme.

Commentaires	<p>Remarque : Le bilan comparatif des médicaments aux points de transition de soins a été reconnu comme une pratique exemplaire et devient progressivement la norme dans l'ensemble du système. Tous les hôpitaux devraient travailler à la mise en œuvre exhaustive du bilan comparatif des médicaments. Les hôpitaux devront fournir le nombre total de congés donnés pendant la période visée et indiquer les programmes et les patients qui n'ont pas été pris en compte dans le calcul.</p> <p>Pour obtenir de l'aide afin de surveiller vos processus actuels en matière de bilan comparatif des médicaments, veuillez consulter la page intitulée Mesures sur le site Web de Soins de santé plus sécuritaires maintenant! ou écrire à l'adresse metrics@saferhealthcarenow.ca. Site Web ou écrire à l'adresse metrics@saferhealthcarenow.ca.</p>
--------------	---

Nom de l'indicateur	Moyens de contention en santé mentale
Indicateur obligatoire, prioritaire ou supplémentaire?	Supplémentaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	Sécurité
Orientation de l'amélioration	Réduction (taux inférieur)
Type	Processus
Description	Nombre de patients soumis à des moyens de contention au moins une fois au cours des trois jours précédant leur évaluation complète à l'admission, divisé par le nombre de cas où l'on a effectué une évaluation complète à l'admission au cours de la période de référence.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Numérateur/dénominateur x 100 %
Numérateur	Nombre de patients qui ont été soumis à des moyens de contention dans les 3 jours avant une évaluation complète à l'admission au cours de la période de référence
Dénominateur	Le nombre total de patients ayant eu une évaluation complète à l'admission au cours de la période de référence
Ajustement selon le risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	Octobre 2016 à septembre 2017
Source des données	Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM). Données fournies à QSSO par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)
Comment accéder aux données	Accédez aux données de votre organisme concernant la période de référence au moyen du navigateur de PAQ de Qualité des services de santé Ontario . Les données seront accessibles en février 2018. Vous pouvez également consulter les rapports trimestriels comparatifs du SIOSM de l'ICIS pour connaître les données de votre organisme.

Nom de l'indicateur NOUVEAU	Recours aux antimicrobiens aux soins intensifs – Nombre de jours sans antimicrobiens
Indicateur obligatoire, prioritaire ou supplémentaire?	Supplémentaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	Sécurié
Orientation de l'amélioration	Augmentation (nombre supérieur) Comme on s'entend généralement pour dire qu'entre 30 % et 50 % des antimicrobiens utilisés dans les soins actifs sont superflus ou inadéquats, la direction recherchée est une augmentation du nombre de jours sans antibiotiques. Toutefois, dans les cas où le PGA est solide et la gestion des soins intensifs est optimale, la valeur de l'indicateur devrait rester stable, et la direction recherchée devrait être le maintien.
Type	Processus
Description	Cet indicateur mesure le nombre de jours sans antimicrobiens (antibactériens et antifongiques) d'un service de soins intensifs pendant une période définie. Nombre de jours sans antimicrobiens : nombre de jours-patients au cours desquels aucun traitement antifongique ou antibactérien n'a été administré (pour une période et un service définis)
Unité de mesure	Taux par 1000 jours-patients
Méthodes de calcul	(numérateur/dénominateur) × 100
Numérateur	Nombre total de jours sans antibiotiques (somme des jours-patients d'un service de soins intensifs où jours de traitement antibactérien ou antifongique = aucun)
Dénominateur	Nombre total de jours-patients du service de soins intensifs durant la période
Ajustement selon le risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	Dernier trimestre disponible, et tendances mensuelles
Source des données	SISMPC
Comment accéder aux données	Rapports des services de soins intensifs dans le Système d'information sur les soins aux malades en phase critique (SISMPC); 10.2b, nombre de jours sans antimicrobiens (tendance).
Commentaires	On sait que cet indicateur ne rend pas compte de l'ensemble de l'utilisation des antimicrobiens des hôpitaux ayant un service de soins intensifs de niveau 2 ou 3. Les programmes de gestion des antimicrobiens peuvent favoriser l'optimisation du nombre de jours sans antimicrobiens en garantissant la convenance du traitement, notamment en réduisant au minimum les traitements superflus et en limitant les traitements prolongés. SPO a rassemblé 32 stratégies de gestion des antimicrobiens pour aider les organisations à démarrer, à concevoir et à améliorer leur programme de gestion des antimicrobiens. Ces stratégies pourraient servir aux hôpitaux qui cherchent à optimiser le recours aux antimicrobiens aux soins intensifs.

	<p>L'outil de comparaison des programmes de gestion d'antimicrobiens (PGA) fait une synthèse interactive en ligne des renseignements relatifs aux PGA en cours dans les hôpitaux/groupements hospitaliers ontariens. Il permet de comparer les éléments structuraux et les stratégies des programmes mis en place dans les hôpitaux participants. Comme la discussion et l'apprentissage entre collègues est encouragé, l'outil contient également les coordonnées de personnes-ressources.</p> <p>Pour en savoir plus sur les indicateurs d'utilisation des antimicrobiens, consultez le document suivant (en anglais seulement) : http://www.publichealthontario.ca/en/eRepository/ASP_Metrics_Examples.pdf. À la page 11 du document sur les indicateurs du SISMPC se trouve un outil qui aide les responsables des programmes à assurer l'exactitude des données concernant les antimicrobiens inscrites dans le SISMPC, entre autres grâce à des trucs sur la collecte de données et une liste des agents antibactériens et antifongiques à action générale à entrer dans le système.</p>
--	--

Renseignements pour les hôpitaux offrant des services de soins continus complexes et de réadaptation

Les hôpitaux qui affectent des lits aux soins continus complexes (SCC) et à la réadaptation devraient envisager d'inclure des mesures d'amélioration de la qualité des SCC et des services de réadaptation destinés expressément aux patients adultes.

Rehabilitative Care Alliance est une initiative de collaboration provinciale fondée par les Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) de l'Ontario en avril 2013 afin de tirer parti des travaux accomplis par le groupe d'experts du programme de réadaptation et de soins continus complexes. Ces derniers ont mis au point un cadre d'évaluation des systèmes de soins de réadaptation, notamment une liste d'indicateurs qui pourrait être intégrée au PAQ. Pour obtenir de plus amples renseignements, consultez le site Web de l'initiative à l'adresse <http://www.rehabcarealliance.ca>.

II. Indicateurs pour les soins primaires

Indicateurs prioritaires pour les soins primaires

Nom de l'indicateur NOUVEAU	Pourcentage des clients qui ont eu un suivi dans les sept jours suivant leur congé de l'hôpital (CSC)
Indicateur prioritaire ou complémentaire?	Prioritaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	Efficacité
Orientation de l'amélioration	Augmentation (nombre supérieur)
Type	Processus
Description	Pourcentage de patients qui, dans les sept jours suivant leur congé de l'hôpital, ont eu un suivi médical pour l'une des affections suivantes : pneumonie, diabète, accident vasculaire cérébral, maladie gastro-intestinale, insuffisance cardiaque congestive, maladie pulmonaire obstructive chronique, problème cardiaque autre que la crise cardiaque.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	(numérateur/dénominateur) × 100
Numérateur	Nombre de congés après lesquels le patient a vu un médecin de premier recours dans les sept jours pour l'une des affections suivantes : pneumonie, diabète, accident vasculaire cérébral, maladie gastro-intestinale, insuffisance cardiaque congestive, maladie pulmonaire obstructive chronique, problème cardiaque autre que la crise cardiaque.
Dénominateur	Nombre de congés des soins de courte durée faisant partie d'une période de traitement pour laquelle l'une des affections susmentionnées est inscrite au dossier à la première hospitalisation, durant un même exercice (moins 30 jours, pour le suivi).
Ajustement selon le risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	Dernière période de 12 mois consécutifs
Source des données	Base de données sur les congés des patients (BDGP), Base de données des médecins de l'IRSS (BDMI), Régime d'assurance-santé de l'Ontario, Base de données sur les personnes inscrites (BDPI), données sur les consultations des CSC
Comment accéder aux données	Collecte de données à l'interne
Commentaires	Cet indicateur suit les caractéristiques techniques présentées dans le rapport sur les pratiques de soins primaires destiné aux CSC.

Nom de l'indicateur	Suivi en temps opportun auprès des patients qui ont obtenu leur congé de l'hôpital, par téléphone ou en personne, par un clinicien, dans les sept jours suivant le congé (pour les patients pour lesquels un avis de mise en congé a été reçu)
Indicateur prioritaire ou supplémentaire?	Prioritaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	En place
Orientation de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)
Type	Processus
Description	Pourcentage de patients pour lesquels un avis de mise en congé a été reçu et qui ont été suivis par un clinicien, par téléphone ou en personne, dans les sept jours suivant leur congé.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Numérateur/dénominateur x 100 %
Numérateur	Nombre de patients pour lesquels un avis de mise en congé a été reçu et qui ont obtenu une consultation (par téléphone ou en personne) dans les sept jours suivant leur congé de l'hôpital
Dénominateur	Nombre de patients qui ont obtenu leur congé pour lesquels un avis de mise en congé a été reçu
Ajustement selon le risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	Dernière période de 12 mois consécutifs.
Source des données	DME
Comment accéder aux données	Collecte de données à l'interne
Commentaires	Reportez-vous aux requêtes « Follow up after hospitalization » mises au point par l'Association des équipes de santé familiale de l'Ontario dans le cadre de l'élaboration du document <i>Decisions to Data 5.0</i> pour de plus amples renseignements sur l'accès aux données au moyen du DME.

Nom de l'indicateur	Expérience des patients : Participation des patients à la prise de décisions au sujet de leurs soins
Indicateur prioritaire ou supplémentaire?	Prioritaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	Soins axés sur les patients
Orientation de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)
Type	Résultat
Description	Les organismes sont censés mesurer leurs progrès à l'égard de cet indicateur en se servant <i>exactement</i> des mots de la question suivante, extraite d'un sondage : Participation des patients ou clients : Lorsque vous consultez votre médecin ou votre infirmière praticienne ou infirmier praticien, à quelle fréquence cette personne ou une autre personne du cabinet vous inclut autant que vous le souhaitez dans les décisions touchant vos soins et votre traitement?
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Numérateur/dénominateur x 100 %

	<p>Pour calculer cet indicateur, additionnez le nombre de sondés qui ont répondu « Toujours » et « Souvent », puis divisez-le par le nombre de sondés qui ont donné une réponse à cette question (en excluant les abstentions et les sondés qui ont répondu « Sans objet (je ne sais pas / je refuse de le dire) »).</p>
Numérateur	<p>Le nombre de sondés qui ont répondu « toujours » et « souvent » au moyen de la formulation exacte de la question du sondage.</p> <p>Participation des patients ou clients : Lorsque vous consultez votre médecin ou votre infirmière praticienne ou infirmier praticien, à quelle fréquence cette personne ou une autre personne du cabinet vous inclut autant que vous le souhaitez dans les décisions touchant vos soins et votre traitement? Veuillez utiliser l'échelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> • toujours • souvent • parfois • rarement • jamais • sans objet (je ne sais pas / je refuse de le dire)
Dénominateur	<p>Nombre de répondants qui ont dit avoir un fournisseur de soins primaires. Ne tenez pas compte des personnes qui n'ont pas répondu ou des sondés qui ont répondu « sans objet / je ne sais pas / je refuse de le dire ».</p>
Ajustement selon le risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	Avril 2017 à mars 2018 (ou la plus récente période de 12 mois disponible)
Source des données	Sondages internes
Comment accéder aux données	L'accès à ces données devrait se faire au sein de votre organisme.
Commentaires	<p>On encourage le recours au Sondage sur l'expérience des patients en matière de soins primaires, car ce dernier comprend l'ensemble des questions portant sur les indicateurs prioritaires, et plus encore. Élaboré par Qualité des services de santé Ontario en collaboration avec l'AFHTO, l'ACSO, le Collège des médecins de famille de l'Ontario et l'Ontario Medical Association, ce sondage est conçu pour être administré par les établissements et peut être acheminé à l'échelon organisationnel afin de soutenir les efforts d'amélioration de la qualité de la direction. Les questions du Sondage sur l'expérience des patients en matière de soins primaires portent sur deux aspects de l'expérience des patients : des éléments très précis de leur plus récente consultation avec leur fournisseur de soins primaires et leur expérience cumulée des soins qu'ils reçoivent.</p> <p>Pour télécharger le <i>Sondage sur l'expérience des patients en matière de soins primaires</i> ainsi qu'un guide de soutien complet sur sa mise en œuvre, veuillez cliquer ici. Pour accéder à une version différente du sondage conçue pour les CSC et les CASSA, veuillez cliquer ici.</p> <p>Ces indicateurs s'harmonisent également avec le cadre de mesure du rendement des soins primaires en Ontario de Qualité des services de</p>

	santé Ontario , le Sondage sur l'expérience en matière de soins de santé du ministère et le Sondage du Fonds du Commonwealth énoncés dans le document de Qualité des services de santé Ontario intitulé À la hauteur .
--	--

Nom de l'indicateur	Accès en temps voulu à un fournisseur de soins primaires (perception des patients)
Indicateur prioritaire ou supplémentaire?	Prioritaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	Rapidité
Orientation de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)
Type	Résultat
Description	Pourcentage de patients et de clients qui peuvent consulter un médecin ou du personnel infirmier praticien le jour même ou le lendemain, au besoin.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Numérateur/dénominateur x 100 %
Numérateur	<p>Les organismes sont censés mesurer leurs progrès à l'égard de cet indicateur en se servant exactement des mots de la question suivante, extraite d'un sondage à l'intention des patients et des clients :</p> <p>Le nombre de personnes qui ont répondu « le jour même » et « le lendemain » en utilisant exactement la formulation de la question suivante, extraite d'un sondage des patients et des clients : La dernière fois que vous avez été malade ou craigniez avoir un problème de santé, combien de jours se sont écoulés entre le moment où vous avez sollicité les services de votre médecin ou de votre infirmière praticienne ou infirmier praticien et le moment où vous AVEZ EU UNE CONSULTATION avec cette personne ou avec quelqu'un d'autre de son cabinet?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le jour même • Le lendemain • Dans les 2 à 19 jours (indiquez le nombre de jours : _____) • Dans les 20 jours ou plus • Sans objet (je ne sais pas / je refuse de le dire)
Dénominateur	<p>Nombre de participants qui ont répondu oui à la question suivante : Sans compter les bilans annuels et les visites de suivi d'une affection connue, avez-vous voulu, dans les 12 derniers mois, consulter votre [inscrire le type de fournisseur] parce que vous étiez malade ou pensiez avoir un problème de santé?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oui. • Non. • Ne sait pas. • Ne veut pas répondre. <p>ET</p> <p>Nombre de participants qui ont répondu à la question suivante par l'un des trois premiers choix de réponses : Avez-vous réussi à consulter votre [inscrire le type de fournisseur] ou une autre personne à son bureau?</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Oui, j'ai vu mon médecin. • Oui, j'ai vu une autre personne à son bureau. • J'ai vu et le [inscrire le type de fournisseur] et une autre personne (autres). • Non. • Ne sait pas. • Ne veut pas répondre. <p><i>Critères d'exclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • personnes qui n'ont pas répondu; • participants qui ont répondu qu'ils ne savaient pas ou qu'ils ne voulaient pas répondre à l'une ou l'autre des questions précédentes.
Ajustement selon le risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	Avril 2017 à mars 2018 (ou la plus récente période de 12 mois disponible)
Source des données	Sondages internes
Comment accéder aux données	L'accès à ces données devrait se faire au sein de votre organisme.
Commentaires	<p>On encourage le recours au Sondage sur l'expérience des patients en matière de soins primaires, car ce dernier comprend l'ensemble des questions portant sur les indicateurs prioritaires, et plus encore. Élaboré par Qualité des services de santé Ontario en collaboration avec l'Association of Family Health Teams of Ontario (AFHTO), l'Association des centres de santé de l'Ontario (ACSO), le Collège des médecins de famille de l'Ontario (CMFO) et l'Ontario Medical Association (OMA), ce sondage est conçu pour être administré par les cabinets et peut être acheminé à l'échelon organisationnel afin de soutenir les efforts d'amélioration de la qualité de la direction. Les questions du Sondage sur l'expérience des patients en matière de soins primaires portent sur deux aspects de l'expérience des patients : des éléments très précis de leur plus récente consultation avec leur fournisseur de soins primaires et leur expérience cumulée des soins qu'ils reçoivent.</p> <p>Pour télécharger le <i>Sondage sur l'expérience des patients en matière de soins primaires</i> ainsi qu'un guide de soutien complet sur sa mise en œuvre, veuillez cliquer ici. Pour accéder à une version différente du sondage conçue pour les centres de santé communautaire (CSC) et les centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones (CASSA), veuillez cliquer ici.</p> <p>Envisagez d'utiliser le troisième rendez-vous disponible, des mesures tirées du logiciel d'ordonnancement ou de poser des questions supplémentaires comme « Avez-vous eu un rendez-vous à la date voulue? » à titre d'indicateurs des processus pour l'indicateur énoncé ci-dessus. Les organismes peuvent également choisir d'ajouter ces mesures à titre d'indicateurs supplémentaires. Bien que l'indicateur relatif au troisième rendez-vous disponible fasse l'objet d'un suivi par le fournisseur, cet indicateur de PAQ devrait faire l'objet d'un suivi par l'organisme.</p>

Autres indicateurs pour les soins primaires

Nom de l'indicateur	Taux de réadmission à l'hôpital des patients en soins primaires dans les 30 jours
Indicateur prioritaire ou supplémentaire?	Supplémentaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	En place
Orientation de l'amélioration	Réduction (taux inférieur)
Type	Résultat
Description	<p>Pourcentage de patients ayant reçu leur congé au cours d'une période donnée pour une affection faisant partie des groupes de patients hospitalisés du MAS précisés et qui ont été réadmis dans un hôpital de soins actifs pour des soins non facultatifs dans les 30 jours suivant leur congé, par modèle pour établissement de soins primaires.</p> <p>Réadmission pour les patients inscrits dans un hôpital de soins actifs pour les affections suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infarctus aigu du myocarde • Affections cardiaques (à l'exception de l'IAM et l'ICC) [40 ans et plus]). • Insuffisance cardiaque congestive (ICC) [45 ans et plus] • Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) [45 ans et plus] • Pneumonie • Diabète • Accident vasculaire cérébral (45 ans et plus) • Maladie gastro-intestinale <p>qui ont une réadmission subséquente non facultative dans les 30 jours suivant leur congé.</p>
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	<p>Numérateur/dénominateur x 100 %</p> <p>Calcul de l'indicateur Nombre total de patients inscrits réadmis à l'hôpital dans les 30 jours à la suite d'un congé pour un groupe de patients hospitalisés au cours d'une période donnée multiplié par 100, divisé par le nombre total de patients inscrits ayant obtenu leur congé pour une affection précise (selon les groupes de patients hospitalisés) au cours d'une période donnée.</p>
Numérateur	<p>Nombre total de patients inscrits réadmis à l'hôpital dans les 30 jours après un congé pour des groupes de patients hospitalisés précisés.</p> <p><i>Critères d'inclusions :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les affections sélectionnées (groupes de patients hospitalisés précisés) sont les suivantes : accidents vasculaires cérébraux, MPOC, pneumonie, insuffisance cardiaque congestive, diabète, problèmes cardiaques et affections gastro-intestinales. • La réadmission après une hospitalisation est prise en compte si : <ol style="list-style-type: none"> a) la date de réadmission se situe dans les 30 jours suivant le congé pour l'hospitalisation de référence; b) le champ de la BDCP « catégorie d'admission » indique urgent.

	<p>c) l'admission n'est pas codée comme un transfert dans un établissement de soins actifs par l'hôpital de destination (sauf si la réadmission a été codée comme un transfert par le même hôpital).</p> <p><i>Critères d'exclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les dossiers dans lesquels la date de congé ou d'admission, le numéro d'assurance-santé, l'âge ou le sexe est manquant ou erroné. <p>Le numérateur est la somme des réadmissions pour toutes les hospitalisations de référence pendant la période de référence.</p> <p><i>Étapes :</i></p> <p>Pour obtenir le nombre de réadmissions observées :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les hospitalisations de référence (dénominateur) doivent être déterminées d'abord. • Pour chaque hospitalisation de référence, déterminer s'il y a une réadmission non facultative dans quelque établissement que ce soit dans les 30 jours suivant le congé. <p>La réadmission après une hospitalisation est prise en compte si :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la date de réadmission se situe dans les 30 jours suivant le congé pour l'hospitalisation de référence; • le champ de la BDCP « catégorie d'admission » indique urgent (réadmission non facultative). <p>La réadmission après une hospitalisation est exclue si :</p> <ul style="list-style-type: none"> • la réadmission est codée comme un transfert aux soins actifs par l'hôpital récepteur (sauf si la réadmission a été codée comme un transfert au sein du même hôpital); • des données sont manquantes ou invalides pour la date de mise en congé, la date d'admission, le numéro d'assurance-santé, l'âge ou le sexe.
Dénominateur	<p>Nombre total de patients inscrits qui ont reçu leur congé pour une affection précise (selon les groupes de patients hospitalisés) au cours d'une période donnée.</p> <p><i>Critères d'inclusions :</i></p> <p>1. Patient souffrant d'une des affections suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Infarctus aigu du myocarde (IAM) (45 ans et +) • Affections cardiaques autres que la crise cardiaque (à l'exception de l'IAM et l'ICC) (40 ans et +) • Insuffisance cardiaque congestive (ICC) (45 ans et +) • Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPCO) (45 ans et +) • Pneumonie • Diabète • Accident vasculaire cérébral (45 ans et +) • Maladie gastro-intestinale <p>2. Cas pour lesquels le code atypique des groupes de patients hospitalisés du MAS est « 00 » (cas typiques), « 01 » (transfert dans les</p>

cas), « 09 » (cas particuliers de court séjour), « 10 » (cas particuliers de long séjour), ou « 11 » (transfert dans les cas de long séjour).

Groupe de patients hospitalisés

Description du groupe

Infarctus aigu du myocarde (45 ans et +)

193a Infarctus du myocarde/AVC/arrêt cardiaque avec coronarographie

193b Infarctus du myocarde/AVC/arrêt cardiaque avec coronarographie, avec affections cardiaques de comorbidité

194a Infarctus du myocarde/AVC/arrêt cardiaque sans coronarographie

194b Infarctus du myocarde/AVC/arrêt cardiaque sans coronarographie, avec affections cardiaques de comorbidité

Accident vasculaire cérébral (45 ans et plus)

25 Événement hémorragique du système nerveux central

26 Événement s ischémiques du système nerveux central

28 Accident vasculaire cérébral non précisé

MPOC (45 ans et plus)

139c Maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection des voies respiratoires inférieures

139d Maladie pulmonaire obstructive chronique sans infection des voies respiratoires inférieures

Pneumonie (tous les âges)

136 Pneumonie bactérienne

138 Pneumonie virale/non précisée

143 Maladie de la plèvre

Insuffisance cardiaque congestive (45 ans et +)

196 Insuffisance cardiaque sans coronarographie

Diabète (tous les âges)

437a Diabète, autre

437b Diabète avec complications rénales

437c Diabète avec complications ophtalmiques, neurologiques ou vasculaires

437d Diabète avec complications multiples

Crise cardiaque (40 ans et plus)

202 Arythmie sans coronarographie

204a Angine instable/maladie coronarienne athérosclérotique sans coronarographie

	<p>204b Angine instable/maladie coronarienne athérosclérotique sans coronarographie, avec affections cardiaques de comorbidité</p> <p>208a Angine (sauf instable)/douleur thoracique sans coronarographie</p> <p>208b Angine (sauf Unstable) / Douleur thoracique sans angiographie coronaire avec comorbidités cardiaques</p> <p>GPH-MAS gastrointestinales (tous les âges)</p> <p>231 Intervention mineure sur les voies gastro-intestinales supérieures</p> <p>248 Entérite sévère</p> <p>251 Ulcère compliqué</p> <p>253 Maladie inflammatoire de l'intestin</p> <p>254 Hémorragie gastro-intestinale</p> <p>255 Occlusion gastro-intestinale</p> <p>256 Oesophagite, gastrite et maladies diverses de l'appareil digestif</p> <p>257 Signe ou symptôme de l'appareil digestif</p> <p>258 Autre trouble gastro-intestinal</p> <p>285 Cirrhose et hépatite alcoolique</p> <p>286 Affection du foie sauf cirrhose et tumeur maligne</p> <p>287 Trouble du pancréas sauf tumeur maligne</p> <p>288 Trouble des voies biliaires</p> <p><i>Critères d'exclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les dossiers dont la date du congé/d'admission, le numéro d'assurance-santé, l'âge ou le sexe valides sont manquants. • Hospitalisations de référence codées comme des transferts vers un autre hôpital de soins actifs pour patients hospitalisés, et décès et sorties; Exclut les cas pour lesquels le code d'état à la sortie = « 07 » (décès) <p>Le dénominateur est la somme de toutes les hospitalisations de référence (mises en congé pendant la période de référence pour des groupes de patients hospitalisés précis).</p> <p><i>Étapes :</i></p> <p>Déterminer les cas de référence :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. L'hospitalisation de référence est comptabilisée si : <ol style="list-style-type: none"> a. la date de congé se situe dans la période visée; b. le groupe du MAS et les restrictions d'âge des patients correspondent à ceux de l'annexe; 2. Sont inclus les cas où le code atypique est 00 (cas typiques), 01 (cas de transfert à l'établissement), 09 (cas particuliers effectuant un court séjour), 10 (cas particuliers effectuant un long séjour) ou 11 (cas de transfert à l'établissement avec long séjour). Les cas codifiés comme des transferts vers un autre hôpital de soins de courte durée sont exclus (à moins que la réadmission soit codée comme un transfert dans le même établissement). 3. Le dénominateur est la somme de tous les cas de référence de la période.
--	--

Ajustement selon le risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	Avril 2016 à mars 2017
Source des données	Base de données sur les congés des patients (BDCP), base de données CAPE (clients inscrits auprès d'un organisme pour un programme de santé), base de données centrale sur les fournisseurs de services de santé (CPDB)
Comment accéder aux données	Les organismes qui comptent des patients inscrits pourront accéder aux données en passant par le portail Web de la Direction des données sur la santé du ministère . Cliquez sur « Primary Care », puis sur « Quality Improvement Plan ». Écrire à l'adresse DDMSupport@Ontario.ca pour obtenir un nom d'utilisateur et un mot de passe si ce n'est déjà fait. Les CSC, CASSA et cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien qui se sont inscrits aux profils de cabinet de l'ICES pour l'ASCO doivent communiquer avec Jennifer Rayner à l'adresse : jrayner@lihc.on.ca .
Commentaires	<p>Notes méthodologiques</p> <p>Les données ne sont pas en temps réel et concernent l'exercice 2016-2017. Il y a un temps de décalage pour les renseignements fondés sur des données administratives en raison de la procédure de présentation des données. Malgré les décalages dans la transmission de ces données, les renseignements demeurent utiles pour étayer des initiatives d'amélioration de la qualité.</p> <p>Les données et les paramètres ont été supprimés lorsque le numérateur (activités) est inférieur à cinq et que le dénominateur (patients admis pour les GMA précisés) est inférieur à 30. Cette pratique est la norme en ce qui concerne la confidentialité des données et la divulgation par recoupements de renseignements personnels. Il faut être prudent dans l'interprétation des données si le numérateur est de 6 à 19 événements OU si le dénominateur est de 30 à 99 personnes.</p>

Nom de l'indicateur	Pourcentage de patients identifiés comme répondant aux critères des maillons santé à qui on a offert l'approche des maillons santé
Indicateur prioritaire ou supplémentaire?	Supplémentaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	En place
Orientation de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)
Type	Processus
Description	<p>Déterminer les patients souffrant d'affections multiples et ayant des besoins complexes (critères des maillons santé) à qui on a offert un accès à l'approche des maillons santé</p> <p>La population cible de patients ayant des besoins complexes devrait :</p> <ul style="list-style-type: none"> • coïncider en grande partie avec les utilisateurs entraînant des coûts élevés, tout en reconnaissant que ce ne sont pas tous les utilisateurs entraînant des coûts élevés qui sont des patients ayant des besoins élevés (et vice-versa); • inclure les patients ayant des besoins élevés et (ou) des problèmes de santé complexes;

	<ul style="list-style-type: none"> inclure les patients ayant quatre problèmes de santé chronique/entraînant des coûts élevés ou plus, notamment les personnes atteintes de problèmes de santé mentale et de toxicomanie, les patients des soins palliatifs et les personnes âgées fragiles. <p>Cependant, étant donné qu'il existe des nuances d'une collectivité à l'autre, les RLISS et les maillons santé sont invités à adapter les critères de désignation des patients à leur contexte local et aux besoins de la population.</p>
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Numérateur/dénominateur x 100 %
Numérateur	Nombre total de patients à qui on a offert l'accès à l'approche des maillons santé
Dénominateur	<p>Nombre total de patients désignés grâce à des évaluations cliniques et (ou) à des méthodes de détection de cas fondées sur des données, jugées conformes aux critères des maillons santé</p> <p><i>Critères d'exclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Les patients qui satisfont aux critères, mais à qui on n'a pas offert l'accès aux maillons santé parce qu'ils sont déménagés au-delà de la région desservie par le maillon santé ou qu'ils sont décédés.
Ajustement selon le risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	Période de 3 mois la plus récente.
Source des données	Collecte manuelle à l'interne (dossiers de santé, DME, autres) à l'interne.
Comment accéder aux données	Collecte de données à l'interne
Commentaires	<p>À la fin de 2015, Qualité des services de santé Ontario a effectué un examen comparatif de la meilleure information disponible sur les maillons santé et a analysé les innovations relatives à la gestion des soins coordonnés. Le cadre pour les innovations comprend des renseignements détaillés visant à aider les organismes à désigner les patients aux prises avec plusieurs affections et ayant des besoins complexes grâce à des évaluations cliniques et à des méthodes de détection de cas fondées sur des données, à tout moment au cours du cheminement du patient dans les soins de santé.</p> <p>Démarches d'identification des patients : Utiliser les mécanismes d'identification des patients à l'échelle clinique afin de soutenir l'identification des patients pendant une consultation. Par exemple, étant donné que chaque patient se présente dans un organisme de soins ou de bien-être ou participe à un programme de soins ou de bien-être pour recevoir des soins, le fournisseur peut déterminer que le patient pourrait tirer parti d'une approche de gestion des soins coordonnés ou d'une approche des maillons santé. Afin d'appuyer davantage la prise de décision clinique, le fournisseur peut ensuite utiliser un outil d'évaluation des risques normalisé, si cela est indiqué.</p>

	<p>Utiliser des mécanismes de détection de cas fondés sur des données afin de soutenir la désignation potentielle de patients souffrant d'affections multiples et ayant des besoins complexes au moyen des données de l'utilisation afin de désigner les patients ayant des besoins complexes. Par exemple, des déclencheurs comme le nombre de visites au service des urgences, le nombre d'admissions à l'hôpital et leur durée au cours d'une période donnée, ou les patients avec des affections ou des diagnostics déterminés, peuvent être intégrés au dossier médical électronique ou être gérés par des méthodes d'analyse et une extraction de données ciblées, afin d'appuyer la désignation de patients potentiels souffrant de multiples affections et ayant des besoins complexes.</p> <p><u>Remarque</u> : Aucune méthode ni aucun outil intersectoriel unique d'évaluation des risques cliniques assez sensible et précis pour désigner tous les patients qui bénéficieraient d'une approche de gestion des soins coordonnés ou d'une approche des maillons santé n'ont été cernés. Cependant, les outils d'évaluation des risques ci-dessous ont été mis en évidence par les maillons santé pendant l'analyse environnementale et sont présentés dans cette section aux fins de prise en compte en fonction du cabinet. La décision de mettre en œuvre ou d'administrer un de ces outils doit être évaluée parallèlement à d'autres renseignements pertinents dans le contexte.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Outil LACE (Length of Stay, Acuity of Admission, Comorbidities, Emergency Room Visits [durée du séjour, gravité de l'admission, comorbidités, consultations aux urgences]) • Cote PRA (admission répétitive préventive) • Échelle DIVERT (Detection of Indicators and Vulnerabilities for Emergency Room Trips Scale [détection des indicateurs et des vulnérabilités pour l'échelle des visites aux urgences]) <p>Pour obtenir plus de détails techniques, veuillez consulter le document Identifier des patients : utiliser une combinaison de stratégies cliniques et de stratégies fondées sur des données probantes.</p> <p><u>Remarque</u> : Une fois qu'un patient atteint de plusieurs affections ou ayant des besoins complexes a été désigné, l'organisme devrait établir un lien avec les processus mis en place par le maillon santé la région.</p>
--	--

Nom de l'indicateur	Test d'hémoglobine glycosylée (HbA1C)
Indicateur prioritaire ou supplémentaire?	Supplémentaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	Équitable
Orientation de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)
Type	Résultat
Description	Pourcentage de patients diabétiques âgés de 40 ans ou plus, ayant subi deux tests d'hémoglobine glycosylée (HbA1c) ou plus au cours des 12 derniers mois.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Numérateur/dénominateur x 100 %

Numérateur	Nombre de patients diabétiques âgés de 40 ans ou plus, ayant subi deux tests d'hémoglobine glycosylée (HbA1C) ou plus au cours des 12 derniers mois. RASO, selon la définition du code d'honoraires de l'assurance-santé de l'Ontario L093
Dénominateur	Nombre total de patients diabétiques âgés de 40 ans ou plus.
Ajustement selon le risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	Annuelle
Source des données	Base de données sur le diabète de l'Ontario (ODD), base de données sur les demandes de règlement du Régime de l'assurance-santé de l'Ontario (RASO), base de données des personnes inscrites (BDPI)
Comment accéder aux données	Collecte de données interne Les équipes Santé familiale (ESF) qui s'inscrivent peuvent avoir accès à des rapports sur les cabinets de soins primaires. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le site : http://www.hqontario.ca/Amélioration-de-la-qualité/Guides-outils-et-rapport-de-praticien/Soins-primaires Les organismes de soins primaires non inscrits à l'envoi des rapports sur les cabinets de médecine de groupe seront tenus d'extraire des données des DME.
Commentaires	Des mesures équivalentes, extraites des dossiers médicaux électroniques (DME), sont accessibles pour les CSC, les cliniques dirigées par du personnel infirmier praticien et les CASSA.

Nom de l'indicateur	Pourcentage de patients admissibles qui sont en retard pour subir un test de dépistage du cancer colorectal
Indicateur prioritaire ou supplémentaire?	Supplémentaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	Équitable
Orientation de l'amélioration	Diminution (plus faible)
Type	Résultat
Description	Pourcentage de personnes admissibles à un dépistage en Ontario, âgées de 50 à 74 ans, qui étaient en retard pour subir un test de dépistage du cancer colorectal chaque année civile
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Numérateur/dénominateur x 100 %
Numérateur	Nombre total de personnes admissibles à un dépistage en Ontario, âgées de 50 à 74 ans, qui étaient en retard pour subir un test de dépistage du cancer colorectal à la fin de l'année civile Les personnes ont été considérées comme en retard pour subir un test de dépistage du cancer colorectal si les conditions suivantes étaient réunies : <ul style="list-style-type: none"> elles n'avaient pas subi de test qui vérifie la présence de sang occulte dans les selles au cours des deux dernières années (1^{er} janvier de l'année précédente au 31 décembre de l'année civile d'intérêt);

	<ul style="list-style-type: none"> • elles n'avaient pas subi de coloscopie au cours des 10 dernières années (du 1^{er} janvier 9 ans avant l'année civile d'intérêt au 31 décembre de l'année civile d'intérêt); • elles n'avaient pas subi de sigmoïdoscopie flexible au cours des 10 dernières années (du 1^{er} janvier 9 ans avant l'année civile d'intérêt au 31 décembre de l'année civile d'intérêt). <p>Par exemple : à la fin de 2013, une personne serait considérée comme en retard pour subir un test de dépistage du cancer colorectal si elle n'a pas subi de test qui vérifie la présence de sang occulte dans les selles en 2012-2013, une sigmoïdoscopie flexible entre 2004 et 2013, ou une coloscopie entre 2004 et 2013.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relever les tests qui vérifient la présence de sang occulte dans les selles : <p><u>Le test qui vérifie la présence de sang occulte dans les selles offert en vertu d'un programme de SCC a été relevé dans les données du LRT ou du RASO :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - L179A ColonCancerCheck Fecal Occult Blood Testing <p><u>Le test qui vérifie la présence de sang occulte dans les selles offert en vertu d'un programme autre qu'un programme de SCC a été relevé à l'aide des codes tarifaires dans les données du RASO :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - L181A Lab Med - Biochem - Occult Blood <ul style="list-style-type: none"> • Des coloscopies ont été relevées dans les données de la RASO en utilisant les codes tarifaires Z555A, Z491A et Z499A. • Des sigmoïdoscopies flexibles ont été relevées dans les données de la RASO en utilisant le code tarifaire Z580A. • Plusieurs demandes de règlement au moyen du même numéro d'assurance-santé et de la même date du service ont été présumées être une demande de règlement unique. • Chaque personne a été comptée une fois seulement, peu importe le nombre de tests effectués.
Dénominateur	<p>Nombre total d'Ontariennes et d'Ontariens âgés de 50 à 74 ans admissibles au test de dépistage au cours de chaque année civile.</p> <p><i>Critères d'inclusions :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Résidents de l'Ontario âgés de 50 à 74 ans à la date de référence • On a défini le 1^{er} janvier d'une année donnée comme date de référence • La population canadienne en 2011 a été utilisée comme population type pour calculer le taux normalisé selon l'âge • L'affectation des RLISS a été déterminée au moyen de PCCF+, version 6A; le code postal résidentiel a été utilisé pour déterminer le RLISS et les personnes dont le RLISS est inconnu ou manquant ont été exclues de l'analyse • Le quintile de revenu du quartier a été déterminé au moyen de PCCF+, version 6A; cet indicateur a été défini en fonction des quintiles de revenu élaborés par Statistique Canada; les quintiles de revenu varient de 1 à 5 (faible à élevé)

	<ul style="list-style-type: none"> • La résidence rurale ou urbaine a été déterminée au moyen de PCCF+, version 6A. Cet indicateur a été défini selon que les personnes vivaient ou non dans une région métropolitaine de recensement (RMR), une agglomération de recensement (AR) ou des zones d'influence métropolitaine de recensement (ZIM) qui tient compte de la taille de la population ainsi que de la distance et du navettage entre les régions rurales et les petites villes et les grands centres. <ul style="list-style-type: none"> o Urbaine : RMR ou AR ayant une population de base de 10 000 personnes ou plus et au moins 50 % des déplacements de la population vers une RMR ou une AR. o Rurale : Zone ayant une population de base inférieure à 10 000 personnes, dont 30 à 49 % des navetteurs se rendent dans une région urbaine (appelée « ZIM forte » dans la classification de Statistique Canada) o Rurale éloignée : Zone ayant une population de base inférieure à 10 000 personnes, dont 5 à 49 % des navetteurs se rendent dans une région urbaine (appelée « ZIM modérée » dans la classification de Statistique Canada) o Rurale très éloignée : Zone ayant une population de base inférieure à 10 000 personnes, dont 0 à 4 % des navetteurs se rendent dans une région urbaine, qui comprend également des parties non urbaines de territoires (appelée « ZIM faible » ou « Aucune ZIM » ou « Territoires à l'extérieur des AR » dans la classification de Statistique Canada) • Le pourcentage d'immigrants par quartier a été déterminé en utilisant PCCF+, version 6A; cet indicateur divise les AR en trois catégories selon le pourcentage d'immigrants : faible (27 % ou moins), modéré (de 27,1 % à 51,8 %) et élevé (au moins 51,9 %). • Les données sur les bureaux de santé publique ont été déterminées au moyen de PCCF+, version 6A. <p><i>Critères d'exclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les personnes dont le numéro d'assurance-santé, la date de naissance, le sexe ou le code postal est absent ou invalide. • Personnes atteintes d'un cancer colorectal envahissant avant le 1^{er} janvier de l'année civile d'intérêt; le diagnostic préalable de cancer colorectal a été défini comme suit : les codes ICD-O-3 C18.0, C18.2-C18.9, C19.9 et C20.9, une morphologie qui reflète un cancer colorectal, confirmée par microscope dans un rapport de cheminement • Personnes ayant subi une colectomie totale avant le 1^{er} janvier de l'année civile d'intérêt; la colectomie totale a été définie dans les données du RASO par les codes tarifaires S169A, S170A et S172A.
Ajustement selon le risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	Annuelle
Source des données	<ul style="list-style-type: none"> • Base de données sur les demandes de règlement du Régime de l'assurance-santé de l'Ontario (RASO) – demandes de règlement pour des colectomie, test qui vérifie la présence de sang occulte dans les selles offert en vertu d'un programme autre qu'un programme de SCC, coloscopie, sigmoïdoscopie flexible

	<ul style="list-style-type: none"> • Outil provisoire de présentation de rapports sur les coloscopies – les dossiers sur les coloscopies des programmes de SCC. • Laboratory Reporting Tool – tests qui vérifient la présence de sang occulte dans les selles offerts en vertu d'un programme de SCC • Registre du cancer de l'Ontario d'ACO – Demandes réglées pour un cancer colorectal envahissant • Base de données des personnes inscrites (BDPI) – Données démographiques • PCCF+, version 6A – Données sur le lieu de résidence et données sociodémographiques
Comment accéder aux données	<p>La principale source de données est le DME (tous les modèles). Une autre source est le rapport d'activité de dépistage d'Action Cancer Ontario (RAD-ACO) – pour les équipes de santé familiale.</p> <p>Rapport d'activité de dépistage d'Action Cancer Ontario – Pour vous inscrire afin de recevoir un RAD, veuillez cliquer ici. Par ailleurs, les données peuvent être extraites manuellement du DME.</p> <p>Action Cancer Ontario offre des ressources à l'intention des fournisseurs de soins de santé pour le dépistage du cancer colorectal. Le rapport d'activité de dépistage (RAD) offre aux médecins de soins primaires qui participent à un modèle d'inscription en soins primaires un outil supplémentaire pour améliorer leurs taux de dépistage du cancer et le suivi approprié pour le dépistage du cancer du sein et de l'utérus et du cancer colorectal. Les renseignements compris dans le RAD sont mis à jour au 10^e jour civil de chaque mois afin d'offrir des données opportunes sur le dépistage du cancer du sein et de l'utérus et du cancer colorectal.</p>
Commentaires	<ul style="list-style-type: none"> • L'adresse indiquée dans la BDPI historique est incomplète; par conséquent, l'adresse primaire la plus récente a été choisie pour la déclaration, même pour les périodes d'étude historiques. • Les tests qui vérifient la présence de sang occulte dans les selles effectués dans les laboratoires d'hôpitaux n'ont pas pu être saisis. • Une petite proportion de tests qui vérifient la présence de sang occulte dans les selles utilisés comme tests diagnostiques n'ont pas pu être exclus de l'analyse. <p>Cet indicateur est conforme à l'indicateur de dépistage du cancer colorectal d'Action Cancer Ontario. Les organismes de soins primaires qui ont accès aux rapports d'activité de dépistage d'Action Cancer Ontario sont invités à utiliser cet indicateur.</p>

Nom de l'indicateur	Pourcentage de femmes admissibles au dépistage en Ontario, âgées de 21 à 69 ans, qui ont subi au moins un test de Papanicolaou au cours d'une période de 42 mois.
Indicateur prioritaire ou supplémentaire?	Supplémentaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	Équitable
Orientation de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)
Type	Résultat
Description	Pourcentage de femmes admissibles au dépistage en Ontario, âgées de 21 à 69 ans, qui ont subi au moins un test de Papanicolaou au cours d'une période de 42 mois.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Numérateur/dénominateur x 100 %
Numérateur	<p>Nombre total d'Ontariennes de 21 à 69 ans admissibles au dépistage qui ont subi au moins un test de Papanicolaou (Pap) au cours d'une période de 42 mois</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les <u>tests Pap</u> ont été recherchés : <ol style="list-style-type: none"> 1. dans la base de données CytoBase; 2. à l'aide des codes tarifaires du RASO : <ul style="list-style-type: none"> ○ E430A : ajout à a003, a004, a005, a006 quand le test a été effectué à l'extérieur de l'hôpital, ○ G365A : examen périodique de dépistage par frottis cervicovaginal, ○ E431A : lorsque l'examen de dépistage par frottis cervicovaginal est effectué à l'extérieur de l'hôpital, à G394, ○ G394A : supplémentaire pour faire le suivi d'un frottis cervicovaginal anormal ou inadéquat, ○ L713A : échantillon envoyé en analyse anatomopathologique en laboratoire médical, histologique ou cytologique-gynécologique ○ L733A : échantillon cervicovaginal (méthode de culture cellulaire monocouche), ○ L812A: échantillons cervicovaginaux, y compris tous les types d'anomalies cellulaires, l'évaluation de la flore et (ou) l'évaluation cytohormonale, ○ Q678A : gynécologie – examen de dépistage par frottis cervicovaginal – périodique – infirmiers praticiens, ○ L643A : laboratoire médical – microbiologie – microscopie – examen de dépistage par frottis cervicovaginal seulement/coloration par technique de Papanicolaou. • Tous les tests de CytoBase ont été comptabilisés, y compris ceux pour lesquels les échantillons étaient inadéquats. <ul style="list-style-type: none"> ○ Chaque patiente n'a été comptée qu'une fois, peu importe le nombre de tests subis au cours de la période de 42 mois à l'étude.
Dénominateur	<p>Nombre total d'Ontariennes qui ont entre 21 et 69 ans et qui sont admissibles au dépistage pendant la période visée</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ontariennes de 21 à 69 ans admissibles au dépistage à la date de référence.

- Date de référence : date médiane de la période visée; p. ex., le 1^{er} juillet 2014 pour la période allant de 2013 à 2015.
- Pour le calcul du taux normalisé selon l'âge, la population canadienne en 2011 a servi de population type.
- L'adresse inscrite dans la BDPI à la date la plus près de la date de référence a servi à déterminer le code postal.
- L'affectation des RLISS a été déterminée au moyen de la version 6C de PCCF+; le code postal résidentiel a été utilisé pour déterminer le RLISS, et les personnes dont le RLISS était inconnu ou manquant ont été exclues de l'analyse.
- Les données sur les bureaux de santé publique ont été déterminées avec la version 6A de PCCF+.

Critères d'exclusion :

- Les femmes dont le numéro d'assurance-santé, la date de naissance, le RLISS ou le code postal est inconnu ou invalide.
- Les femmes ayant reçu un diagnostic de cancer invasif du col de l'utérus avant le 1^{er} janvier de la période de référence, p. ex., le 1^{er} janvier 2013 pour la période de 2013 à 2015; le diagnostic préalable de cancer du col de l'utérus a été défini comme étant : un des codes C53 de l'ICD-O-3 combiné à une morphologie reflétant un cancer du col de l'utérus, confirmée par microscope dans un rapport d'analyse pathologique.
- Les femmes ayant subi une colposcopie et/ou un traitement dans les deux ans précédant le 1^{er} janvier de la période de référence (p. ex., 1^{er} janvier 2013 pour la période de 2013 à 2015). Les colposcopies et traitements ont été recensés à l'aide des codes tarifaires du RASO :
 - **Colposcopie**
 - Z731 : investigation initiale d'un résultat cytologique anormal par un examen de la vulve et/ou du vagin ou du col de l'utérus par colposcopie, avec ou sans biopsie ou curetage endocervical,
 - Z787 : colposcopie de suivi avec biopsie, avec ou sans curetage endocervical,
 - Z730 : colposcopie de suivi sans biopsie, avec ou sans curetage endocervical.
 - **Traitement**
 - Z732 : cryothérapie,
 - Z724 : électro,
 - Z766 : excision électrochirurgicale à l'anse (LEEP),
 - S744 : col de l'utérus – conisation – peu importe la technique, avec ou sans dilatation et curetage,
 - Z720 : biopsie du col de l'utérus, avec ou sans fulguration,
 - Z729 : cryoconisation, électroconisation ou traitement à l'aide d'un laser au gaz carbonique (CO₂) avec ou sans curetage de la lésion précancéreuse (dysplasie ou carcinome), sans hospitalisation.
- Les femmes ayant subi une hystérectomie avant le 1^{er} janvier de la période de référence.

	<ul style="list-style-type: none"> • Les femmes ayant subi une hystérectomie ont été recherchées dans la Base de données historiques sur les demandes de règlement, à l'aide des codes tarifaires suivants : <ul style="list-style-type: none"> ○ E862A : hystérectomie par laparoscopie ou assistée par laparoscopie, ○ P042A : obstétrique – travail – accouchement – césarienne comprenant une hystérectomie, ○ Q140A : code d'exclusion pour les patientes inscrites de 35 à 70 ans ayant subi une hystérectomie, ○ S710A : hystérectomie, avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – et omentectomie pour tumeur maligne, ○ S727A : chirurgie de réduction tumorale pour un cancer de l'ovaire de stade 2C, 3B ou 4, pouvant inclure l'hystérectomie, ○ S757A : hystérectomie – avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – abdominale – totale ou non, ○ S758A : hystérectomie – avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – avec réfection de la paroi vaginale antérieure et postérieure, et incluant une entéroécèle et/ou une réfection du dôme vaginal, ○ S759A : hystérectomie – avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – avec réfection de la paroi vaginale antérieure ou postérieure, et incluant une entéroécèle et/ou une réfection du dôme vaginal, ○ S762A : hystérectomie – avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – trachélectomie radicale – excluant la lymphadénectomie, ○ S763A : hystérectomie – avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – opération radicale (de Wertheim ou de Schauta) – incluant la lymphadénectomie, ○ S765A : amputation du col de l'utérus, ○ S766A : col de l'utérus – exclure – partie restante du col – abdominal, ○ S767A : col de l'utérus – exclure – partie restante du col – vaginal, S816A : hystérectomie – avec ou sans préservation des annexes (sauf indication contraire) – vaginale.
Ajustement selon le risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	Annuelle
Source des données	Base de données sur les demandes de règlement du Régime de l'assurance-santé de l'Ontario (RASO), CytoBase, Action Cancer Ontario – registre du cancer de l'Ontario, base de données sur les personnes inscrites (BDPI), PCCF+ version 6A
Comment accéder aux données	<p>La principale source de données est le DME. Une autre source est le rapport d'activité de dépistage d'Action Cancer Ontario – équipes de santé familiale. Pour vous inscrire afin de recevoir un RAD, veuillez cliquer ici. Par ailleurs, les données peuvent être extraites manuellement du DME.</p> <p>Action Cancer Ontario offre des ressources pour les fournisseurs de soins de santé – Dépistage du cancer du col de l'utérus. Le rapport d'activité de</p>

	dépistage (RAD) offre aux médecins de soins primaires qui participent à un modèle d'inscription en soins primaires un outil supplémentaire pour améliorer leurs taux de dépistage du cancer et le suivi approprié pour le dépistage du cancer du sein et de l'utérus et du cancer colorectal. Les renseignements compris dans le RAD sont mis à jour au 10 ^e jour civil de chaque mois afin d'offrir des données opportunes sur le dépistage du cancer du sein et de l'utérus et du cancer colorectal.
Commentaire	Cet indicateur est conforme à l'indicateur de dépistage du cancer du col de l'utérus d'Action Cancer Ontario. Les organismes de soins primaires qui ont accès aux rapports d'activité de dépistage d'Action Cancer Ontario sont invités à utiliser cet indicateur.

Nom de l'indicateur NOUVEAU	Évaluation du risque d'ulcère du pied diabétique
Indicateur prioritaire ou supplémentaire?	Supplémentaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	Efficacité
Orientation de l'amélioration	Augmentation (nombre supérieur)
Type	Processus
Description	Pourcentage des patients diabétiques de 18 ans ou plus qui ont fait l'objet d'une évaluation du risque d'ulcère du pied diabétique utilisant un outil validé et normalisé dans les 12 derniers mois
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	(numérateur/dénominateur) x 100
Numérateur	Nombre de patients diabétiques de 18 ans et plus qui ont fait l'objet d'une évaluation du risque d'ulcère du pied diabétique utilisant un outil validé et normalisé dans les 12 derniers mois
Dénominateur	Nombre total de patients diabétiques de 18 ans et plus
Ajustement selon le risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	Dernière période de 12 mois consécutifs
Source des données	DMI
Comment accéder aux données	Collecte de données à l'interne
Commentaires	<p>Cet indicateur est recommandé dans l'énoncé n° 1 de la norme de qualité <i>Diabetic Foot Ulcers</i>. Consultez la norme pour en savoir plus sur l'évaluation du risque d'ulcère du pied diabétique.</p> <p>La norme comprend des outils normalisés visant à orienter la pratique clinique.</p> <p>Outils validés et normalisés</p> <p>Ces outils devraient minimalement comprendre les parties énoncées ci-dessous.</p> <p>Examen des deux jambes et des deux pieds (y compris entre les orteils) relativement aux éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neuropathie (p. ex., au moyen d'un monofilament de 10 g)

	<ul style="list-style-type: none"> • Ulcères • Callosités • Température de la peau (une différence de 2 °C ou de 3 à 4 °F entre les deux pieds peut être un signe d'infection, d'un apport sanguin sous-optimal ou d'un trauma profond) • Anomalies structurales et difformités • Arthropathie de Charcot • Œdème du mollet, de la cuisse ou des chevilles • Changement de couleur de la peau • Changements cutanés et unguéaux • Amplitude des mouvements, démarche et chaussures • Prise du pouls pédieux (dessus du pied et intérieur de la cheville) <p>Questionnement sur les ulcères et amputations antérieurs</p> <p>Mesure de l'indice de pression systolique cheville/bras ou orteil/bras à intervalles réguliers visant à dépister une artériopathie périphérique (la calcification artérielle pouvant faussement hausser les mesures chez les diabétiques, il faut interpréter les résultats avec prudence).</p> <p>Un exemple d'outil validé et normalisé : l'outil de dépistage du pied diabétique en 60 secondes d'Inlow (en anglais seulement).</p>
--	--

Nom de l'indicateur	Bilan comparatif des médicaments dans le secteur des soins primaires
Indicateur prioritaire ou supplémentaire?	Supplémentaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	Sécurité
Orientation de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)
Type	Processus
Description	Pourcentage de patients ayant fait l'objet d'un bilan comparatif des médicaments au cours de la dernière année.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Numérateur/dénominateur x 100 %
Numérateur	Nombre de patients ayant fait l'objet d'un bilan comparatif des médicaments au cours de la dernière année.
Dénominateur	Nombre de patients qui ont eu une consultation au cours de la dernière année.
Ajustement selon le risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	Période de 12 mois la plus récente.
Source des données	DME
Comment accéder aux données	Collecte de données à l'interne Les organisations de soins primaires sont encouragées à déterminer quelle partie de leur population de patients profiterait le plus d'un bilan comparatif des médicaments (p. ex. les patients qui ont récemment reçu leur congé de l'hôpital, qui ont été orientés vers des spécialistes qui pourraient leur prescrire des médicaments, qui ont plus de deux

ordonnances de médicament ou qui prennent un médicament à risque élevé).

Le bilan comparatif des médicaments est un élément important de la sécurité des médicaments. Bien que des processus de bilan comparatif des médicaments devraient être mis en œuvre au sein de chaque secteur de soins de santé, les liens entre les secteurs sont tenus d'être plus efficaces pour les patients. Comme les soins primaires constituent le cadre dans lequel les patients reçoivent la majorité de leurs soins de santé et qu'ils sont souvent le cœur de la coordination des soins pour le reste des soins d'un patient, ce secteur joue un rôle clé dans la création de ces liens. Pour leurs PAQ, les organismes de soins primaires sont encouragés à élaborer des processus de bilans comparatifs des médicaments qui tirent parti des ressources disponibles.

L'Institut pour l'utilisation sécuritaire des médicaments (ISMP) a élaboré une ressource destinée à soutenir le bilan comparatif des médicaments dans les établissements de soins primaires. Comme point de départ, effectuer un bilan comparatif des médicaments dans le secteur des soins primaires consiste en quatre activités principales :

1. Recueillir et consigner une liste de médicaments exacte et à jour, appelée le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP). On peut le faire, par exemple, au cours d'une visite au cabinet pour tout patient qui prend de nombreux médicaments et qui a récemment obtenu son congé de l'hôpital ou a été aiguillé vers de nombreux spécialistes.
2. Comparer le MSTP avec les renseignements contenus dans le dossier du patient et identifier les divergences (c.-à-d. les différences entre les diverses sources de renseignements sur les médicaments).
3. Corriger les divergences au besoin en discutant avec le fournisseur de soins primaires et le patient et mettre à jour le MSTP une fois les divergences réglées, créant ainsi un bilan comparatif exact. Remarque : les pharmaciens œuvrant ou non en milieu communautaire, constituent une ressource importante pour aider à créer le bilan comparatif à jour.
4. Communiquer les changements de médicaments qui en découlent au patient et vérifier si le patient comprend sa pharmacothérapie.

Rapport sur les pratiques de soins primaires : autres mesures de soutien pour l'amélioration de la qualité

Grâce aux rapports *Mapratique* (anciennement les rapports sur les pratiques de soins primaires), les médecins peuvent voir, en toute confidentialité, leurs habitudes de prescription d'opioïdes comparées à celles des autres. Ils peuvent également connaître l'état de santé de leurs patients en consultant leurs résultats de dépistage du cancer et leur suivi de prise en charge du diabète, ainsi que leur utilisation des services de santé, notamment leur fréquentation de l'urgence. Les médecins y trouveront également des idées concrètes propres à certains aspects de l'amélioration, ce qui implique une économie de temps et d'efforts dans la recherche de solutions qui existent déjà. Pour en savoir plus ou vous inscrire, rendez-vous au www.hqontario.ca/mypractice (en anglais seulement).

III. Indicateurs pour les soins à domicile

Indicateurs prioritaires pour les soins à domicile

Nom de l'indicateur	Réadmissions à l'hôpital
Indicateur prioritaire ou supplémentaire?	Prioritaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	En place
Orientation de l'amélioration	Réduction (taux inférieur)
Type	Résultat
Description	Pourcentage de clients soignés à domicile qui ont été réadmis de manière imprévue à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur congé.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Numérateur/dénominateur x 100 %
Numérateur	<p>Nombre de clients adultes soignés à domicile qui ont été réadmis de manière imprévue à l'hôpital dans les 30 jours suivant leur congé.</p> <p><i>Critères d'inclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Réadmissions dans les 30 jours suivant l'hospitalisation de référence. • Réadmissions urgentes : catégorie d'admission = U. <p><i>Critère d'exclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Réadmissions planifiées : code = 1.
Dénominateur	<p>Tous les clients adultes soignés à domicile et suivis par un CASC qui ont obtenu leur congé de l'hôpital.</p> <p><i>Critères d'inclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Clients ayant demandé des services à domicile : programme de demande = 01. • Clients ayant eu un séjour court ou long : dernier SRC = 91, 92, 93 ou 94. • Clients actifs au congé de l'hôpital : date de début des soins à domicile ≤ date du congé de l'hôpital + 7 jours ET date de fin des soins à domicile INEXISTANTE OU > date du congé de l'hôpital. • Clients ayant obtenu un congé d'un établissement de soins actifs : type d'établissement pour l'analyse = 1. • Clients recevant des soins à domicile dans les 30 jours suivant le congé : date du congé de l'hôpital < date de début des soins à domicile < date du congé de l'hôpital + 30 jours. <p><i>Critères d'exclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Numéros de cartes Santé invalides : HCN_index=D. • Clients des soins palliatifs : dernier SRC = 95. • Congés pour les nouveau-nés et les mortinaissances : codes = N, S. • Congés pour les donneurs décédés : catégorie = R.

	<ul style="list-style-type: none"> • Services de gestion de cas : code = 10. • Clients ayant moins de 19 ans au moment du congé : âge < 19. • Transferts en soins actifs : Inst_to_type=1 ET code d'état à la sortie = 01. • Sorties et décès : codes d'état à la sortie = 06 ou 07. <p>L'hôpital concerné est celui où a eu lieu la consultation de référence. Le code SRC du client est le dernier consigné à son dossier. L'âge utilisé est celui du client le jour du congé.</p>
Ajustement selon le risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	Juillet 2016 à juin 2017
Source des données	Base de données sur les congés (BDGP), base de données sur les soins à domicile, Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA). Données fournies à QSSO par Services communs pour la santé Ontario (SCSO).
Comment accéder aux données	Accédez aux données de votre organisme concernant la période de référence au moyen du navigateur de PAQ de Qualité des services de santé Ontario . Les données seront accessibles en février 2018. Vous pouvez également accéder aux données de votre organisme pour cet indicateur, en consultant le portail d'établissement de rapports des CASC.

Nom de l'indicateur	Consultations aux urgences non prévues
Indicateur prioritaire ou supplémentaire?	Prioritaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	En place
Orientation de l'amélioration	Réduction (taux inférieur)
Type	Processus
Description	Pourcentage de clients soignés à domicile ayant obtenu une consultation imprévue aux urgences pour une urgence moyenne dans les 30 jours suivant leur congé de l'hôpital.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Numérateur/dénominateur x 100 %
Numérateur	<p>Nombre de clients adultes soignés à domicile qui ont obtenu une consultation aux urgences de niveau 4 ou 5 sur l'échelle canadienne de triage (sans être admis à l'hôpital) dans les 30 jours suivant leur congé de l'hôpital.</p> <p><i>Critères d'inclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultations aux urgences : indicateur lié aux urgences = 1. • Dates d'enregistrement aux urgences dans les 30 jours suivant l'hospitalisation de référence. • Gravité faible : niveaux sur l'ETG = 4 ou 5.
Dénominateur	Tous les clients adultes soignés à domicile et suivis par un CASC qui ont obtenu leur congé de l'hôpital.

	<p><i>Critères d'inclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Clients ayant demandé des services à domicile : programme de demande = 01 • Clients ayant eu un séjour court ou long : dernier SRC = 91, 92, 93 ou 94 • Clients actifs au congé de l'hôpital : date de début des soins à domicile ≤ date du congé de l'hôpital + 7 jours ET date de fin des soins à domicile INEXISTANTE OU > date du congé de l'hôpital • Clients ayant obtenu un congé d'un établissement de soins actifs : type d'établissement pour l'analyse = 1 • Clients recevant des soins à domicile dans les 30 jours suivant le congé : date du congé de l'hôpital < date de début des soins à domicile < date du congé de l'hôpital + 30 jours <p><i>Critères d'exclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Numéros de cartes Santé invalides : HCN_index=D • Clients des soins palliatifs : dernier SRC = 95 • Congés pour les nouveau-nés et les mortinaissances : codes = N, S • Congés pour les donneurs décédés : catégorie = R • Services de gestion de cas : code = 10 • Clients ayant moins de 19 ans au moment du congé : âge < 19 • Transferts en soins actifs : Inst_to_type=1 ET code d'état à la sortie = 01 • Sorties et décès : codes d'état à la sortie = 06 ou 07 <p>L'hôpital concerné est celui où a eu lieu la consultation de référence. Le code SRC du client est le dernier consigné à son dossier. L'âge utilisé est celui du client le jour du congé.</p>
Ajustement selon le risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	Juillet 2016 à juin 2017
Source des données	Base de données sur les congés (BDGP), base de données sur les soins à domicile, Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA). Données fournies à QSSO par Services communs pour la santé Ontario (SCSO).
Comment accéder aux données	Accédez aux données de votre organisme concernant la période de référence au moyen du navigateur de PAQ de Qualité des services de santé Ontario . Les données seront accessibles en février 2018. Vous pouvez également accéder aux données de votre organisme pour cet indicateur, en consultant le portail d'établissement de rapports des CASC.

Nom de l'indicateur	En fin de vie, lieu de décès préféré
Indicateur prioritaire ou supplémentaire?	Prioritaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	Soins axés sur les patients
Orientation de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)

Type	Résultat
Description	Pourcentage de patients des soins palliatifs ou en fin de vie qui sont décédés dans leur lieu de décès préféré
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Numérateur/dénominateur x 100 %
Numérateur	<p>Nombre de patients des soins palliatifs ou en fin de vie qui sont décédés dans leur lieu de décès préféré Il faut attribuer à la sortie du patient un code d'état à la sortie correspondant à « décès » au cours de la période sélectionnée</p> <p><i>Critères d'inclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aiguillages depuis le domicile seulement • Plus de 18 ans au moment de l'aiguillage • Population du modèle de soins chroniques recevant des « soins palliatifs complexes » ou des « soins palliatifs pour des maladies chroniques » ou en fin de vie (SRC 95) au moment du congé • États à la sortie : • Décédé à domicile (lieu de décès préféré) • Décédé à l'hôpital (lieu de décès préféré) • Décédé dans une maison de soins palliatifs (lieu de décès préféré) • Décédé dans un foyer de soins de longue durée (lieu de décès préféré) • Décédé dans une maison de retraite (lieu de décès préféré) • Décédé dans un endroit autre (lieu de décès préféré) <p><i>Critères d'exclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Autres codes SRC ou du modèle de soins chroniques • Enfants de 18 ans et moins au moment du congé • Aiguillages autres que les aiguillages depuis le domicile (école, placement). • Autres états de sortie en cas de décès (lieu de décès non préféré) • Patients pour lesquels le numéro de carte Santé est manquant ou invalide
Dénominateur	<p>Nombre de patients recevant des soins palliatifs ou en fin de vie dont l'état de sortie est « décédé » au cours de la période de référence.</p> <p><i>Critères d'inclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aiguillages depuis le domicile seulement • Plus de 18 ans au moment de l'aiguillage • Population du modèle de soins chroniques recevant des « soins palliatifs complexes » ou des « soins palliatifs pour des maladies chroniques » ou en fin de vie (SRC 95) au moment du congé • Tout congé pour lequel l'état à la sortie est « est décédé » = 1 • Décédé (au moment des soins à domicile et des soins communautaires d'un RLISS) • Décédé à l'hôpital (< 14 jours) • Décédé à l'hôpital • Décédé à domicile • Décédé à domicile (lieu de décès préféré) • Décédé à l'hôpital (lieu de décès préféré) • Décédé dans une maison de soins palliatifs (lieu de décès préféré)

	<ul style="list-style-type: none"> • Décédé dans un FSLD (lieu de décès préféré) • Décédé dans une maison de retraite • Décédé dans une maison de retraite (lieu de décès préféré) • Décédé dans un autre endroit • Décédé dans un autre endroit (lieu de décès préféré) • Décédé dans une maison de soins palliatifs • Décès non prévu <p><i>Critères d'exclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Autres codes SRC ou du modèle de soins chroniques • Enfants de 18 ans et moins au moment du congé • Aiguillages autres que les aiguillages depuis le domicile (école, placement). • États à la sortie autres qu'un décès • Patients pour lesquels le numéro de carte Santé est manquant ou invalide
Ajustement selon le risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	Octobre 2016 à septembre 2017
Source des données	Système CHRIS (Client Health and Related Information System) des CASC. Données fournies à QSSO par Services communs pour la santé Ontario (SCSO).
Comment accéder aux données	Accédez aux données de votre organisme concernant la période de référence au moyen du navigateur de PAQ de Qualité des services de santé Ontario . Les données seront accessibles en février 2018. Vous pouvez également accéder aux données de votre organisme pour cet indicateur, en consultant le portail d'établissement de rapports des CASC.

Nom de l'indicateur	Expérience des clients
Indicateur prioritaire ou supplémentaire?	Prioritaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	Soins axés sur les patients
Orientation de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)
Type	Résultat
Description	Cet indicateur fournit des renseignements sur l'expérience globale des patients soignés à domicile. Il indique le pourcentage de patients de soins à domicile qui sont satisfaits des services fournis par les soins à domicile et communautaires du RLISS, de la gestion de leurs soins par les coordonnateurs de soins des CASC et des services offerts par les organismes fournisseurs de services.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Pourcentage de « bonnes », « très bonnes » et « excellentes » réponses sur une échelle de 5 points (mauvais à excellent) à trois questions du sondage sur l'expérience des clients concernant l'IRC 1 : <ul style="list-style-type: none"> • Qualité du service de soins à domicile et de soins communautaires du RLISS

	<ul style="list-style-type: none"> • Qualité de la gestion des cas du coordonnateur des soins dans son ensemble • Qualité des services du fournisseur de services dans leur ensemble <p>Enquête générale – critères d'inclusion : Tous les patients uniques en cours de traitement ou ayant reçu leur congé qui reçoivent des soins à domicile et tous les patients ayant reçu leur congé en vue d'un placement dans l'une des catégories ci-dessous pendant la période donnée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Admission définitive • Retrait, hospitalisation provisoire et devenue définitive • Retrait, placement aux soins à domicile et soins communautaires dispensés par un RLISS • A refusé le lit. <p>Enquête générale – critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sont exclus les clients qui ont reçu des services à l'échelon d'une école seulement • Services d'une clinique de soins infirmiers • Soins de relève • Fournitures et matériel médical • Patients en fin de vie (SRC 95) • Clients non encore classés dans une catégorie (SRC 99) • Patients soignés à domicile classés comme étant à l'extérieur de leur région • Patients des services de convalescence <p>Autres exclusions :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patients qui reçoivent des soins à domicile ayant reçu leur congé de l'hôpital ou décédés; • Patients en attente à l'hôpital; • Patients ayant déposé une réclamation contre les soins à domicile et communautaires du RLISS ou auprès de la Commission d'appel et de révision des services de santé de l'Ontario. <p>Critères d'exclusion propres à une question :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les répondants sont également exclus s'ils ne connaissaient pas le gestionnaire du cas ou n'avaient pas vu ce dernier ou ne lui avaient pas parlé, n'ont pas rappelé le service à domicile ou ont fait l'objet du sondage sur les services de placement.
Numérateur	<p>Somme des réponses favorables (« Bonne », « Très bonne » et « Excellente ») données à chacune des trois questions qui constituent la note IRC 1 pour l'expérience globale. (n favorables 4) + (n favorables 24) + (n favorables 39)</p> <p>Question 4 : Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous les services que vous avez reçus de vos soins à domicile et communautaires du RLISS et de toutes les personnes qui vous ont fourni des soins?</p> <p>Question 24 : Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous la prise en charge et la gestion de vos soins par votre gestionnaire de cas?</p>

	<p>Question 39 : Dans l'ensemble, comment évalueriez-vous le service x fourni par y (où x est l'un des services suivants : soins infirmiers, soutien à la personne, physiothérapie, ergothérapie, nutrition/diététique, langage et orthophonie, ou travail social, et y est le nom du fournisseur de services)?</p> <p>*La somme des réponses pondérées est utilisée. On applique la pondération après l'échantillonnage afin de compenser un échantillonnage disproportionné et de veiller à ce que les résultats du sondage publiés soient représentatifs de la population réelle desservie par les soins à domicile et de soins communautaires du RLISS.</p>
Dénominateur	Nombre total de réponses valides données à toutes les questions susmentionnées.
Ajustement selon le risque	Les résultats sont pondérés afin de rendre compte de la population de patients recevant des soins à domicile admissible au sondage au sein de chacun des soins à domicile et de soins communautaires du RLISS (c.-à-d. les patients nécessitant des soins à domicile qui font partie de l'échantillon sont normalisés selon la population spécifique).
Rendement actuel : période de référence	Avril 2016 à mars 2017
Source des données	Client and Caregiver Experience Evaluation (CCEE) Survey. Données fournies à QSSO par Services communs pour la santé Ontario (SCSO).
Comment accéder aux données	Accédez aux données de votre organisme concernant la période de référence au moyen du navigateur de PAQ de Qualité des services de santé Ontario . Les données seront accessibles en février 2018. Pour accéder aux données de votre organisme pour cet indicateur, veuillez consulter le site Web relatif aux rapports électroniques du CNRC .

Nom de l'indicateur	Réception de soins à domicile dans les cinq jours : soutien à la personne ayant des besoins complexes, selon la date de disponibilité du patient
Indicateur prioritaire ou supplémentaire?	Prioritaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	Rapidité
Orientation de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)
Type	Processus
Description	Cet indicateur mesure le pourcentage de patients soignés à domicile ayant des besoins complexes qui ont reçu leur première visite pour des services de soutien à la personne dans les cinq jours suivant leur date de disponibilité.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Numérateur/dénominateur x 100 %
Numérateur	Nombre de patients ayant des besoins complexes qui ont reçu, à la suite d'une nouvelle autorisation de service, leur première visite pour des services de soutien à la personne dans les cinq jours suivant leur date de disponibilité, cette première visite ayant lieu durant la période déterminée
	<i>Critères d'inclusion :</i>

	<ul style="list-style-type: none"> • Patients qui ont reçu leur première visite pour des services de soutien à la personne dans les cinq jours suivant leur date de disponibilité. • Première visite ayant lieu durant la période déterminée. • Aiguillages depuis le domicile seulement. • Patients de 19 ans et plus à leur date de disponibilité. • Services de soutien à la personne seulement. • Visites « payables » seulement. • SRC 91, 92, 93, 94 ou 95 à la date de disponibilité du patient. • Population du modèle de soins chroniques jugés « complexes » à la date de disponibilité du patient. • Trouver la dernière date de disponibilité du patient antérieure à la première visite pour chaque service. • Si des autorisations de service se chevauchent, prendre la première des dernières dates de disponibilité du patient qui sont antérieures à la première visite. • Si la date sélectionnée à l'étape précédente donne un temps d'attente négatif, fixer le temps d'attente à 0 jour. <p><i>Critères d'exclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Populations du modèle de soins chroniques autres que « complexes ». • Enfants et personnes de moins de 19 ans à leur date de disponibilité. • Aiguillages autres que les aiguillages depuis le domicile (école, placement). • Chevauchement d'autorisations de service de soutien à la personne (si un premier service de soutien à la personne n'est pas dispensé et qu'un autre service du même type est demandé, c'est le premier service qui comptera). <p>Patients en attente entre leur date de disponibilité et la première visite (toutes causes d'attente confondues).</p>
Dénominateur	<p>Nombre total de patients ayant des besoins complexes qui ont reçu, à la suite d'une nouvelle autorisation de service, leur première visite pour des services de soutien durant la période déterminée</p> <p><i>Critères d'inclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Première visite ayant lieu durant la période déterminée. • Aiguillages depuis le domicile seulement. • Patients de 19 ans et plus à leur date de disponibilité. • Services de soutien à la personne seulement. • Visites « payables » seulement. • SRC 91, 92, 93, 94 ou 95 à la date de disponibilité du patient. • Population du modèle de soins chroniques jugés « complexes » à la date de disponibilité du patient. • Pour ce rapport : trouver la dernière date de disponibilité du patient antérieure à la première visite pour chaque service. • Si des autorisations de service se chevauchent, prendre la première des dernières dates de disponibilité du patient qui sont antérieures à la première visite. • Si la date sélectionnée à l'étape précédente donne un temps d'attente négatif, fixer le temps d'attente à 0 jour.

	<p><i>Critères d'exclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfants et personnes de moins de 19 ans à leur date de disponibilité. • Aiguillages autres que les aiguillages depuis le domicile (école, placement). • Populations du modèle de soins chroniques autres que « complexes ». • Chevauchement d'autorisations de service de soutien à la personne (si un premier service de soutien à la personne n'est pas dispensé et qu'un autre service du même type est demandé, c'est le premier service qui comptera). • Patients en attente entre leur date de disponibilité et la première visite (toutes causes d'attente confondues).
Ajustement selon le risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	Octobre 2016 à septembre 2017
Source des données	Système CHRIS (Client Health and Related Information System) des CASC, base de données sur les soins à domicile. Données fournies à QSSO par Services communs pour la santé Ontario (SCSO).
Comment accéder aux données	Accédez aux données de votre organisme concernant la période de référence au moyen du navigateur de PAQ de Qualité des services de santé Ontario . Les données seront accessibles en février 2018. Vous pouvez également accéder aux données de votre organisme pour cet indicateur, en consultant le portail d'établissement de rapports des CASC.
Commentaires	À noter que quand les données sont rapportées par sources d'aiguillage, on ne peut parler d'un aiguillage hospitalier que si une autorisation est accordée au maximum 14 jours plus tard; autrement, l'aiguillage devrait être considéré comme communautaire.

Nom de l'indicateur	Réception de soins à domicile dans les cinq jours : visites du personnel infirmier, selon la date de disponibilité du patient
Indicateur prioritaire ou supplémentaire?	Prioritaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	Rapidité
Orientation de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)
Type	Processus
Description	Cet indicateur mesure le pourcentage des patients soignés à domicile qui ont reçu leur première visite du personnel infirmier dans les cinq jours suivant leur date de disponibilité.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Numérateur/dénominateur x 100 %
Numérateur	Nombre de patients soignés à domicile qui ont reçu, à la suite d'une nouvelle autorisation de service, leur première visite du personnel infirmier dans les cinq jours suivant leur date de disponibilité, cette première visite ayant lieu durant la période déterminée
	<i>Critères d'inclusion :</i>

	<ul style="list-style-type: none"> • Patients qui ont reçu leur première visite du personnel infirmier dans les cinq jours suivant leur date de disponibilité. • Première visite ayant lieu durant la période déterminée. • Aiguillages depuis le domicile seulement. • Patients de 19 ans et plus à leur date de disponibilité. • SRC 91, 92, 93, 94 ou 95 à la date de disponibilité du patient. • Visites du personnel infirmier, clinique de soins infirmiers, soins par du personnel infirmier d'intervention rapide ou du personnel infirmier praticien en soins palliatifs. • Visites « payables » seulement. • Pour ce rapport : trouver la dernière date de disponibilité du patient antérieure à la première visite pour chaque service. • Si des autorisations de service se chevauchent, prendre la première des dernières dates de disponibilité du patient qui sont antérieures à la première visite. • Si la date sélectionnée à l'étape précédente donne un temps d'attente négatif, fixer le temps d'attente à 0 jour. <p><i>Critères d'exclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfants et personnes de moins de 19 ans à leur date de disponibilité. • Aiguillages autres que les aiguillages depuis le domicile (école, placement). • Soins infirmiers par quart. • Chevauchement d'autorisations de service de soins infirmiers (si un premier service de soins infirmiers n'est pas dispensé et qu'un autre service du même type est demandé, c'est le premier service qui comptera). • Patients en attente entre leur date de disponibilité et la première visite (toutes causes d'attente confondues).
Dénominateur	<p>Nombre total de patients soignés à domicile qui ont reçu, à la suite d'une nouvelle autorisation de service, leur première visite du personnel infirmier durant la période déterminée</p> <p><i>Critères d'inclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Première visite ayant lieu durant la période déterminée. • Aiguillages depuis le domicile seulement. • Patients de 19 ans et plus à leur date de disponibilité. • SRC 91, 92, 93, 94 ou 95. • Visites du personnel infirmier, clinique de soins infirmiers, soins par du personnel infirmier d'intervention rapide ou du personnel infirmier praticien en soins palliatifs. • Visites « payables » seulement. • Pour ce rapport : trouver la dernière date de disponibilité du patient antérieure à la première visite pour chaque service. • Si des autorisations de service se chevauchent, prendre la première des dernières dates de disponibilité du patient qui sont antérieures à la première visite. • Si la date sélectionnée à l'étape précédente donne un temps d'attente négatif, fixer le temps d'attente à 0 jour. <p><i>Critères d'exclusion :</i></p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Enfants et personnes de moins de 19 ans à leur date de disponibilité. • Aiguillages autres que les aiguillages depuis le domicile (école, placement). • Soins infirmiers par quart. • Chevauchement d'autorisations de service de soins infirmiers (si un premier service de soins infirmiers n'est pas dispensé et qu'un autre service du même type est demandé, c'est le premier service qui comptera). • Patients en attente entre leur date de disponibilité et la première visite (toutes causes d'attente confondues).
Ajustement selon le risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	Octobre 2016 à septembre 2017
Source des données	Système CHRIS (Client Health and Related Information System) des CASC, base de données sur les soins à domicile. Données fournies à QSSO par Services communs pour la santé Ontario (SCSO).
Comment accéder aux données	Accédez aux données de votre organisme concernant la période de référence au moyen du navigateur de PAQ de Qualité des services de santé Ontario . Les données seront accessibles en février 2018. Vous pouvez également accéder aux données de votre organisme pour cet indicateur, en consultant le portail d'établissement de rapports des CASC.
Commentaires	À noter que quand les données sont rapportées par sources d'aiguillage, on ne peut parler d'un aiguillage hospitalier que si une autorisation est accordée au maximum 14 jours plus tard; autrement, l'aiguillage devrait être considéré comme communautaire.

Nom de l'indicateur	Chutes chez les clients en soins de longue durée
Indicateur prioritaire ou supplémentaire?	Prioritaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	Sécurité
Orientation de l'amélioration	Réduction (taux inférieur)
Type	Résultat
Description	Pourcentage de clients adultes en soins de longue durée à domicile qui, à l'évaluation de suivi interRAI – services à domicile (Instrument d'évaluation des résidents – services à domicile) du réseau de recherche internationale, ont indiqué avoir fait une chute.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Numérateur/dénominateur x 100 %
Numérateur	Nombre de clients recevant soins de longue durée à domicile signalent une chute dans les 90 derniers jours
Dénominateur	Nombre total de clients recevant des soins de longue durée à domicile Critères d'exclusion - Patients qui dépendent entièrement de la mobilité des lits Afin d'éviter de saisir des résultats attribuables aux soins reçus à l'extérieur du domicile, des évaluations sont exclues selon les critères suivants :

	<ul style="list-style-type: none"> • si la date d'ouverture du dossier est manquante et si la raison pour l'évaluation est « première évaluation » • si l'évaluation a eu lieu dans les 60 jours suivant la date de réception du premier aiguillage ou la date d'ouverture du dossier • si l'évaluation a été effectuée à l'hôpital
Ajustement selon le risque	Non rajusté pour le PAQ
Rendement actuel : période de référence	Octobre 2016 à septembre 2017
Source des données	Base de données sur les soins à domicile. Données fournies à QSSO par Services communs pour la santé Ontario (SCSO).
Comment accéder aux données	Accédez aux données de votre organisme concernant la période de référence au moyen du navigateur de PAQ de Qualité des services de santé Ontario . Les données seront accessibles en février 2017. Vous pouvez également accéder aux données de votre organisme pour cet indicateur, en consultant le portail d'établissement de rapports des centres d'accès aux soins communautaires (CASC).

Indicateurs supplémentaires pour les soins à domicile

Nom de l'indicateur	Pourcentage de patients identifiés comme répondant aux critères des maillons santé à qui on a offert l'approche des maillons santé
Indicateur prioritaire ou supplémentaire?	Supplémentaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	Efficacité
Orientation de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)
Type	Processus
Description	<p>Déterminer les patients souffrant d'affections multiples et ayant des besoins complexes (critères des maillons santé) à qui on a offert un accès à l'approche des maillons santé</p> <p>La population cible de patients ayant des besoins complexes devrait :</p> <ul style="list-style-type: none"> • coïncider en grande partie avec les utilisateurs entraînant des coûts élevés, tout en reconnaissant que ce ne sont pas tous les utilisateurs entraînant des coûts élevés qui sont des patients ayant des besoins élevés (et vice-versa); • inclure les patients ayant des besoins élevés et (ou) des affections complexes; • inclure les patients ayant quatre problèmes de santé chronique/entraînant des coûts élevés ou plus, notamment les personnes atteintes de problèmes de santé mentale et de toxicomanie, les patients des soins palliatifs et les personnes âgées fragiles. <p>Cependant, étant donné qu'il existe des nuances d'une collectivité à l'autre, les RLISS et les maillons santé sont invités à adapter les critères de désignation des patients à leur contexte local et aux besoins de la population.</p>
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Numérateur/dénominateur x 100 %
Numérateur	Nombre total de patients ayant accès à l'approche des maillons santé
Dénominateur	<p>Nombre total de patients désignés grâce à des évaluations cliniques et (ou) à des méthodes de détection de cas fondées sur des données, jugées conformes aux critères des maillons santé</p> <p><i>Critères d'exclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Les patients qui satisfont aux critères, mais à qui on n'a pas offert l'accès aux maillons santé parce qu'ils ont évolué au-delà de la région desservie par le maillon santé ou qu'ils sont décédés.
Ajustement selon le risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	Période de 3 mois la plus récente.
Source des données	Collecte manuelle à l'interne (dossiers de santé, DME, autres)

Comment accéder aux données	Collecte de données à l'interne
Commentaires	<p>À la fin 2015, Qualité des services de santé Ontario a effectué un examen de la meilleure information disponible sur les maillons santé et une l'analyse des innovations liées à la gestion des soins coordonnés. Le cadre des innovations comprend les renseignements détaillés pour aider les organismes à cerner les patients aux prises avec plusieurs problèmes de santé et ayant des besoins complexes grâce aux évaluations de niveau clinique et aux méthodes permettant de cerner des cas qui sont fondées sur des données à tout moment au cours du cheminement du patient dans le système de santé.</p> <p>Démarches d'identification des patients : Utiliser les mécanismes d'identification des patients à l'échelle clinique afin de soutenir l'identification des patients pendant une rencontre de service. Par exemple, étant donné que chaque patient se présente dans un organisme de soins ou de mieux-être ou participe à un programme de soins ou de mieux-être pour recevoir des soins, le fournisseur peut déterminer que le patient peut tirer parti de l'approche des maillons santé ou d'une démarche de gestion de soins coordonnés. Afin d'appuyer davantage la prise de décision clinique, le fournisseur peut ensuite utiliser un outil d'évaluation des risques normalisé, si cela est indiqué.</p> <p>Utiliser les mécanismes permettant de découvrir les cas orientés par des données afin de soutenir l'identification potentielle des patients souffrant d'affections multiples et ayant des besoins complexes au moyen des données relatives à l'utilisation afin de cerner les patients ayant des besoins complexes. Par exemple, des déclencheurs comme le nombre de visites au service des urgences, le nombre d'admissions à l'hôpital et leur durée au cours d'une période donnée, ou les patients avec des affections ou des diagnostics déterminés, peuvent être intégrés au dossier médical électronique ou être gérés par des méthodes d'analyse et une extraction de données ciblées, afin d'appuyer la désignation de patients potentiels souffrant de multiples affections et ayant des besoins complexes.</p> <p><u>Remarque</u> : Aucune méthode ni aucun outil intersectoriel unique d'évaluation des risques cliniques assez sensible et précis pour désigner tous les patients qui bénéficieraient d'une approche de gestion des soins coordonnés ou d'une approche des maillons santé n'ont été cernés. Toutefois, les outils d'évaluation des risques ci-dessous ont été mis en évidence par les maillons santé pendant l'analyse environnementale et sont présentés dans cette section aux fins de prise en compte en fonction du cabinet. La décision de mettre en œuvre ou d'administrer un de ces outils doit être évaluée parallèlement à d'autres renseignements pertinents dans le contexte.</p> <ul style="list-style-type: none"> • LACE (Length of Stay, Acuity of Admission, Comorbidities, Emergency Room Visits [durée du séjour, gravité de l'admission, comorbidités, consultations aux urgences]) • Cote PRA (admission répétitive préventive) • Échelle DIVERT (Detection of Indicators and Vulnerabilities for Emergency Room Trips Scale [détection des indicateurs et des vulnérabilités pour l'échelle des visites aux urgences]).

	<p>Pour obtenir plus de détails techniques, veuillez consulter le document Identifier des patients : utiliser une combinaison de stratégies cliniques et de stratégies fondées sur des données probantes</p> <p><u>Remarque</u> : Une fois qu'un patient atteint de plusieurs affections ou ayant des besoins complexes a été désigné, l'organisme devrait établir un lien avec les processus mis en place par le maillon santé la région.</p>
--	--

Nom de l'indicateur NOUVEAU	Pourcentage de plaintes dont la réception a été confirmée à la personne qui l'a déposée dans les deux jours ouvrables
Indicateur prioritaire ou supplémentaire?	Supplémentaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	Soins axés sur le patient
Orientation de l'amélioration	Augmentation (nombre supérieur)
Type	Résultat
Description	Cet indicateur mesure le pourcentage de plaintes adressées les soins à domicile et de soins communautaires du RLISS dont la réception a été confirmée à la personne qui l'a déposée et dépend du nombre de plaintes reçues durant un exercice.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	<p>(numérateur/dénominateur) × 100</p> <p>Calcul de l'indicateur :</p> <p>Pourcentage dont la réception a été confirmée dans les deux jours ouvrables = nombre de plaintes dont on a accusé réception dans les deux jours ouvrables divisé par le nombre total de plaintes reçues durant l'exercice.</p> <p>Pour assurer l'uniformité des mesures, les services de soins à domicile et de soins communautaires du RLISS devront dorénavant inscrire le numérateur et le dénominateur obtenus dans le plan de travail du PAQ; c'est le navigateur de PAQ qui calculera le résultat.</p>
Numérateur	Nombre de plaintes dont on a officiellement accusé réception dans les deux jours ouvrables
Dénominateur	<p>Nombre total de plaintes reçues par les services de soins à domicile et de soins communautaires d'un RLISS durant la période visée</p> <p><i>Critères d'inclusion</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plaintes reçues durant la période visée, mais dont la confirmation de réception et la résolution ont eu lieu dans les 60 premiers jours de la période suivante. <ul style="list-style-type: none"> • La date et l'heure du dépôt de la plainte devraient être consignées. • Plaintes reçues durant la période visée, dont celles reçues au premier et au dernier jour de la période, durant les jours non ouvrables et après les heures de travail.

	<ul style="list-style-type: none"> • Les plaintes répétées concernant un même problème formulées par une même personne ou au nom d'un même patient/résident comptent pour une seule plainte. • Même si une plainte dénonce plusieurs problèmes, elle ne compte que pour une seule plainte. • Les plaintes incluses doivent être étayées selon le processus de traitement des plaintes établi. • Plaintes formulées à l'oral, en personne ou par téléphone. • Plaintes écrites sous forme de lettre, de courriel, de télécopie, de message texte, etc. <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plaintes non étayées selon le processus de traitement des plaintes établi. <p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plaintes dont la confirmation de réception et la résolution ont été immédiates (ajustement de la température d'une chambre). • Plaintes ne nécessitant aucune autre intervention.
Ajustement selon le risque	Aucun
Période actuellement visée	Dernière période de 12 mois consécutifs
Source des données	Collecte de données à l'interne
Comment accéder aux données	Collecte de données à l'interne
Commentaires	<p>La réglementation exige que les services de soins à domicile et de soins communautaires d'un RLISS confirment la réception d'une plainte dans les deux jours ouvrables.</p> <p>Les services de soins à domicile et de soins communautaires d'un RLISS doivent formellement confirmer la réception d'une plainte à la personne qui l'a déposée.</p> <p>D'autres indicateurs à considérer sont présentés ici.</p>

Nom de l'indicateur NOUVEAU	Pourcentage des patients dont l'ulcère du pied diabétique s'est refermé dans les 12 semaines
Indicateur prioritaire ou supplémentaire?	Supplémentaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	Efficacité
Orientation de l'amélioration	Augmentation (nombre supérieur)
Type	Résultat (expérimental)
Description	Cet indicateur mesure le pourcentage de patients qui ont reçu un diagnostic d'ulcère du pied diabétique curable et dont l'ulcère s'est refermé dans les 12 semaines
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	(numérateur/dénominateur) x 100
Numérateur	Nombre de patients qui ont reçu un diagnostic d'ulcère du pied diabétique curable et dont l'ulcère s'est refermé dans les 12 semaines

	<i>Critère d'exclusion :</i> Patients ayant un ulcère du pied diabétique incurable
Dénominateur	Nombre total de patients qui ont reçu un diagnostic d'ulcère du pied diabétique
Ajustement selon le risque	Aucun pour les PAQ
Rendement actuel : période de référence	Dernière période de 12 mois
Source des données	Collecte de données à l'interne
Comment accéder aux données	Collecte de données à l'interne
Commentaires	<p>Cet indicateur est conforme à <u>la norme de qualité <i>Diabetic Foot Ulcers</i></u>, qui présente des énoncés de qualité et leur procédure correspondante afin d'orienter les efforts d'amélioration de la qualité.</p> <p>La majorité des ulcères du pied diabétique guérissent, mais certains se rouvrent plus de 12 semaines plus tard en raison d'une évaluation ou de soins de piètre qualité; l'indicateur ne tient pas compte de ces cas.</p> <p>Si le patient présente plus d'un ulcère, c'est le plus grave qui devrait être pris en compte dans l'indicateur.</p>

Nom de l'indicateur NOUVEAU	Éducation et prise en charge autonome en ce qui concerne les plaies
Indicateur prioritaire ou supplémentaire?	Supplémentaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	Efficacité
Orientation de l'amélioration	Augmentation (nombre supérieur)
Type de placement	Processus
Description	Cet indicateur mesure le pourcentage de patients diabétiques, de familles et de personnes soignantes qui se voient offrir de l'information sur la prévention des complications touchant les pieds et le suivi des signes et symptômes associés ainsi que les coordonnées de personnes à joindre si un changement préoccupant survient.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	(numérateur/dénominateur) × 100
Numérateur	Nombre de diabétiques qui, avec leur famille et leurs personnes soignantes, se sont vu offrir de l'information (documents papier, présentations vidéo, ressources ou directives données en personne) sur la prévention des complications touchant les pieds et le suivi des signes et symptômes associés ainsi que les coordonnées de personnes à joindre si un changement préoccupant survient
Dénominateur	Nombre de diabétiques
Ajustement selon le risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	Dernière période de 12 mois

Source des données	Collecte de données à l'interne
Comment accéder aux données	Collecte de données à l'interne
Commentaires	Cet indicateur est recommandé dans l'énoncé n° 2 de la norme de qualité <i>Diabetic Foot Ulcers</i> . Consultez la norme pour en savoir plus sur l'éducation des patients, la prise en charge autonome, l'évaluation du risque, etc.

IV. Soins de longue durée

Indicateurs prioritaires pour les soins de longue durée

Nom de l'indicateur	Consultations au service des urgences potentiellement évitables pour les pensionnaires des foyers de soins de longue durée
Indicateur prioritaire ou supplémentaire?	Prioritaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	Efficacité
Orientation de l'amélioration	Réduction (taux inférieur)
Type	Processus
Description	Nombre de consultations au service des urgences (SU) pour des affections faisant partie de la liste modifiée des « troubles pour lesquels le suivi ambulatoire serait à privilégier »*, par tranche de 100 pensionnaires de foyers de soins de longue durée.
Unité de mesure	Taux pour 100 pensionnaires
Méthodes de calcul	<p>Nombre total de consultations aux urgences, y compris les transferts entre services d'urgence et les visites suivies d'une admission ou d'un décès, effectuées par les résidents actifs des foyers de soins de longue durée en Ontario au cours d'une année donnée.</p> <p>Numérateur :</p> <p>Étapes : 1. Compter le nombre de visites imprévues aux services des urgences (SU) de pensionnaires des foyers de soins de longue durée pour les affections sélectionnées. Étape 2. Multiplier ce chiffre par 100.</p> <p>Dénominateur :</p> <p>Étapes : 1. Extraire la population de pensionnaires de foyers de soins de longue durée en cours de traitement.</p>
Numérateur	<p>Nombre total de consultations aux urgences, y compris les transferts entre services d'urgence et les visites suivies d'une admission ou d'un décès, effectuées par les résidents actifs des foyers de soins de longue durée en Ontario au cours d'une année donnée.</p> <p><i>Critères d'inclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tous les pensionnaires actifs de FSLD de l'Ontario âgés d'au moins 65 ans pour une année donnée. • Consultations aux urgences, dont les transferts entre services d'urgence et les visites suivies d'une admission ou d'un décès. • Liste modifiée des « troubles pour lesquels le suivi ambulatoire serait à privilégier » qui comprend les affections ci-dessous pour lesquelles les personnes se présentent aux SU et qui pourraient être potentiellement évitables : <ul style="list-style-type: none"> • Angine de poitrine • Asthme • Cellulite • Maladie pulmonaire obstructive chronique • Insuffisance cardiaque congestive

	<ul style="list-style-type: none"> • Septicémie • Déshydratation • Affections dentaires • Diabète • Gastro-entérite • Grand mal et troubles de l'épilepsie • Hypertension • Hypoglycémie • Blessures causées par des chutes • Troubles mentaux et du comportement • Pneumonie • Troubles graves aux yeux, aux oreilles et à la gorge <p><i>Critères d'exclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Consultations aux SU planifiées. • Personnes admises en foyer de soins de longue durée avant l'âge de 65 ans.
Dénominateur	<p><i>Critères d'inclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Résidents actifs des foyers de soins de longue durée. <p><i>Critères d'exclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Personnes dont les numéros de carte Santé sont invalides. • Personnes admises en foyer de soins de longue durée avant l'âge de 65 ans.
Ajustement selon le risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	Octobre 2016 à septembre 2017
Source des données	Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD), Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA). Données fournies à QSSO par la Direction de l'analytique en matière de santé du MSSLD.
Comment accéder aux données	Le ministère fournira aux organismes les données pour cet indicateur à l'adresse LTCHomes.net.
Commentaires	L'orientation de l'amélioration de la qualité relative à cet indicateur est accessible sur le site Web de Qualité des services de santé Ontario et par l'intermédiaire du programme INTERACT (Interventions to Reduce Acute Care Transfers) .

Nom de l'indicateur	Expérience des pensionnaires: Satisfaction globale
Indicateur prioritaire ou supplémentaire?	Prioritaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	Soins axés sur les patients
Orientation de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)
Type	Résultat
Description	Pourcentage de pensionnaires qui ont répondu de façon positive à la question/énoncé: Recommanderiez-vous ce foyer de soins à d'autres personnes? /Je recommande cet établissement ou cet organisme.
Unité de mesure	Pourcentage

Méthodes de calcul	Numérateur/dénominateur x 100 %
Numérateur	<p>Les foyers qui ont recours au sondage NHCAHPS destiné aux pensionnaires des foyers de soins de longue durée devraient mesurer cet aspect en calculant le pourcentage de pensionnaires qui ont répondu de manière positive.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajouter le nombre de pensionnaires qui ont répondu « 4 » à la question suivante : Recommanderiez-vous ce foyer de soins à d'autres personnes? • Les réponses sont codées de 1 à 4, où 1 = Pas du tout 2 = Probablement pas 3 = Probablement 4 = Absolument <p>Les foyers qui ont recours au sondage sur la qualité de vie interRAI devraient mesurer cet aspect en calculant le pourcentage de pensionnaires qui ont répondu de manière positive à l'énoncé suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ajouter le nombre de pensionnaires qui ont répondu « 3 » et « 4 » à l'énoncé suivant : Je recommande cet établissement ou cet organisme. Les réponses sont codées de 0 à 8 (0, 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8), où 0 = Jamais, 1 = Rarement, 2 = Parfois, 3 = La plupart du temps, 4 = Toujours, 6 = Ne sait pas, 7 = Refuse de répondre et 8 = Aucune réponse ou la réponse ne peut pas être codée
Dénominateur	<p>Pour les foyers qui ont recours au sondage NHCAHPS destiné aux pensionnaires des foyers de soins de longue durée, ajouter le nombre total de pensionnaires qui ont répondu à la question. Ne tenez pas compte des personnes qui n'ont pas répondu à la question.</p> <p>Pour les foyers qui ont recours au sondage sur la qualité de vie interRAI, ajouter le nombre total de pensionnaires qui ont répondu à la question. Ne tenez pas compte des personnes qui n'ont pas répondu à la question (6 = ne sait pas, 7 = refuse de répondre, 8 = aucune réponse).</p>
Ajustement selon le risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	Avril 2017 à mars 2018 (ou la plus récente période de 12 mois). Si vous avez effectué votre sondage cette année, vous n'avez pas à le refaire.
Source des données	Collecte de données à l'interne, sondage sur la qualité de vie interRAI, sondage NHCAHPS destiné aux pensionnaires des foyers de soins de longue durée
Comment accéder aux données	L'accès à ces données devrait se faire au sein de votre organisme.
Commentaires	<p>Pour obtenir de plus amples renseignements sur le sondage NHCAHPS destiné aux pensionnaires des foyers de soins de longue durée, veuillez consulter le site Web Get Nursing Home Surveys and Instructions de l'Agency for Healthcare Research and Quality.</p> <p>Pour obtenir de plus amples renseignements sur le sondage sur la qualité de vie interRAI, consultez le site Web d'interRAI.</p> <p>Les foyers qui ont recours à un outil de sondage validé autre que le sondage NHCAHPS ou le sondage sur la qualité de vie InterRAI devraient choisir et utiliser les questions de leur sondage qui ressemblent le plus aux questions indiquées ci-dessus. Les foyers qui élaborent et mènent leur propre sondage devraient envisager d'ajouter des questions qui</p>

	s'harmonisent avec celles du sondage NHCAHPS ou du sondage sur la qualité de vie interRAI indiquées ci-dessus.
--	--

Nom de l'indicateur	Expérience des pensionnaires : Faire entendre sa voix
Indicateur prioritaire ou supplémentaire?	Prioritaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	Soins axés sur les patients
Orientation de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)
Type	Résultat
Description	Les organismes devraient mesurer l'évolution de l'indicateur suivant : Faire entendre sa voix Pourcentage de pensionnaires qui ont répondu de façon positive à la question suivante : Quel chiffre utiliseriez-vous pour évaluer le niveau d'écoute du personnel à votre égard?
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Numérateur/dénominateur x 100 %
Numérateur	Les foyers qui ont recours au sondage NHCAHPS destiné aux pensionnaires des foyers de soins de longue durée devraient mesurer cet aspect en calculant le pourcentage de pensionnaires qui ont répondu de manière positive. <ul style="list-style-type: none"> • Ajouter le nombre de pensionnaires qui ont répondu « 9 » et « 10 » à la question suivante : Quel chiffre utiliseriez-vous pour évaluer le niveau d'écoute du personnel à votre égard? • Les réponses vont de 0 à 10, où 0 = le pire possible et 10 = le meilleur possible
Dénominateur	Pour les foyers qui ont recours au sondage NHCAHPS destiné aux pensionnaires des foyers de soins de longue durée , ajouter le nombre total de pensionnaires qui ont répondu à la question. Ne tenez pas compte des personnes qui n'ont pas répondu à la question.
Ajustement selon le risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	Avril 2017 à mars 2018 (ou la plus récente période de 12 mois). Si vous avez effectué votre sondage cette année, vous n'avez pas à le refaire.
Source des données	Collecte de données à l'interne, sondage NHCAHPS destiné aux pensionnaires des foyers de soins de longue durée
Comment accéder aux données	L'accès à ces données devrait se faire au sein de votre organisme.
Commentaires	Pour obtenir de plus amples renseignements sur le sondage NHCAHPS destiné aux pensionnaires des foyers de soins de longue durée, veuillez consulter le site Web Get Nursing Home Surveys and Instructions de l'Agency for Healthcare Research and Quality .

Nom de l'indicateur	Expérience des pensionnaires : Pouvoir parler du foyer
Indicateur prioritaire ou supplémentaire?	Prioritaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	Soins axés sur les patients
Orientation de l'amélioration	Augmentation (plus élevée)
Type	Résultat
Description	Les organismes devraient mesurer l'évolution de l'indicateur suivant : Pouvoir parler du foyer Pourcentage de pensionnaires qui ont répondu de façon positive à l'énoncé suivant : Je peux exprimer mon opinion sans crainte de représailles.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Numérateur/dénominateur x 100 %
Numérateur	Les foyers qui ont recours au sondage sur la qualité de vie interRAI devraient mesurer cet aspect en calculant le pourcentage de pensionnaires qui ont répondu de manière positive. <ul style="list-style-type: none"> Ajouter le nombre de pensionnaires qui ont répondu « 3 » et « 4 » à l'énoncé suivant : Je peux exprimer mon opinion sans crainte de représailles. Les réponses sont codées de 0 à 8 (0, 1, 2, 3, 4, 6, 7, 8), où 0 = Jamais, 1 = Rarement, 2 = Parfois, 3 = La plupart du temps, 4 = Toujours, 6 = Ne sait pas, 7 = Refuse de répondre et 8 = Aucune réponse ou la réponse ne peut pas être codée
Dénominateur	Pour les foyers qui ont recours au sondage sur la qualité de vie interRAI , ajouter le nombre total de pensionnaires qui ont répondu à la question. Ne tenez pas compte des personnes qui n'ont pas répondu à la question (6 = ne sait pas, 7 = refuse de répondre, 8 = aucune réponse).
Ajustement selon le risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	Avril 2017 à mars 2018 (ou la plus récente période de 12 mois). Si vous avez effectué votre sondage cette année, vous n'avez pas à le refaire.
Source des données	Collecte de données à l'interne, sondage sur la qualité de vie interRAI.
Comment accéder aux données	L'accès à ces données devrait se faire au sein de votre organisme.
Commentaires	Pour obtenir de plus amples renseignements sur le sondage sur la qualité de vie interRAI, consultez le site Web d'interRAI .

Nom de l'indicateur	Prescription appropriée des médicaments – Utilisation potentiellement inappropriée des antipsychotiques dans les établissements de soins de longue durée
Indicateur prioritaire ou supplémentaire?	Prioritaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	Sécurité
Orientation de l'amélioration	Réduction (taux inférieur)

Type	Processus
Description	Cet indicateur mesure le pourcentage de pensionnaires de foyers de soins de longue durée (SLD) qui ne sont pas atteints de psychose, mais qui ont reçu des antipsychotiques au cours des sept jours précédant leur évaluation des pensionnaires.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Numérateur/dénominateur x 100 % L'indicateur est calculé au moyen des données de quatre trimestres consécutifs, en additionnant le nombre de pensionnaires qui répondent aux critères d'inclusion pour le trimestre cible et chacun des trois trimestres d'exercice précédents. Cette méthode s'applique au numérateur et au dénominateur.
Numérateur	Pensionnaires de foyers de SLD qui ont reçu des antipsychotiques pendant un ou plusieurs jours dans la semaine précédant leur évaluation cible de l'Instrument d'évaluation des résidents – fichier minimal 2.0 (RAI-MDS). <i>Critères d'inclusion :</i> <ul style="list-style-type: none"> • O4a = 1, 2, 3, 4, 5, 6 ou 7 • Où, O4A = Nombre de jours où le pensionnaire a reçu un antipsychotique au cours des sept jours précédents [0-7]
Dénominateur	Pensionnaires d'un foyer de SLD dont l'évaluation RAI-MDS* est valide, à l'exception de ceux souffrant de schizophrénie, de la chorée de Huntington, d'hallucinations ou d'idées délirantes, et pensionnaires dont la maladie est en phase terminale ou qui reçoivent des soins palliatifs <i>Critères d'exclusion :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Pensionnaires dont la maladie est en phase terminale (J5c = 1) ou qui reçoivent des soins palliatifs (P1ao = 1) • Pensionnaires ayant reçu un diagnostic de schizophrénie (I1ii = 1) ou de chorée de Huntington (I1x = 1) ou pensionnaires ayant des hallucinations (J1i = 1) ou des idées délirantes (J1e = 1) <p>*Pour qu'une évaluation soit valide et incluse dans le calcul de l'indicateur de qualité, l'évaluation sélectionnée doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Être la plus récente évaluation dans le trimestre • Être effectuée plus de 92 jours après la date d'admission • Ne pas être une évaluation complète au moment de l'admission
Ajustement selon le risque	Non rajusté pour le PAQ
Rendement actuel : période de référence	Juillet 2017 à septembre 2018 (c.-à-d. 2 ^e trim. 2017-2018)
Source des données	Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD). Données fournies à QSSO par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).
Comment accéder aux données	Pour accéder aux taux non rajustés de votre organisme pour cet indicateur, veuillez consulter les rapports électroniques du SISLD de votre organisme à l'adresse www.cihi.ca .
Commentaires	L'indicateur est calculé en tant que moyenne de quatre trimestres consécutifs par l'ICIS. L'indicateur du 2 ^e trim. 2017-2018 est calculé à l'aide des données allant du 3 ^e trimestre 2016-2017 au 2 ^e trim. 2017-

	<p>2018, et 2^e trim. est le dernier trimestre utilisé dans le calcul. Les données du 2^e trim. représentent aussi celles des trois trimestres précédents. Cet indicateur correspond au site Web de Qualité des services de santé Ontario sur les rapports sur les soins de longue durée; cependant, Qualité des services de santé Ontario divulgue publiquement les <i>taux rajustés</i>. Aux fins de planification de l'amélioration de la qualité, on devrait utiliser les <i>taux non rajustés</i> (c.-à-d. non rajustés en fonction des risques).</p> <p>Qualité des services de santé Ontario a élaboré un rapport confidentiel sur les cabinets destiné aux médecins qui exercent dans le domaine des soins de longue durée. Ces rapports visent à compléter d'autres sources de renseignements que les médecins reçoivent (p. ex., les rapports de pharmacies). Le rapport actuel se penche sur les indicateurs liés à la prescription d'antipsychotiques, de benzodiazépines et de certains médicaments agissant sur le SNC. De plus, il présente des idées de changement associées aux symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et à la prévention des chutes. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le site http://www.hqontario.ca/Amélioration-de-la-qualité/Guides-outils-et-rapport-de-praticien/Soins-de-longue-durée.</p>
--	---

Indicateurs supplémentaires pour les soins de longue durée

Nom de l'indicateur	Plaies de pression
Indicateur prioritaire ou supplémentaire?	Supplémentaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	Efficacité
Orientation de l'amélioration	Réduction (taux inférieur)
Type	Résultat
Description	Cet indicateur mesure le pourcentage de pensionnaires des foyers de soins de longue durée (SLD) à domicile ayant développé une nouvelle plaie de pression de stade 2 à 4 ou qui ont vu leur plaie de pression s'aggraver à un stade 2, 3 ou 4 depuis leur évaluation précédente.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Numérateur/dénominateur x 100 % L'indicateur est calculé au moyen des données de quatre trimestres consécutifs, en additionnant le nombre de pensionnaires qui répondent aux critères d'inclusion pour le trimestre cible et chacun des trois trimestres d'exercice précédents. Cette méthode s'applique au numérateur et au dénominateur.
Numérateur	Pensionnaires de foyers de SLD ayant eu une plaie de pression de stade 2 à 4 inscrite dans leur évaluation cible de l'Instrument d'évaluation des résidents – fichier minimal 2.0 (RAI-MDS) alors que leur évaluation précédente ne faisait pas mention d'une plaie de pression ou que le stade de la plaie de pression inscrit dans l'évaluation cible est plus élevé par rapport à ce qui était mentionné dans l'évaluation précédente <i>Critères d'inclusion :</i> <ul style="list-style-type: none"> • M2a > 1 ET (M2a - Préc_M2a) > 0 ET Préc_M2a < 4 • Où, M2a = stade de la plaie de pression au moment de l'évaluation cible [0-4] • Prev_M2a = stade de la plaie de pression à l'évaluation précédente [0-4]
Dénominateur	Pensionnaires de foyers de SLD ayant des évaluations RAI-MDS* valides, à l'exception de ceux dont l'évaluation précédente fait mention d'une plaie de pression de stade 4 (c.-à-d. que les pensionnaires sont inclus uniquement si leur évaluation précédente ne faisait pas mention d'une plaie de pression de stade maximal) <i>Critères d'exclusion :</i> <ul style="list-style-type: none"> • Prev_M2a = 4 <p>*Deux évaluations valides lors de trimestres consécutifs sont requises pour pouvoir calculer l'indicateur de la qualité d'un pensionnaire donné. L'évaluation sélectionnée comme évaluation « cible » du trimestre en cours doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Être la plus récente évaluation dans le trimestre • Être effectuée plus de 92 jours après la date d'admission

	<ul style="list-style-type: none"> • Ne pas être une évaluation complète au moment de l'admission – Être l'évaluation d'un pensionnaire qui a fait l'objet d'une évaluation le trimestre précédent • De 45 à 165 jours doivent s'être écoulés entre l'évaluation cible et l'évaluation du trimestre précédent (remarque : s'il existe plusieurs évaluations du trimestre précédent qui répondent aux critères concernant la période de référence, la dernière évaluation est sélectionnée comme évaluation « précédente »)
Ajustement selon le risque	Non rajusté pour le PAQ
Rendement actuel : période de référence	Juillet 2017 à septembre 2017 (c.-à-d. 2 ^e trim. 2017-2018)
Source des données	Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD). Données fournies à QSSO par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).
Comment accéder aux données	Pour accéder aux taux non rajustés de votre organisme pour cet indicateur, veuillez consulter les rapports électroniques du SISLD de votre organisme à l'adresse www.cihi.ca .
Commentaires	L'indicateur est calculé en tant que moyenne de quatre trimestres consécutifs par l'ICIS. L'indicateur du 2 ^e trim. 2017-2018 est calculé à l'aide des données allant du 3 ^e trimestre 2016-2017 au 2 ^e trim. 2017-2018, et 2 ^e trim. est le dernier trimestre utilisé dans le calcul. Les données du 2 ^e trim. représentent aussi celles des trois trimestres précédents. Cet indicateur correspond au site Web de Qualité des services de santé Ontario sur les rapports sur les soins de longue durée ; cependant, Qualité des services de santé Ontario divulgue publiquement les <i>taux rajustés</i> . Aux fins de planification de l'amélioration de la qualité, on devrait utiliser les <i>taux non rajustés</i> (c.-à-d. non rajustés en fonction des risques).

Nom de l'indicateur NOUVEAU	Pourcentage de plaintes dont la réception a été confirmée à la personne qui l'a déposée dans les six à dix jours ouvrables
Indicateur prioritaire ou supplémentaire?	Supplémentaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	Soins axés sur le patient
Orientation de l'amélioration	Augmentation (nombre supérieur)
Type	Résultat
Description	Cet indicateur mesure le pourcentage de plaintes adressées à un de soins de longue durée (SLD) à domicile dont la réception a été confirmée à la personne qui l'a déposée et dépend du nombre de plaintes reçues durant un exercice.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	$(\text{numérateur/dénominateur}) \times 100$ Calcul de l'indicateur : Pourcentage dont la réception a été confirmée dans les dix jours ouvrables = nombre de plaintes dont on a accusé réception dans les six à dix jours ouvrables divisé par le nombre total de plaintes reçues durant l'exercice

	Pour assurer l'uniformité des mesures, foyers de soins de longue durée devront dorénavant inscrire le numérateur et le dénominateur obtenus dans le plan de travail du PAQ; c'est le navigateur de PAQ qui calculera le résultat.
Numérateur	Nombre de plaintes dont on a officiellement accusé réception dans les six à 10 jours ouvrables
Dénominateur	<p>Nombre total de plaintes reçues par le foyer de soins de longue durée durant la période visée</p> <p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plaintes reçues durant la période visée, mais dont la confirmation de réception et la résolution ont eu lieu dans les 60 premiers jours de la période suivante. <ul style="list-style-type: none"> • La date et l'heure du dépôt de la plainte doivent être consignées. • Plaintes reçues durant la période visée, dont celles reçues au premier et au dernier jour de la période, durant les jours non ouvrables et après les heures de travail. • Les plaintes concernant un même problème formulées par une même personne ou au nom d'un même patient/résident comptent pour une seule plainte. • Même si une plainte dénonce plusieurs problèmes, elle ne compte que pour une seule plainte. • Les plaintes incluses doivent être étayées selon le processus de traitement des plaintes établi. • Plaintes formulées à l'oral, en personne ou par téléphone. • Plaintes écrites sous forme de lettre, de courriel, de télécopie, de message texte, etc. <p>Critères d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plaintes non étayées selon le processus de traitement des plaintes établi. <p>Exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plaintes dont la confirmation de réception et la résolution ont été immédiates (ajustement de la température d'une chambre). • Plaintes ne nécessitant aucune autre intervention.
Ajustement selon le risque	Aucun
Rendement actuel : période de référence	Dernière période de 12 mois consécutifs
Source des données	Collecte de données à l'interne
Comment accéder aux données	Collecte de données à l'interne
Commentaires	<p>La réglementation exige que les foyers de soins de longue durée confirment la réception d'une plainte et la traitent dans les 10 jours ouvrables.</p> <p>Les foyers doivent formellement confirmer la réception d'une plainte à la personne qui l'a déposée. Ainsi, ils confirment que le responsable ou le</p>

	<p>bureau des plaintes a pris connaissance du problème et que le processus d'enquête est entamé.</p> <p>Cet indicateur mesure à quel point le processus de traitement des plaintes est réactif et axé sur le résident.</p> <p>Les foyers de soins de longue durée qui confirment déjà la réception de toutes les plaintes dans les 6 à 10 jours ouvrables pourraient songer à utiliser les indicateurs personnalisés ci-dessous :</p> <p>Pourcentage dont la réception a été confirmée dans les trois à cinq jours ouvrables = nombre de plaintes dont on a accusé réception dans les trois à cinq jours ouvrables divisé par le nombre total de plaintes reçues durant la période visée.</p> <p>D'autres indicateurs à considérer sont présentés ici.</p>
--	--

Nom de l'indicateur	Chutes
Indicateur prioritaire ou supplémentaire?	Supplémentaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	Sécurité
Orientation de l'amélioration	Réduction (taux inférieur)
Type	Résultat
Description	Cet indicateur mesure le pourcentage de pensionnaires de foyers de soins de longue durée ayant fait une chute dans les 30 jours précédant leur évaluation des pensionnaires.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Numérateur/dénominateur x 100 % L'indicateur est calculé au moyen des données de quatre trimestres consécutifs, en additionnant le nombre de pensionnaires qui répondent aux critères d'inclusion pour le trimestre cible et chacun des trois trimestres d'exercice précédents. Cette méthode s'applique au numérateur et au dénominateur.
Numérateur	<p>Pensionnaires de foyers de SLD pour lesquels on a inscrit une chute au cours des 30 derniers jours dans leur évaluation de l'Instrument d'évaluation des résidents – fichier minimal 2.0 (RAI-MDS).</p> <p><i>Critères d'inclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • J4a = 1 <p>Où, J4A = A fait une chute au cours des 30 derniers jours [0,1]</p> <p>[0,1] 0 = Non 1 = Oui</p>
Dénominateur	<p>Pensionnaires de foyers de SLD dont l'évaluation RAI-MDS* est valide. *Pour qu'une évaluation soit valide et incluse dans le calcul de l'indicateur de qualité, l'évaluation sélectionnée doit :</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Être la plus récente évaluation dans le trimestre • Être effectuée plus de 92 jours après la date d'admission • Ne pas être une évaluation complète au moment de l'admission
Ajustement selon le risque	Non rajusté pour le PAQ
Rendement actuel : période de référence	Juillet 2017 à septembre 2017 (c.-à-d. 2 ^e trim. 2017-2018)
Source des données	Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD). Données fournies à QSSO par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).
Comment accéder aux données	Pour accéder aux taux non rajustés de votre organisme pour cet indicateur, veuillez consulter les rapports électroniques du SISLD de votre organisme à l'adresse www.cihi.ca .
Commentaires	<p>L'indicateur est calculé en tant que moyenne de quatre trimestres consécutifs par l'ICIS. L'indicateur du 2^e trim. 2017-2018 est calculé à l'aide des données allant du 3^e trimestre 2016-2017 au 2^e trim. 2017-2018, et 2^e trim. est le dernier trimestre utilisé dans le calcul. Les données du 2^e trim. représentent aussi celles des trois trimestres précédents.</p> <p>Cet indicateur correspond au site Web de Qualité des services de santé Ontario sur les rapports sur les soins de longue durée; cependant, Qualité des services de santé Ontario divulgue publiquement les <i>taux rajustés</i>. Aux fins de planification de l'amélioration de la qualité, on devrait utiliser les <i>taux non rajustés</i> (c.-à-d. non rajustés en fonction des risques). Qualité des services de santé Ontario a élaboré un rapport confidentiel sur les cabinets destiné aux médecins qui exercent dans le domaine des soins de longue durée. Ces rapports visent à compléter d'autres sources de renseignements que les médecins reçoivent (p. ex., les rapports de pharmacies). Le rapport actuel se penche sur les indicateurs liés à la prescription d'antipsychotiques, de benzodiazépines et de certains médicaments agissant sur le SNC. De plus, il présente des idées de changement associées aux symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et à la prévention des chutes, et inclut l'utilisation quotidienne des contentions comme mesure de pondération. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le site http://www.hqontario.ca/Amélioration-de-la-qualité/Guides-outils-et-rapport-de-praticien/Soins-de-longue-durée.</p>

Nom de l'indicateur	Utilisation quotidienne de moyens de contention
Indicateur prioritaire ou supplémentaire?	Supplémentaire pour le PAQ 2018-2019
Dimension	Sécurité
Orientation de l'amélioration	Réduction (taux inférieur)
Type	Processus
Description	Cet indicateur mesure le pourcentage de pensionnaires de foyers de soins de longue durée (SLD) qui ont été maintenus en contention quotidiennement pendant les sept jours précédant leur évaluation.
Unité de mesure	Pourcentage
Méthodes de calcul	Numérateur/dénominateur x 100 % L'indicateur est calculé au moyen des données de quatre trimestres consécutifs, en additionnant le nombre de pensionnaires qui répondent

	aux critères d'inclusion pour le trimestre cible et chacun des trois trimestres d'exercice précédents. Cette méthode s'applique au numérateur et au dénominateur.
Numérateur	<p>Pensionnaires de foyers de SLD qui ont été consignés comme ayant été soumis à des moyens de contention quotidiennement durant la période de sept jours précédant leur évaluation cible de l'Instrument d'évaluation des résidents – fichier minimal 2.0 (RAI-MDS).</p> <p><i>Critères d'inclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • (P4c = 2) OU (P4d = 2) OU (P4e = 2) <p>Où,</p> <p>P4c = contention du tronc [0,1,2] P4d = contention des membres [0,1,2] P4e = fauteuil qui empêche de se lever [0,1,2]</p> <p>[0,1,2] 0 = Pas utilisé 1 = Utilisé moins d'une fois par jour 2 = Utilisé tous les jours</p>
Dénominateur	<p>Pensionnaires de foyers de SLD dont l'évaluation RAI-MDS* est valide.</p> <p><i>Critères d'exclusion :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Pensionnaires qui étaient comateux (B1= 1) • Pensionnaires qui étaient tétraplégiques (I1bb= 1) <p>*Pour qu'une évaluation soit valide et incluse dans le calcul de l'indicateur de qualité, l'évaluation sélectionnée doit :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Être la plus récente évaluation dans le trimestre • Être effectuée plus de 92 jours après la date d'admission • Ne pas être une évaluation complète au moment de l'admission
Ajustement selon le risque	Non rajusté pour le PAQ
Rendement actuel : période de référence	Juillet 2017 à septembre 2017 (c.-à-d. 2 ^e trim. 2017-2018)
Source des données	Système d'information sur les soins de longue durée (SISLD). Données fournies à QSSO par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).
Comment accéder aux données	Pour accéder aux taux non rajustés de votre organisme pour cet indicateur, veuillez consulter les rapports électroniques du SISLD de votre organisme à l'adresse www.cihi.ca .
Commentaires	<p>L'indicateur est calculé en tant que moyenne de quatre trimestres consécutifs par l'ICIS. L'indicateur du 2^e trim. 2017-2018 est calculé à l'aide des données allant du 3^e trimestre 2016-2017 au 2^e trim. 2017-2018, et 2^e trim. est le dernier trimestre utilisé dans le calcul. Les données du 2^e trim. représentent aussi celles des trois trimestres précédents.</p> <p>Cet indicateur correspond au site Web de Qualité des services de santé Ontario sur les rapports sur les soins de longue durée; cependant, Qualité des services de santé Ontario divulgue publiquement les <i>taux rajustés</i>. Aux fins de planification de l'amélioration de la qualité, on devrait utiliser les <i>taux non rajustés</i> (c.-à-d. non rajustés en fonction des risques).</p>

	<p>Qualité des services de santé Ontario a élaboré un rapport confidentiel sur les cabinets destiné aux médecins qui exercent dans le domaine des soins de longue durée. Ces rapports visent à compléter d'autres sources de renseignements que les médecins reçoivent (p. ex., les rapports de pharmacies). Le rapport actuel se penche sur les indicateurs liés à la prescription d'antipsychotiques, de benzodiazépines et de certains médicaments agissant sur le SNC. De plus, il présente des idées de changement associées aux symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et à la prévention des chutes, et inclut l'utilisation quotidienne des contentions comme mesure de pondération. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez consulter le site http://www.hqontario.ca/Amélioration-de-la-qualité/Guides-outils-et-rapport-de-praticien/Soins-de-longue-durée.</p>
--	---

V. Questions à développement

Aperçu

Veillez utiliser l'aperçu pour fournir à QSSO et au public de l'information contextuelle sur votre PAQ, y compris l'information sur la stratégie organisationnelle générale, les principaux points à considérer et les obstacles importants qui pourraient influencer l'exécution de votre PAQ. L'aperçu devrait aussi comprendre des renseignements sur la façon dont les progrès à ce jour, les documents stratégiques (p. ex., plan stratégique, ERS), la rétroaction des patients, des clients ou des résidents et les autres éléments importants ont contribué à orienter les priorités, les cibles et les activités du PAQ de cette année. Autrement dit, l'aperçu devrait aider vos patients, clients ou résidents, les membres de votre personnel et les membres du public à comprendre les buts et les objectifs de votre PAQ.

Plus grande réalisation interne de l'an dernier en matière d'AQ

Voyez cela comme une occasion de raconter une histoire à propos d'une réalisation précise dont votre organisation est fière – par exemple, l'an dernier, nous avons entendu parler d'un foyer de soins de longue durée qui a demandé aux gens de son quartier de l'aider à mettre sur pied un programme de musique pour ses résidents. Ne vous contentez pas de simplement répéter les indicateurs que vous avez choisis dans votre plan d'amélioration de la qualité : essayez de voir cette question comme une « bonne idée » qui peut être racontée à d'autres organisations. Songez à expliquer comment les patients, clients ou résidents ont participé à cette réalisation ou ont pu profiter de ses retombées. La réalisation était-elle axée sur l'équité, la santé mentale et les dépendances, les soins palliatifs, ou encore la santé mentale? Fournissez autant de détails que possible pour nous aider à comprendre l'importance de cette réalisation pour votre organisation et les patients, clients ou résidents que vous servez. Pour trouver plus d'idées d'histoires, consultez la page [Requête dans les PAQ](#) pour lire des exemples provenant d'autres organisations. Consultez aussi le navigateur de PAQ pour en savoir plus sur les autres outils qui pourraient vous aider.

Autres niveaux de soins (ANS)

Les autres niveaux de soins (ANS) font référence aux patients qui n'ont plus besoin d'être traités dans un hôpital, mais qui continuent d'occuper des lits d'hôpital en attendant de recevoir leur congé ou d'être transférés dans un autre milieu de soins. Bien que le PAQ comprenne depuis longtemps un indicateur associé à cet enjeu pour le secteur hospitalier, les ANS représentent en fait un problème intersectoriel. Pour refléter cette réalité et en savoir plus sur ce que les autres organisations du système font à ce sujet, veuillez décrire le travail effectué par votre organisation pour appuyer les initiatives en matière d'ANS dans votre région et pour veiller à ce que les patients aient accès au bon niveau de soins.

Participation des cliniciens, de la direction et du personnel

Veillez décrire comment votre organisation fait participer la direction, les cliniciens et le personnel au PAQ. Comment l'expérience du personnel et des cliniciens influence-t-elle vos initiatives d'amélioration de la qualité?

Santé de la population et questions d'équité

Comment votre organisation a-t-elle tenu compte des besoins des populations uniques dans ses efforts d'amélioration de la qualité, par exemple ceux des communautés autochtone et francophone? Comment votre organisation a-t-elle travaillé pour promouvoir l'équité en santé par ses initiatives d'amélioration de la qualité?

Participation des patients/résidents et relations avec eux

Il existe une grande variété d'approches pour faire participer les patients, les clients ou les résidents, par exemple les échanges, les consultations, les délibérations et la collaboration avec des conseillers.

Décrivez comment votre organisation a fait participer ses patients, clients ou résidents à l'élaboration et à la mise en œuvre de son plan d'amélioration de la qualité et à ses activités d'amélioration de la qualité cette année. Que planifiez-vous pour la prochaine année?

La collaboration et l'intégration

De nombreux indicateurs des PAQ ne peuvent être atteints qu'au moyen d'une amélioration à grande échelle avec la collaboration d'autres partenaires. Dans cette section, veuillez décrire les partenaires avec lesquels votre organisme collabore en vue d'améliorer l'intégration et la continuité des soins à mesure que vos patients évoluent dans le système. (Par exemple, la manière dont vous collaborez avec les autres secteurs afin de soutenir les transitions de soins.) Si vous faites partie d'un maillon santé, pensez à décrire comment cela s'insère dans vos initiatives d'amélioration de la qualité relatives à l'intégration et à la continuité des soins, plus particulièrement, à la façon selon laquelle vous soutenez les patients ayant des besoins complexes lorsqu'ils évoluent dans l'ensemble du système. Veuillez fournir des renseignements sur des partenariats en particulier et la manière dont ils appuient votre PAQ et vos initiatives en matière d'AQ, ainsi que tout succès que vous attribuez à ces partenariats.

Prescription d'opioïdes et trouble de l'usage des opioïdes dans le traitement de la douleur

Décrivez les mesures que prend votre organisation pour favoriser le traitement efficace de la douleur, notamment les pratiques de traitement aux opioïdes et la promotion de traitements de rechange.

Suggestion : pensez à l'accès aux services en toxicomanie, aux services sociaux, aux populations ou sous-populations, etc.

Prévention de la violence au travail

Veuillez décrire comment la prévention de la violence au travail est une priorité stratégique pour votre organisation. Par exemple, est-elle comprise dans votre plan stratégique? Faites-vous des rapports à ce sujet à votre conseil d'administration?

VI. Abréviations

ACSO	Association des centres de santé de l'Ontario
AFHTO	Association of Family Health Teams of Ontario
ANS	Autre niveau de soins
BDCP	Base de données sur les congés des patients
CASC	Centre d'accès aux soins communautaires
CASSA	Centre d'accès aux services de santé pour les Autochtones
CNRC	Conseil national de recherches du Canada
CSC	Centre de santé communautaire
DME	Dossier médical électronique
Exercice	Exercice. L'exercice de l'administration publique de l'Ontario commence le 1 ^{er} avril et se termine le 31 mars.
FCCC	Fichier de conversion des codes postaux
HCAHPS	Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (en anglais seulement)
HIG	Health-Based Allocation Model Inpatient Grouping
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
InterRAI	International research network's Resident Assessment Instrument
MAFS	Modèle d'allocation fondée sur la santé
NHCAHPS	Nursing Home Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems
PAQ	Plan d'amélioration de la qualité
PCPES	Sondage sur l'expérience des patients en matière de soins primaires
PFQ	Procédures fondées sur la qualité
SCC	Soins continus complexes
SISLD	Système d'information sur les soins de longue durée
SNISA	Système national d'information sur les soins ambulatoires
USI	Unité de soins intensifs